UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE FARMACIA

Departamento de Farmacia y Tecnología Farmacéutica



TESIS DOCTORAL

Implicaciones sociales de la contratación laboral en la oficina de farmacia: pasado, presente y futuro

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

María López González

Directora

María del Carmen Francés Causapé

Madrid, 2011

ISBN: 978-84-695-0753-7

© María López González, 2011

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE FARMACIA

Departamento de Farmacia y Tecnología Farmacéutica



IMPLICACIONES SOCIALES DE LA CONTRATACIÓN LABORAL EN LA OFICINA DE FARMACIA: PASADO, PRESENTE Y FUTURO.

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR CON MENCIÓN EUROPEA PRESENTADA POR:

María López González

Madrid, 2011

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE FARMACIA

Departamento de Farmacia y Tecnología Farmacéutica



"IMPLICACIONES SOCIALES DE LA CONTRATACIÓN LABORAL EN LA OFICINA DE FARMACIA: PASADO, PRESENTE Y FUTURO".

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR EN FARMACIA CON MENCIÓN EUROPEA PRESENTADA POR:

Dª María López González

Directora

Prof. Dra. Dª María del Carmen Francés Causapé

Madrid, 2011

Prof. Dr. Mª del Carmen Francés
Telf. 91 394 17 91
e-mail:frances@farm.ucm.es

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID
FACULTAD DE FARMACIA
CATEDRA DE HISTORIA DE LA FARMACIA
Y LEGISLACIÓN FARMACEUTICA
MUSEO DE LA FARMACIA HISPANA
28040 MADRID

MARIA DEL CARMEN FRANCÉS CAUSAPÉ, CATEDRÁTICA DE UNIVERSIDAD DEL DEPARTAMENTO DE FARMACIA Y TECNOLOGÍA FARMACÉUTICA DE LA FACULTAD DE FARMACIA DE LA UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

INFORMA:

Que el presente Trabajo de Investigación, titulado "Implicaciones sociales de la contratación laboral en la oficina de farmacia: pasado, presente y futuro", realizado por Dª. MARÍA LÓPEZ GONZÁLEZ bajo mi dirección, constituye un trabajo original de investigación que reúne los requisitos exigidos como Memoria de Tesis Doctoral con Mención Europea, por lo que autorizo su presentación para que sea admitida a trámite y juzgada por el Tribunal que se designe.

De todo lo cual informo en Madrid a veintisiete de Abril de dos mil once.

Fdo.: Dra. María del Carmen Francés Causapé
Catedrática de Historia de la Farmacia y
Legislación Farmacéutica

A mi padre.

AGRADECIMIENTOS

La elaboración de una tesis doctoral es una ardua tarea, que requiere de tiempo, esfuerzo y sacrificio, no solo de quien la realiza, sino de las personas que la rodean. Es por esto que quiero hacer un especial agradecimiento a todas aquellas personas que me han apoyado durante estos años y gracias a las cuales este trabajo ha sido posible y con especial mención a la Prof. Dra. Dª Irene Teresa Molina, Directora del departamento, por las facilidades dadas para la realización de la Tesis Doctoral.

Desde el año 2001 tuve claro que quería encaminar mis pasos hacia la investigación histórica y legal dentro del mundo de la farmacia. Fue ese el momento en el que entablé relación con la Doctora María del Carmen Francés Causapé, Catedrática de Historia de la Farmacia y Legislación Farmacéutica, Directora de esta tesis, que me animó a continuar con los estudios de doctorado y posibilitó una estancia en la Universidad de Bologna para la consecución de una Tesis con Mención Europea. Planificamos esa estancia con especial cariño pues intuíamos que sería el pilar que me permitiría preparar una tesis que me gustara, que estuviera relacionada con mis inquietudes y sobre la que quisiera ampliar conocimientos. Ambas sabíamos que iban a ser unos años duros, además, funestos acontecimientos se precipitaron, uno detrás de otro, dificultando el desarrollo de la tesis, hasta que al fin las aguas volvieron a su cauce, me estabilicé en la farmacia, maduramos el proyecto inicial y pude sentarme a escribir algún rato que otro. ¡Qué difíciles han sido estos años Prof.! Es evidente que sin su acogida, su amabilidad, su cariño, su dedicación, sus continuas “dosis de optimismo”, su apoyo incondicional, su inapreciable amistad y su atención no habría podido continuar mis investigaciones, sin usted habría *“tirado la toalla”* después del DEA. Gracias por confiar en mí, gracias por darme la oportunidad de diseñar una tesis que combine el pasado, con el presente y el futuro posibilitando afrontar retos de investigación novedosos.

Tengo que expresar también mi agradecimiento a todos los miembros de la *“Scuola Superiore da Politica per la Salute”* de la Universidad de Bologna, donde realicé una estancia científica de cuatro meses y posteriormente participé con ellos en diversos proyectos. Gracias por vuestro cálido recibimiento, por vuestra acogida y por vuestra amistad en estos años. Sin vuestra ayuda la dimensión europea de esta tesis no hubiera sido posible.

Gracias a Tana Wuliji, consultora de la FIP en Recursos Humanos y Educación y coordinadora del Pharmacy Workforce Reserach Team por su recibimiento en Londres, donde perfiló mi trabajo, y me asesoró como enfocar las dinámicas en el desarrollo de estudios cualitativos a nivel internacional. Gracias a Andreia Bruno, de la London School of Pharmacy, que junto con Tana Wuliji permitieron que durante el transcurso de las investigaciones colaborásemos en el 2009 FIP Global Pharmacy Worforce Report, documento básico en la elaboración de esta tesis. Gracias también por mantenerme informada permanentemente de todas las novedades internacionales a través del Pharmacy Workforce Research Network. Gracias a mis leales amigas del Master de Salud Pública, Carmen, Sonia y Rocío por haberme acompañado en esta aventura del saber, por haber estado pendientes de mi labor investigadora, por tantos consejos valiosos sobre metodología y análisis estadístico y por darme ánimos cada vez que me venía abajo.

Me gustaría expresar mi más sincero agradecimiento a mi primo Santiago Martínez Brito, porque ha puesto tanto empeño en que la mención europea de esta tesis saliera adelante como yo misma, gracias primo por ayudarme con las eternas traducciones reglamentarias, por tu apoyo, por tus sabios consejos sobre cómo escribir y por tu sentido del humor que ha puesto cientos de sonrisas a mis mañanas delante del ordenador, sin ti no lo habría conseguido. A los traductores de las dinámicas portuguesas e italianas me gustaría agradeceros el esfuerzo desinteresado que habéis hecho para posibilitar que este trabajo saliera adelante. Gracias Santiago, Cristina, Paula e Igor, David, Rita, Inés, Tiago y Amelie, sin vuestra colaboración hubiera sido imposible.

Mi agradecimiento a todos los “expertos” españoles, italianos y portugueses que participaron en la *brain storming*, el estudio piloto y las dos rondas de cuestionarios por su colaboración, por su paciencia y por su interés, sin todos ellos este trabajo carecería de resultados. También a los profesionales que han participado y colaborado en la elaboración de los artículos e informes analizados y referenciados, parte básica de mi tesis y al personal de la Sala de Consulta de Acceso Libre del Boletín Oficial del Estado, pues sin su pericia documental y su colaboración una parte importante de esta memoria hubiera sido inabordable.

Un último agradecimiento muy especial para mis padres, mi hermano, mis amigos y mi familia más cercana. A ti papá porque aunque ya no estés físicamente con nosotros has estado en cada una de las letras de estas páginas haciendo que tus sueños fueran míos y dándome la fuerza necesaria para levantarme cada día y cumplirlos aunque tuviera todo en contra. A ti

mamá por tanta bondad, amor, comprensión, ayuda, tenacidad, paciencia, dedicación, creo que no existirían tantos calificativos como los que tendría que dedicarte, gracias por haber no dejarme abandonar y por haberme animado para conseguir culminar mi investigación. Creo que nunca os podré agradecer suficientemente tanto como habéis hecho por mí. A mi hermano Rafael, compañero de madrugones, por haber estado ahí en tantos momentos difíciles, a veces con amabilidad y paciencia, otras veces con fastidio, pero siempre ahí, por no maldecir aquellos momentos que no nos han dejado vivir, y espero que, por los momentos que nos queden juntos. Gracias a mis *niñas de la farmacia*: Magdalena, Consolación, Marianela, María Dolores y Justina, por ayudarme tanto y tan bien en el día a día, por llegar a todo y a todos aquellos a los que yo sola no podía llegar, por compartir con una sonrisa las jornadas maratonianas, y por creer en lo que hacía todos estos años; y al resto de mi familia y amigos, perdonar que no os nombre uno a uno por no hacer esto eterno, sois a los que esta tesis ha robado minutos, horas y días de compartir con vosotros, instantes que espero compensar de aquí en adelante pues habéis estado apoyándome en momentos de agotamiento y dificultad y haciendo esfuerzo por comprender ocho años de trabajo intenso.

Gracias a todos.

INDICE

INTRODUCCIÓN

I. INTRODUCCIÓN 23

I.1. OBJETIVOS 28

I.2. METODOLOGÍA 30

I.3. ESTRUCTURA 44

I.4. FUENTES 45

I.5. ABREVIATURAS 48

PRIMERA PARTE: NORMAS LEGALES

II. MARCO LEGAL I: NORMATIVA INTERNACIONAL Y EUROPEA 53

II.1. NORMATIVA INTERNACIONAL DE CARÁCTER GENERAL 55

II.1.1. DECLARACIÓN UNIVERSAL DE LOS DERECHOS HUMANOS 56

II.1.2. PACTO INTERNACIONAL DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES 56

II.1.3. CONFERENCIA GENERAL DE LA ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO: DECLARACIÓN DE FINES Y OBJETIVOS O DECLARACIÓN DE FILADELFIA 57

II.1.4. OTRAS NORMAS DE LA ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO (OTI): CONVENIO RELATIVO EN MATERIA DE EMPLEO Y OCUPACIÓN 58

II.2. LEGISLACIÓN EUROPEA: UNA APROXIMACIÓN A LA LEGISLACIÓN LABORAL DE LA UNIÓN EUROPEA (UE) 58

II.2.1. CARTA DE LOS DERECHOS FUNDAMENTALES DE LA UNIÓN EUROPEA 59

II.2.2. LA POLÍTICA SOCIAL EUROPEA COMO FACTOR PRODUCTIVO. LA ECONOMÍA BASADA EN EL CONOCIMIENTO 62

II.3. RESPONSABILIDAD EMPRESARIAL: INSERCIÓN DE LOS ESTANDARES PROFESIONALES DE LOS CÓDIGOS ÉTICOS EN EL SECTOR FARMACEUTICO A NIVEL MUNDIAL 70

III. MARCO LEGAL II: LEGISLACIÓN ESPAÑOLA 79

III.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA LEGISLACIÓN FARMACÉUTICA ACTUAL EN MATERIA DE CONTRATACIÓN LABORAL EN OFICINA DE FARMACIA 81

III.1.1. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL PERSONAL EN LA OFICINA DE FARMACIA DURANTE EL SIGLO XX 83

III.2. MARCO NORMATIVO POSTCONSTITUCIONAL 100

III.2.1. UNA MENCIÓN A LA LEGISLACIÓN LABORAL ESPAÑOLA: IMPLICACIONES. 101

III.3. LEGISLACIÓN BÁSICA EN MATERIA SANITARIA 104

III.3.1. NORMATIVAS SANITARIAS DE CARÁCTER GENERALISTA: LEY GENERAL DE SANIDAD Y LEY DE COHESIÓN Y CALIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD 104

III.3.2. NORMATIVAS ESPECÍFICAS DEL AMBITO FARMACÉUTICO: LEY DEL MEDICAMENTO Y OTRAS 110

III. 4. LEYES DE ORDENACIÓN FARMACÉUTICA: ¿PRODUCTO DE LAS TRANSFERENCIAS EN MATERIA SANITARIA A LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS? 130

IV. MARCO LEGAL III: CONVENIOS COLECTIVOS 149

IV.1. BREVE RECUERDO HISTÓRICO 151

IV.2. INDICE DE CONVENIOS DE 1981 A 2010 155

IV.3. CARACTERÍSTICAS DE LOS CONVENIOS COLECTIVOS DE FARMACIA 157

IV.3.1.ANÁLISIS DE LA CLASIFICACION FUNCIONAL DEL PERSONAL 157

IV.3.2.ANÁLISIS DE LA EVOLUCIÓN SALARIAL 161

IV.3.3.ANÁLISIS DEL NÚMERO DE HORAS TRABAJADAS 168

IV.4. PROBLEMÁTICA SUSCITADA POR EL XXIII CONVENIO COLECTIVO MARCO PARA OFICINAS DE FARMACIA 2007-2010 170

IV.4.1. ASPECTOS PREVIOS DE LA NEGOCIACIÓN DEL XXIII CONVENIO COLECTIVO MARCO PARA OFICINAS DE FARMACIA: POSTURAS DESENCONTRADAS ENTRE SINDICATOS Y PATRONAL 170

IV.4.2. RESULTADOS DE LA NEGOCIACIÓN DEL XXIII CONVENIO COLECTIVO MARCO PARA OFICINAS DE FARMACIA 171

IV.4.3. LA NO INCLUSIÓN DE FENOFAR EN LA MESA NEGOCIADORA Y OTROS 177

V.4.4. DESENLACE DEL CONFLICTO 183

IV.4.5. CONSECUENCIAS DE LA APLICACIÓN DEL XXIII CONVENIO EN LA OFICINA DE FARMACIA 186

IV.5. CONVENIOS PROVINCIALES PARA OFICINA DE FARMACIA 188

SEGUNDA PARTE: CONTEXTO SOCIAL Y ECONÓMICO

V. ENTORNO SOCIAL Y ECONÓMICO MUNDIAL 193

V. 1. OBJETIVO INTERNACIONAL 195

V.2. PANORAMA MUNDIAL DE LA PROFESIÓN FARMACÉUTICA 197

V.2.1. EL PERSONAL FARMACÉUTICO A NIVEL MUNDIAL EN CIFRAS 204

V.2.1.1. CARACTERÍSCAS DEL EMPLEO FARMACÉUTICO EN LA REGIÓN DE AFRICA 221

V.2.1.2. CARACTERÍSCAS DEL EMPLEO FARMACÉUTICO EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS 224

V.2.1.3. CARACTERÍSCAS DEL EMPLEO FARMACÉUTICO EN LA REGIÓN DE ASIA SUDORIENTAL 227

V.2.1.4. CARACTERÍSCAS DEL EMPLEO FARMACÉUTICO EN LA REGIÓN DE EUROPA 229

V.2.1.5. CARACTERÍSCAS DEL EMPLEO FARMACÉUTICO EN LA REGIÓN DEL MEDITERRANEO ORIENTAL 232

V.2.1.6. CARACTERÍSCAS DEL EMPLEO FARMACÉUTICO EN LA REGIÓN DEL PACIFICO OCCIDENTAL 235

V. 3. LA FARMACIA EN LA UNIÓN EUROPEA 238

V.3.1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA PROFESIÓN FARMACÉUTICA EN LA UNIÓN EUROPEA 238

V.3.1.1. MODELOS DE FARMACIA EN LA UNIÓN EUROPEA 241

TERCERA PARTE: INCIDENCIA SOCIAL EN ESPAÑA

VI. INCIDENCIA SOCIAL DE LA CONTRATACIÓN LABORAL EN LA OFICINA DE FARMACIA . 267

VI.1. PANORAMA LABORAL ESPAÑOL *269*

VI.2. LA FARMACIA ESPAÑOLA EN CIFRAS *277*

VI.2.1. ANÁLISIS DEL PROFESIONAL FARMACÉUTICO ESPAÑOL *278*

VI.2.1.1. DATOS GLOBALES *286*

VI.2.1.2. ESTRUCTURA POR EDAD Y SEXO *288*

VI.2.1.3. EVOLUCIÓN DE LAS CIFRAS DE COLEGIACIÓN 291
VI.2.1.4. COLEGIADOS NACIDOS EN EL EXTRANJERO 292
VI.2.1.5. SITUACIÓN LABORAL 295
VI.2.1.6. MODALIDADES DEL EJERCICIO PROFESIONAL 296
VI.2.1.7. EJERCIENTES EN OFICINA DE FARMACIA 297
VI.2.2. LA OFICINA DE FARMACIA EN ESPAÑA 300
VI.2.2.1. DATOS GLOBALES 300
VI.2.2.2. DISTRIBUCIÓN DE LA OFICINA DE FARMACIA EN ESPAÑA: ANÁLISIS DE LOCALIZACIÓN DE LAS MISMAS COMO FOCOS GENERADORES DE EMPLEO 307
VI.2.3. PANORAMA LABORAL DE LA OFICINA DE FARMACIA ESPAÑOLA 312
VI.2.3.1. PRESENTE DE LA OFICINA DE FARMACIA COMO FOCO LOCALIZADO Y GENERADOR DE EMPLEO 312
VI.2.3.2. FUTURO DE LA OFICINA DE FARMACIA COMO FOCO LOCALIZADO Y FUENTE DE EMPLEO 327

CUARTA PARTE: GESTIÓN INTEGRAL DEL PERSONAL EN LA OFICINA DE FARMACIA

VII. APLICACIÓN DE LOS ANÁLISIS PROSPECTIVOS A LA GESTIÓN INTEGRAL DEL PERSONAL EN LA OFICINA DE FARMACIA 359

VII.1. INTRODUCCIÓN 361
VII.2. LA APLICACIÓN DE LOS ANÁLSIS PROSPECTIVOS EN EL MARCO DE LA CONTRATACIÓN LABORAL EN LA OFICINA DE FARMACIA: JUSTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DEL PRESENTE 371
VII.3. ANÁLSIS PROSPECTIVO 378
VII.3.1. OBJETIVOS 380
VII.3.2. METODOLOGÍA 381
VII.3.3 DESARROLLO DEL TRABAJO 386
VII.4. RESULTADOS 396
VII.4.1. FASE DE PREPARACIÓN: *BRAIN STORMING O TORMENTA DE IDEAS* 396
VII.4.2. FASE DE EJECUCIÓN: METODO DELPHI 400

CONCLUSIONES Y DOSSIER EN ITALIANO

VIII. CONCLUSIONES 517

IX. DOSSIER EN ITALIANO 523

IX.1. RESUMEN EN ITALIANO 525
IX.2. CONCLUSIONES EN ITALIANO 530

X. BIBLIOGRAFÍA Y FUENTES 535

X.1. FUENTES 537
X.1.1. FUENTES DOCUMENTALES 537
X.1.2. FUENTES LEGALES 543
X.2. BIBLIOGRAFIA 553
X.2.1. BIBLIOGRAFIA ON-LINE 557
X.2.2. PAGINAS WEBS 557

ANEXOS

ANEXO I..... 558

ANEXO II..... 558

ANEXO III..... 558

ANEXO IV 558

ANEXO V 558

ANEXO VI 558

ANEXO VII 558

ANEXO VIII 558

ANEXO X 558

ANEXO XI 558

PREAMBULO

Cuando decidí iniciar el estudio de la presente tesis sobre "Implicaciones sociales de la contratación laboral en la oficina de farmacia: pasado, presente y futuro" apenas sabía por dónde enfocar el tema. Era el año 2002, y hasta el momento, el fantasma del paro no pululaba en España ni en la oficina de farmacia, pero ¿cuál era el panorama laboral del momento? ¿se preveían escenarios de contratación futura para el profesional farmacéutico?

Los cambios coyunturales de la oficina de farmacia habían empezado con los recortes del margen bruto de beneficio de las mismas en el año 2000, este hecho unido al "paro cero" farmacéutico, la dificultad para la contratación de adjuntos y sustitutos en zonas rurales, el envejecimiento de las plantillas, la feminización de la profesión, el interés de la farmacia por la calidad y la responsabilidad social corporativa y la necesidad de la conciliación familio-laboral hacían presentir que sí, que existirían nuevos escenarios de contratación laboral en la oficina de farmacia, pero ¿serían similares en los países integrados dentro del "Modelos Mediterráneos de Farmacia" o España tendría un comportamiento diferente?

La crisis mundial precipitó los acontecimientos truncando los escenarios anteriores y abriendo un horizonte de paro e incertidumbre que ha afectado a todos los países por igual, incluso a un empleo estable como es el de la oficina de farmacia, debido a las recortes estructurales en los presupuestos de los Gobiernos Europeos.

Los primeros años dedicados a esta tesis fueron muy difíciles para la búsqueda documental. Me encontraba ante un tema muy novedoso, no existían apenas libros sobre el tema que yo quería desarrollar, las legislaciones estaban obsoletas, las Comunidades Autónomas en pleno frenesí legislador y no había mucha información sobre el desarrollo de modelos prospectivos aplicados a la contratación laboral, era mucha la incertidumbre sobre los temas a los que se podía aplicar este tipo de investigación. Durante el desarrollo de esta tesis he tratado de buscar, desarrollar y ampliar conocimientos sobre qué es la contratación laboral en la oficina de farmacia, el marco legal internacional, europeo, nacional y autonómico existente, los convenios colectivos que regulan la contratación, el marco socio-económico mundial de la profesión farmacéutica, el marco europeo, la coyuntura socio-económica española, el "Modelo Mediterráneo de Farmacia", los "Modelo Anglosajón de farmacia", la presencia, distribución y la gestión del personal de la oficina de farmacia en ellos y la oficina de farmacia en sí misma, independientemente del personal que la conforma para a partir de ahí establecer un análisis

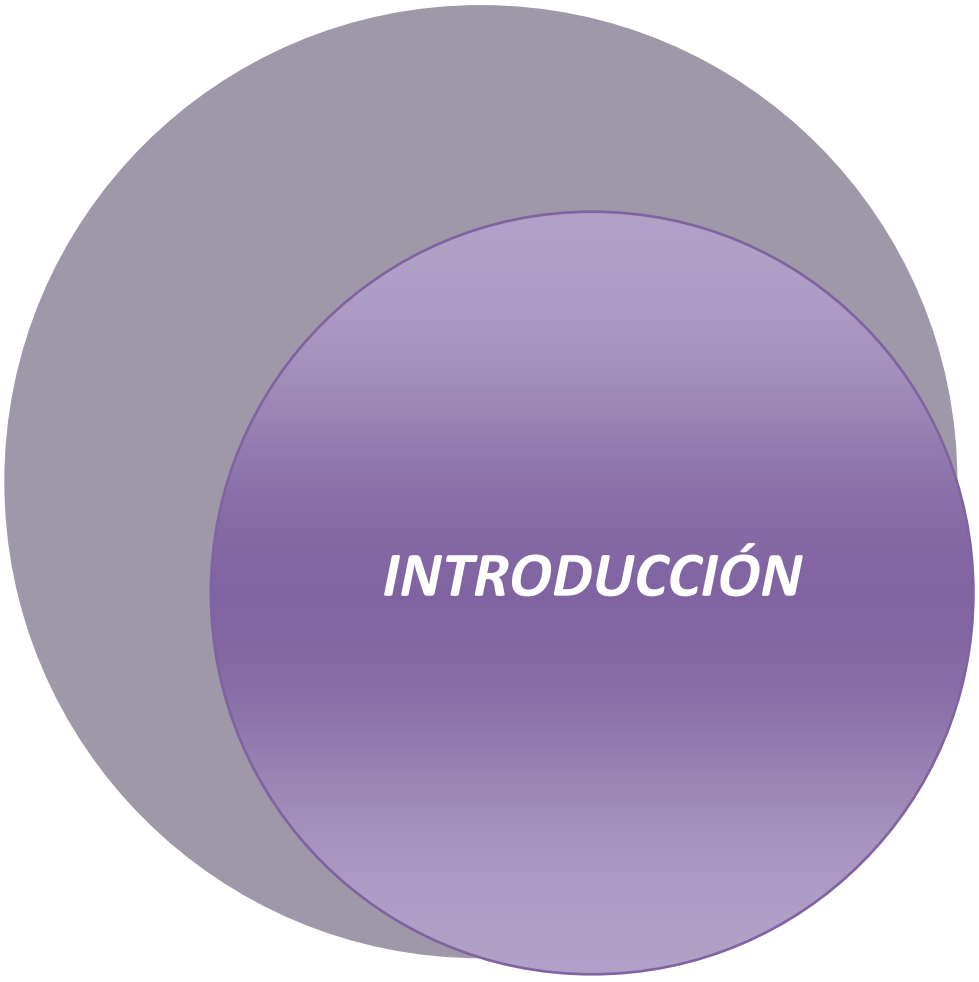
del presente que permitiera realizar un estudio prospectivo comparado a través del método Delphi, clave a la hora de establecer los posibles escenarios futuros de la contratación laboral en la oficina de farmacia, la gestión integral de los recursos humanos farmacéuticos e incluso el diseño de la carrera profesional de los recién licenciados.

Durante los primeros cinco años solo pude acumular artículos, buscar libros, etc,…en resumen, me entregué a la investigación meramente documental a la vez que trataba de establecer contacto con investigadores y docentes nacionales e internacionales que pudieran ayudarme a enfocar más mi tesis. La estancia científica de cuatro meses realizada en la *Scuola Superiore da Politica per la Salute"* de la Universidad de Bologna me permitió por un lado definir que quería realizar una tesis de Mención Europea debido a que mi interés sobre los futuros escenarios de contratación laboral en la oficina de farmacia traspasaban fronteras y meditaba acerca de la hipótesis de unos escenarios futuros de contratación laboral en la oficina de farmacia similares en países que presentan una profesión farmacéutica con características similares y por otro lado, agilizar los contactos necesarios para poder desarrollar las consultas a "expertos" que conformarían la parte experimental de la tesis.

Los últimos tres años han estado dedicados a la actualización de la información recopilada, al diseño y puesta en marcha de la fase experimental, a la recogida de datos, análisis de los mismos y a la redacción de la memoria de tesis, siempre sin perder de vista el objetivo principal de la misma, determinar las implicaciones sociales de la contratación laboral en la oficina de farmacia, partiendo del análisis del pasado y del presente para construir el posible escenario futuro de la contratación laboral en la profesión farmacéutica.

"Lo que hoy somos descansa en lo que ayer pensamos, y nuestros actuales pensamientos forjan nuestra vida futura".

Siddhartha Gautam, Buda


INTRODUCCIÓN

I. INTRODUCCIÓN

La Administración Sanitaria Española (Estatal y Periférica) establece, a través de la Ley General de Sanidad de 1986[1], la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud de 2003[2], la Ley de Garantías de los Medicamentos y Productos Sanitarios de 2006[3] y las leyes autonómicas de sanidad así como las de ordenación farmacéutica; un Sistema Nacional de Salud que **permite que los españoles tengan un servicio farmacéutico continuo, con proximidad geográfica y un horario amplio que cubre las 24 horas del día los 365 días del año.**

En el Sistema Nacional de Salud (SNS) se integran los servicios de atención y dispensación farmacéutica que puede llevarse a cabo gracias a la existencia de oficinas de farmacia "comunitarias" que responden a un "Modelo de Farmacia Mediterránea", distribuidas por todo el territorio nacional, que garantizan el acceso de la población a los medicamentos y los productos sanitarios, siendo esta una de las funciones más importantes, sino la primordial, de la oficina de farmacia. De modo que, las oficinas de farmacia en su vocación comunitaria, atienden a diario a todos aquellos usuarios necesitados de un profesional del medicamento, que en esencia es lo que es el farmacéutico.

De hecho, las oficinas de farmacia son definidas por la Ley de Regulación de Servicios de las Oficinas de Farmacia[4] en su artículo 1[5] como *"establecimientos sanitarios privados de interés público, sujetos a la planificación sanitaria que establezcan las Comunidades Autónomas, en las que el farmacéutico titular-propietario de las mismas, asistido, en su caso, de ayudantes o auxiliares, deberá prestar los siguientes servicios básicos a la población:*

1. *La adquisición, custodia, conservación y dispensación de los medicamentos y productos sanitarios*
2. *La vigilancia, control y custodia de las recetas médicas dispensadas*
3. *La garantía de la atención farmacéutica, en su zona farmacéutica, a los núcleos de población en los que no existan oficinas de farmacia*

[1] Ley General de Sanidad de 1986. BOE nº102,29-04-1986, p.15207-15224
[2] Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud de 2003. BOE nº128, 29-05-2003, p.20567 y s.s.
[3] Ley de Garantías de los Medicamentos y Productos Sanitarios de 2006. BOE nº178, 27-07-2006, p.28122 y s.s.
[4] Ley de Regulación de Servicios de las Oficinas de Farmacia de 1997. BOE nº100, 26-04-1997, p.13450-13452.
[5] *Ibídem*, p.13450.

4. *La elaboración de fórmulas magistrales y preparados oficinales, en los casos y según los procedimientos y controles establecidos*
5. *La información y el seguimiento de los tratamientos farmacológicos a los pacientes*
6. *La colaboración en el control del uso individualizado de los medicamentos, a fin de detectar las reacciones adversas que puedan producirse y notificarlas a los organismos responsables de la farmacovigilancia*
7. *La colaboración en los programas que promuevan las Administraciones sanitarias sobre garantía de calidad de la asistencia farmacéutica y de la atención sanitaria en general, promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad y educación sanitaria*
8. *La colaboración con la Administración sanitaria en la formación e información dirigidas al resto de profesionales sanitarios y usuarios sobre el uso racional de los medicamentos y productos sanitarios*
9. *La actuación coordinada con las estructuras asistenciales de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas*
10. *La colaboración en la docencia para la obtención del título de Licenciado en Farmacia, de acuerdo con lo previsto en las Directivas Comunitarias, y en la normativa estatal y de las Universidades por las que se establecen los correspondientes planes de estudio en cada una de ellas."*

El cumplimiento de todas estas funciones ha llevado a la oficina de farmacia a ser en repetidas ocasiones uno de los establecimientos más valorados por el ciudadano, definiendo al farmacéutico como un profesional que "despierta confianza en la población, que lo ve como un sanitario accesible y cercano, capacitado además para garantizar un uso seguro y racional del fármaco, para contribuir a divulgar los hábitos saludables y resolver pequeños problemas de salud". [6]

En este contexto se enmarca el panorama laboral en la oficina de farmacia y su evolución en el tiempo. Tanto las normativas nacionales como las regionales e incluso las internacionales incluyen una serie de preceptos para el desempeño de la actividad farmacéutica, pero

[6] *Estudio Nurofen sobre las actitudes ante el dolor, los medicamentos y la labor del farmacéutico*. Julio 2009. Edelman Spain para Reckitt Benckiser Healthcare.
El Estudio Neurofen fue presentado en Barcelona en Julio de 2009 por Amando de Miguel, Catedrático emérito de Sociología de la UCM en calidad de colaborador del proyecto. Se realizaron 1200 entrevistas a españoles mayores de 16 años de cinco Comunidades Autónomas: Andalucía, Cataluña, Madrid, País Vasco y Valencia. El objetivo de este estudio fue mostrar la relevancia del farmacéutico en la sociedad y lo que de él demandan los ciudadanos.

incorporan pocas soluciones para los retos laborales que se plantean hoy día en la oficina de farmacia. Las normativas aprobadas por las corporaciones y los convenios profesionales intentan paliar esta situación pero priman las acciones deontológicas y sancionadoras sobre las intervenciones prácticas para ajustar la realidad del panorama laboral farmacéutico.

Tanto la normativa internacional como la española regulan los derechos y deberes de trabajadores y farmacéuticos titulares en la oficina de farmacia. La normativa española va más allá pues define y regula las competencias de los trabajadores en la oficina de farmacia en función de su categoría profesional, la formación de los mismos e incluso el número mínimo de trabajadores que debe haber en ella. Las leyes de ordenación farmacéutica elaboradas por las Comunidades Autónomas concretan todos estos aspectos y los convenios colectivos marcan los salarios, los tipos de contratos, el número de horas de trabajo anuales y los horarios de apertura.

Si se analizan las implicaciones sociales de la contratación laboral en la oficina de farmacia a nivel mundial, cabe destacar que existe una escasez de farmacéuticos en las zonas más pobres del planeta, debido a una dinámica migratoria de profesionales de la salud, que va de los países subdesarrollados a los países desarrollados, en busca de mejores oportunidades profesionales y salariales. Este flujo migratorio también se hace presente en los países desarrollados, donde las áreas rurales presentan problemas para cubrir las vacantes de profesionales farmacéuticos.

La farmacia comunitaria realiza un papel clave dentro de los Sistemas Nacionales de Salud como instrumento de apoyo y garante de la salud pública. Además, es un foco continuo y estable de empleo, cualificado y no cualificado, véanse las cifras globales de contratación de la farmacia europea, que emplea a más de medio millón de personas, de las cuales casi 400.000 son farmacéuticos.

La contratación laboral en las oficinas de farmacia españolas tradicionalmente no ha sido un asunto polémico. Las sucesivas normativas habían permitido la contratación laboral estableciendo regulaciones similares sin experimentar una evolución clara. Pero el marco legislativo actual, en materia de ordenación farmacéutica, se ha modificado en los últimos años con la cesión de las transferencias sanitarias a las Comunidades Autónomas, abocado a éstas a un proceso acelerado de creación normativa caracterizado por su disparidad. De este modo, se ha generado un mosaico de regulaciones a su vez condicionadas por "el matiz político de sus órganos rectores". Tal situación ha propiciado una pseudo-volatilización de las condiciones básicas garantizadoras de la igualdad que proclama el art. 149.1.1º de la Constitución Española[7], pero que en temas laborales siguen manteniéndose intactas siempre y cuando no se muevan los cimientos que sustentan la farmacia como foco generador de empleo (con todas las características y particularidades del mismo: empleo de calidad, estable y femenino) y su carácter integrador para los retos del futuro.

I.1. OBJETIVOS

Existe una gran preocupación internacional por la distribución mundial de los recursos humanos sanitarios, entre los cuales se encuadran los profesionales farmacéuticos. *"The World Health Report 2006"*[8] llama a la acción para paliar los problemas planteados por la falta de recursos humanos sanitarios haciendo hincapié en el número y distribución de los trabajadores sanitarios y las políticas de salud.

Mundialmente, y dentro del ámbito profesional sanitario, los farmacéuticos son, por detrás de médicos y enfermeras, el tercer grupo más numeroso. Las investigaciones y el análisis de las políticas farmacéuticas relacionadas con la contratación laboral y la mano de obra farmacéutica han sido escasos, esto implica que en la actualidad se carezcan de datos veraces que permitan la planificación de los recursos humanos farmacéuticos.

[7] Constitución Española. BOE nº, 29-12-1978, p.29313-29424.
La Constitución Española fue aprobada por las Cortes en sesiones plenarias del Congreso de los Diputados y del Senado celebradas el 31 de Octubre de 1978. Ratificada por el pueblo español en Referéndum el 6 de Diciembre de 1978. Sancionada por S.M. el Rey ante las Cortes el 27 de diciembre de 1978.
[8] ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2006) The World Health Report 2006, working together for health. Disponible en: http://www.who.int/whr/2006/en/, 17-04-2010.

El periodo de estudio de esta Memoria doctoral se ha cerrado el 20 de Abril de 2011, siendo el objetivo general de la investigación, partiendo de un completo análisis del presente que tiene en cuenta las implicaciones legales, sociales y económicas del sector, identificar los aspectos clave en la contratación laboral de la oficina de farmacia perteneciente al Modelo Mediterráneo de farmacia para, a partir de ellos, desarrollar un modelo explicativo que permita abordar de manera integral, y a través de un plan-prospectivo estratégico, la gestión del personal en la oficina de farmacia de manera que tanto empleados como empleadores de las oficinas de farmacia puedan anticiparse y/o adaptarse a los cambios presentes y futuros del entorno de manera eficaz.

En primer lugar, los esfuerzos se dirigieron a investigar el Marco Normativo Internacional, Europeo y Nacional referente a las implicaciones sociales de la contratación laboral en la oficina de farmacia así como a conocer las similitudes y diferencias de las normativas de la Administración periférica respecto al personal de la oficina de farmacia a través del análisis comparativo de los convenios colectivos.

En segundo lugar, se realizó una revisión del contexto socio económico del panorama laboral de la oficina de farmacia. Aunque muchas cifras definen a la oficina de farmacia y el empleo farmacéutico, este análisis sólo pone de manifiesto las más representativas para el abordaje de la gestión integral del personal en la oficina de farmacia.

En tercer lugar, se han desarrollado modelos prospectivos flexibles que permitan entender las necesidades y circunstancias del personal farmacéutico para encarar el futuro de la gestión integral de la contratación laboral en la oficina de farmacia. Estos modelos no solo abarcan al territorio español, se amplió su radio de acción a otros países como Italia y Portugal para abordar de manera conjunta las implicaciones sociales de la contratación laboral en la oficina de farmacia dentro del marco del "Modelo Mediterráneo de Farmacia".

En último lugar, la Memoria de tesis doctoral aborda la identificación de las acciones a desarrollar en el presente y en el futuro próximo para adecuar el marco laboral de la oficina de farmacia (teórico y práctico) a la realidad del sector.

El trabajo de investigación se ha realizado en los siguientes centros:

- Biblioteca del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Badajoz.
- Biblioteca del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Barcelona.
- Biblioteca del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.
- Biblioteca del Departamento de la Cátedra de Historia de la Farmacia y Legislación Farmacéutica de la Facultad de Farmacia de la Universidad Complutense de Madrid.
- Biblioteca de la Facultad de Derecho de la Universidad Complutense de Madrid.
- Biblioteca de la Facultad de Económicas de la Universidad Complutense de Madrid.
- Biblioteca de la Facultad de Farmacia de la Universidad Complutense de Madrid.
- Biblioteca de la Escuela Nacional de Sanidad.
- Biblioteca Nacional de España.
- Sala de Consulta de Acceso Libre del Boletín Oficial del Estado.

I.2. METODOLOGÍA

Las implicaciones sociales de la contratación laboral en la oficina de farmacia, tanto en el pasado como en nuestros días son muchas y variadas. Es importante destacar que estas implicaciones se encuentran condicionadas por la estructura socio-cultural en la que se encuentra enmarcada la oficina de farmacia.

Nos proponemos en esta tesis desentrañar los retos que rodean, rodearon y rodearan a la contratación laboral en la oficina de farmacia y para ello sigue un esquema claro en su realización, **usando como herramientas las normas legales y el contexto socio-económico de la oficina de farmacia en la elaboración de un análisis del presente que, a su vez y mediante la utilización de diseños prospectivos, permita abrir los horizontes del futuro hacia la gestión integral del personal en la oficina de farmacia** (Diagrama 1).

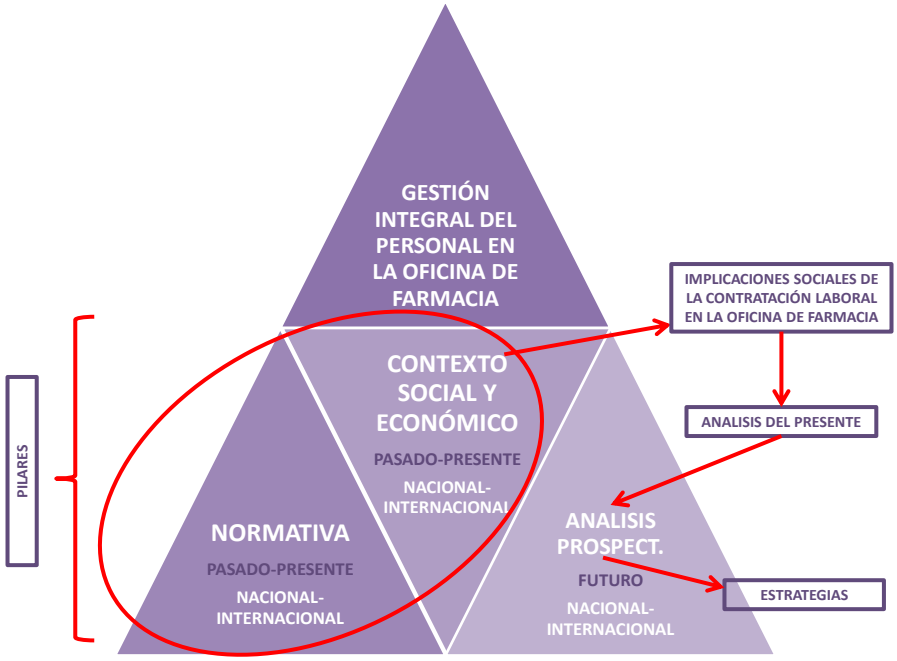


Diagrama 1. Esquema general de la Tesis "Implicaciones sociales de la contratación laboral en la oficina de farmacia: pasado, presente y futuro". Elaboración propia.

El presente estudio se cimenta sobre tres pilares: la normativa legal, el contexto social y económico de la profesión farmacéutica y los análisis prospectivos. Del estudio de la normativa legal y del contexto socio-económico se concluyen las implicaciones sociales de la contratación laboral en la oficina de farmacia, proporcionando un recuerdo del pasado y un análisis del presente, a partir del cual se construirá el tercer pilar, el análisis prospectivo de la contratación laboral en la oficina de farmacia, que traerá consigo una visión de futuro que permitirá establecer escenarios y estrategias que permitan la evolución hacia una gestión integral del personal en la oficina de farmacia.

La parte legislativa se estudiará detenidamente, estratificando por el rango de la disposición, desde la norma más general o de rango mayor a la más concreta o de rango menor, iniciándose el análisis en la normativa internacional, pasando por la europea para concretar aun más con la normativa española vigente y detallar los diversos aspectos de la contratación laboral en la oficina de farmacia según la Comunidad Autónoma donde se realice el ejercicio profesional.

La norma, tanto nacional como internacional, condiciona el marco legal de contratación, cataloga las figuras profesionales, determina la jornada laboral, los contratos, los horarios y los salarios; en definitiva, la norma determina las cifras de contratación, cifras que serán objeto de estudio, tanto a nivel mundial como nacional, pues han marcado la actitud de los organismos internacionales ante la contratación laboral en la oficina de farmacia y ponen de manifiesto la necesidad de realización de análisis prospectivos que permitan estudiar el futuro de la contratación laboral en la oficina de farmacia.

Para tener una visión completa del marco legal aplicable, deberá considerarse toda esta pléyade de normas situando a cada una en su ámbito específico dentro del conjunto normativo total (Diagrama 2). Las normas de ámbito internacional presentan un carácter general, siendo normas poco concretas cuyo objeto es dirigir u orientar las subsiguientes normas nacionales. Sin embargo, este carácter generalista no es óbice para su gran importancia, puesto que sustentan los principios generales sobre los que se asientan las legislaciones nacionales, cuya normativa va concretándose gradualmente a lo largo de una serie de escalones competenciales descendentes. En este nivel internacional se encuentran la Declaración Universal de los Derechos Humanos[9], que define en su artículo 23[10] el *"derecho al trabajo"*; el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales[11] que no solo reconoce el derecho al trabajo sino que en su artículo 7 reconoce el "*derecho a que toda persona goce de condiciones de trabajo equitativas y satisfactorias*[12]*";* La Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo, reunida en Filadelfia en 10 de Mayo de 1944,[13] donde se adoptó la Declaración de los fines y objetivos de la Organización Internacional del Trabajo (OIT)[14] y los principios que deberían inspirar la política de sus miembros, y otras resoluciones que constituyen los pilares de la legislación laboral europea y nacional.

[9] ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (1948) Declaración Universal de los Derechos Humanos. Disponible en: htpp//:www.ohch.org/EN/UDHR/Pages/language.aspx?LangID=spn, 17-04-2011.
La Declaración Universal de los Derechos Humanos fue adoptada y proclamada por la 183 Asamblea General de la ONU en 10 de Diciembre de 1948.

[10] *Ibídem*, p.7.

[11] Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. BOE nº103, 30-04-1977, p.9343-9347.
El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 19 de Diciembre de 1966, fue ratificado en España el 13 de Abril de 1977.

[12] *Locus cit*. en nota 11, p.9344.

[13] Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo, reunida en Filadelfia en 10 de Mayo de 1944. http://www.ilo.org/global/lang--es/index.htm, 11-7-2009.

[14] ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO (1944) Declaración de los fines y objetivos de la Organización Internacional del Trabajo. Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo, Filadelfia. Disponible en: http://www.ilo.org/ilolex/spanish/constq.htm, 17-04-2011.



Diagrama 2. Esquema general de la Tesis doctoral "Implicaciones sociales de la contratación laboral en la oficina de farmacia: pasado, presente y futuro": Normativa. Elaboración propia.

La legislación de la Unión Europea en materia laboral supone un paso adelante en la concreción del Derecho al trabajo y en la definición de otros derechos complementarios al mismo. Cierto es que la legislación comunitaria sigue moviéndose en el ámbito de los principios generales pero marca, de modo más concreto que la legislación internacional, el camino que ha de seguir la regulación de cada Estado miembro sobre todo a la hora de poner en práctica políticas sociales como factor productivo en un intento de basar la economía en el conocimiento de los ciudadanos de la unión y el conocimiento en posibilidades de desarrollo personal y profesional.

Si se analiza la situación concreta de España, se observa que conforme a la distribución competencial que establece la Constitución Española (7) y los distintos Estatutos de Autonomía, en la regulación sanitaria confluyen competencias del Estado y de las Comunidades Autónomas. En líneas muy generales, se puede afirmar que el Estado es responsable de establecer la regulación básica de la Sanidad así como su coordinación. La oficina de farmacia está regulada por un marco normativo post-constitucional que parte del reconocimiento en el artículo 43[15] de la Constitución Española del "*derecho a la protección de la salud"* siendo el objetivo principal del Estado: "*garantizar los derechos en materia de salud*

[15] *Locus cit.* en nota 7, p.29320.

de los ciudadanos" pero, a su vez, ha de ceñirse a lo establecido por la legislación laboral española.

Sobre la oficina de farmacia inciden una serie de normativas sanitarias de carácter generalista, como son la Ley General de Sanidad (1) y la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (2), en la que se dispone que es un establecimiento sujeto a autorización administrativa, pero la definición de oficina de farmacia como tal se establece en el artículo 1 de la Ley 16/1997, de 25 de Abril, de Regulación de Servicios de las Oficinas de Farmacia[16], el cual afirma que la oficina de farmacia es un establecimiento privado de carácter público sujeto a autorización administrativa y a las leyes de ordenación y planificación sanitaria, y para su funcionamiento tiene conferido por el artículo 103 de la Ley General de Sanidad[17], el cometido de custodiar, conservar y dispensar los medicamentos, por tanto, los empleados de la oficina de farmacia han de cumplir celosamente lo dispuesto en este artículo. Pero ha de tenerse en cuenta que desde el punto de vista del servicio sanitario, el medicamento deja de ser prioritario para convertir en prioridad al paciente, motivo por el cual el personal de la oficina de farmacia ha de estar capacitado para hacer accesible al paciente la información necesaria sobre el medicamento.

Además, la Ley 16/1997, de 25 de Abril, de Regulación de Servicios de las Oficinas de Farmacia (4) no solo define el carácter de las oficinas de farmacia sino que regula los servicios básicos que ha de darse en ellas a la población y de su artículo 5[18] se derivan muchas de las peculiaridades de la contratación laboral en la oficina de farmacia, pues reitera la necesidad de la presencia del farmacéutico titular en la dispensación, atribuye al farmacéutico titular la responsabilidad derivada de las actuaciones profesionales de sus empleados, incluidas las de los farmacéuticos adjuntos y regula el número de estos últimos, como empleados de la oficina de farmacia, en función del volumen y el tipo de actividad de la oficina de farmacia y del régimen horario de la misma.

[16] *Locus cit.* en nota 4, p.13450.
[17] *Locus cit.* en nota 1, p.15220.
[18] *Locus cit*. en nota 4, p.13452.

La Ley 44/2003, de 21 de noviembre[19], de Ordenación de las Profesiones Sanitarias y la Ley 29/2006 de Garantías y Uso Racional de los Medicamento y Productos Sanitarios (3), se encuadran dentro del ámbito de aquellas leyes que afectan directamente al ejercicio profesional del farmacéutico en su doble vertiente, como empleador y como profesional del medicamento. En concreto esta Ley dispone que "*los farmacéuticos, como responsables de la dispensación de medicamentos a los ciudadanos, velarán por el cumplimiento de las pautas establecidas por el médico responsable del paciente en la prescripción, y cooperarán con él en el seguimiento del tratamiento a través de los procedimientos de atención farmacéutica, contribuyendo a asegurar su eficacia y seguridad. Asimismo participarán en la realización del conjunto de actividades destinadas a la utilización racional de los medicamentos, en particular a través de la dispensación informada al paciente*" y recalca la necesidad de la presencia y actuación del farmacéutico como condición y requisito inexcusable para la dispensación al público de medicamentos, teniendo en cuenta el número de farmacéuticos necesarios en función de la actividad de la farmacia. Por consiguiente, el farmacéutico se constituye como instrumento del Sistema Nacional de Salud en dos sentidos: como agente encargado de velar por el uso racional del medicamento y como observatorio de Farmacovigilancia. Este hecho condiciona la ordenación farmacéutica hasta el punto de que para poder garantizar el funcionamiento del SNS y poder realizar una estrategia completa del uso racional del medicamento se necesita la presencia y actuación profesional del farmacéutico como condición y requisito inexcusable para la dispensación al público de medicamentos, teniendo en cuenta el número de farmacéuticos necesarios en función de la actividad de la oficina de farmacia y condicionando de esta manera el empleo farmacéutico.

No sólo la normativa nacional afecta a la contratación laboral en la oficina de farmacia, las leyes de Ordenación Farmacéutica recogen el marco laboral de la oficina de farmacia en las distintas Comunidades Autónomas. La configuración del Estado español como un "Estado de las Autonomías"[20] ha permitido que el sistema sanitario se encuentre ampliamente descentralizado en su estructura y gestión. Este hecho requiere de un importante grado de coordinación entre el SNS y las Comunidades Autónomas para no generar agravios comparativos en cuestión de prestaciones de salud y en concreto de prestaciones farmacéuticas. Además, dentro del ámbito legal se incluirá un análisis histórico de los

[19] Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. BOE nº 280, 22-11-2003, p.41442-41458.

[20] El Estado Regional (llamado en ocasiones Estado unitario con autogobierno o Estado autonómico o de las autonomías) es una forma de estado intermedia entre el Estado federal y el Estado unitario que busca compatibilizar la idea de unidad y descentralización o autonomía. Este tipo de estado, habitualmente, posee divisiones territoriales denominadas regiones o autonomías.

convenios colectivos (y de las diversas polémicas generadas por los mismos), pues recogen de forma pormenorizada y formulista todos los aspectos a tener en cuenta para una contratación laboral de calidad y en regla.

Pero el contexto socio económico global ha cambiado y con ello las implicaciones sociales de la contratación laboral en la oficina de farmacia. La crisis mundial está afectando gravemente a la estabilidad de las oficinas de farmacia europeas pues las medidas de contención del gasto de los estados prevén, en la mayoría de los casos, recortes presupuestarios en las partidas destinadas a sanidad. Sin ir más lejos, España está inmersa en una crisis económica que obliga a recortar los gastos a nivel gubernamental (Diagrama 3).



Diagrama 3. Esquema general de la Tesis doctoral "Implicaciones sociales de la contratación laboral en la oficina de farmacia: pasado, presente y futuro": Contexto social y económico. Elaboración propia.

El recorte del gasto sanitario centra sus esfuerzos en recortar el gasto derivado de la prescripción farmacéutica bajando los precios de los medicamentos a la vez que reduce el número de prescripciones. La entrada en vigor de las nuevas medidas adoptadas por el ejecutivo en materia de recortes del gasto, Real Decreto Ley (RDL) 4/2010[21] y 8/2010[22], afectan de forma directa a los ingresos de las oficinas de farmacia, por la reducción del precio de los medicamentos y por las deducciones que se practican en función de los tramos de facturación mensual, teniendo como consecuencia una reducción de los márgenes de beneficio bruto y neto de la oficina de farmacia y una posible destrucción de empleo. Por tanto, la gestión de la oficina de farmacia pasa a un primer plano en tiempos de crisis, han de controlarse los ingresos y los gastos, la reducción de los gastos fijos es la única medida eficaz para mejorar las cifras de rentabilidad de la oficina de farmacia y los gastos de personal son los gastos fijos más importantes de una oficina de farmacia, se sitúan en torno al 10% de la facturación bruta anual, de ahí la **necesidad de formular gestiones integrales del personal de la oficina de farmacia que permitan una labor asistencial eficiente y de calidad con el menor coste posible.**

Si en contextos sociales anteriores la contratación laboral en la oficina de farmacia no era un tema que generara incertidumbre desde el plano económico, hoy en día sí pues el problema del paro está comenzando a introducirse en el sector farmacéutico, que hasta ahora había vivido ajeno a los problemas que sacudían el entorno laboral español. La preocupación principal del farmacéutico en su papel de empleador con respecto al personal de la oficina de farmacia se ha transformado pasando de ser: **¿conseguiré farmacéutico adjunto para mi farmacia? ¿tendré sustituto para poder irme de vacaciones?** a ser: **¿podré pagar los salarios del personal a fin de mes? ¿tendré que prescindir de parte de la plantilla para poder abordar el resto de costes fijos?**

En la realización del **análisis del presente**, al revisarse de manera pormenorizada el contexto socio-económico será necesario ir más allá de las meras cifras de contratación o económicas pues los distintos modelos de farmacia condicionan distintos patrones de empleo en la oficina de farmacia. A nivel europeo existen dos modelos de farmacia, por un lado se encuentra el

[21] Real Decreto-ley 4/2010, de 26 de marzo, de racionalización del gasto farmacéutico con cargo al Sistema Nacional de Salud. BOE nº 75, 27-03-2010, p.28989-29000.

[22] Real Decreto-ley 8/2010, de 20 de mayo, por el que se adoptan medidas extraordinarias para la reducción del déficit público. BOE nº 126, 24-05-2010, p.45070-45128.

"Modelo de Farmacia Mediterráneo", donde la propiedad está vinculada a la titularidad y existen criterios demográficos y de distancia a la hora de la planificación farmacéutica, y por otro lado el "Modelo Anglosajón o Liberal", donde la titularidad no está vinculada a la propiedad y no existen criterios demográficos ni de distancia a la hora de realizar la planificación farmacéutica nacional. Los países con un "Modelo Mediterráneo de Farmacia" presentaran un patrón de empleo farmacéutico distribuido por toda la geografía del país de manera homogénea, mientras que en aquellos que sigan un "Modelo Liberal de Farmacia", la concentración del empleo farmacéutico se hará patente en las zonas más pobladas y relevantes del país.

Para la realización del análisis del presente y para el diseño del posterior estudio prospectivo se partió de la hipótesis de que, a la luz de las cifras analizadas, los países que presentan un "Modelo Mediterráneo de Farmacia" no sólo comparten características que van más allá del hecho de que la propiedad esté vinculada a la titularidad o que exista una planificación farmacéutica basada en criterios demográficos y de distancia, sino que presentan patrones similares de organización del trabajo y de presencia asistencial (Diagrama 4).

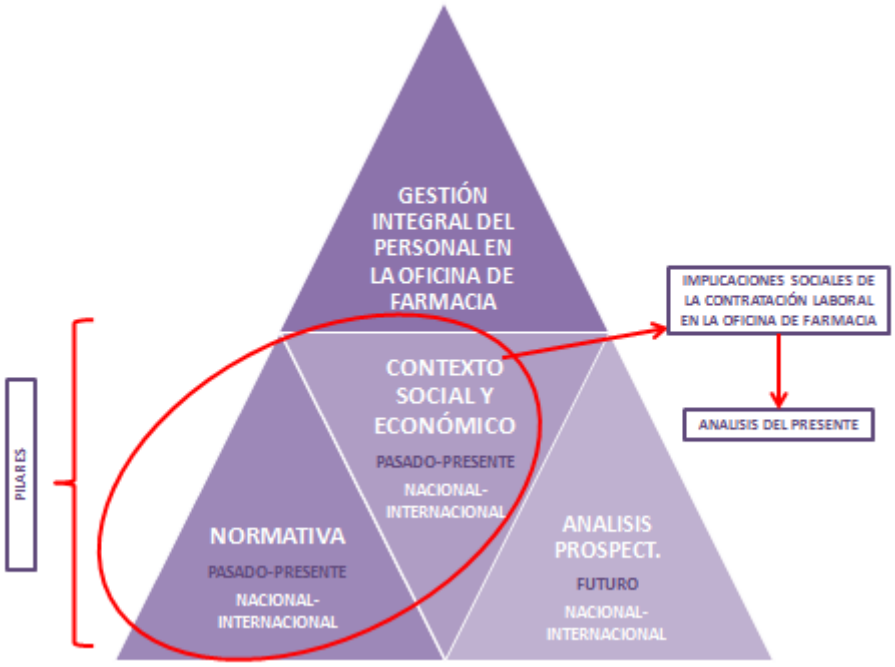


Diagrama 4. Esquema general de la Tesis doctoral "Implicaciones sociales de la contratación laboral en la oficina de farmacia: pasado, presente y futuro": Análisis del presente. Elaboración propia.

España presenta un "Modelo Mediterráneo de Farmacia" caracterizado por el hecho de que la oficina de farmacia presenta una dualidad empresario-sanitaria. A nivel empresa, la oficina de farmacia se consolidó como foco localizado de empleo farmacéutico, pues el 98% de la población española dispone de una oficina de farmacia cercana a su municipio, con al menos un profesional farmacéutico a su servicio, y como foco generador de empleo estable, femenino y de calidad, pero desde la entrada en vigor de los RDL 4/2010 (21) y RDL 8/2010 (22) se han puesto en riesgo la viabilidad de 3.000 farmacias aproximadamente y más de 10.000 puestos de trabajo.

La gestión de los recursos humanos en la oficina de farmacia es vital, pues de ella depende tanto su misión sanitaria como el desarrollo del papel empresarial de la misma. Indudablemente, la oficina de farmacia ha aportado valor real a la sociedad española creando empleo cualificado y estable, mayoritariamente femenino y eligiendo como candidatos para ocupar las vacantes a aquellos sectores de la población activa con mayor vulnerabilidad, como lo son los jóvenes, las mujeres y los parados, desarrollando la faceta de empresa socialmente responsable. Pero todos esos esfuerzos realizados pueden verse truncados, enfocar el futuro de la contratación laboral en la oficina de farmacia se presenta como un gran reto ante un futuro convulso que pasa por una mejor cualificación del personal, mejores prácticas de contratación, adecuación de la formación a la carrera profesional y un mayor control sobre los movimientos migratorios.

Las investigaciones y el análisis de las políticas farmacéuticas relacionadas con la contratación laboral y la mano de obra farmacéutica han sido escasos, esto implica que en la actualidad se carezcan de datos veraces que permitan la planificación de los recursos humanos en la oficina de farmacia. Existe una necesidad acuciante de desarrollar modelos flexibles basados en el número de farmacéuticos en ejercicio necesarios en una zona y las habilidades requeridas para poder proporcionar los servicios. En este sentido se enmarca el tercer pilar de la presente tesis, en el cual se insta a mirar al futuro de las implicaciones sociales en la contratación laboral en la oficina de farmacia desde **modelos prospectivos que ayuden a dilucidar las necesidades de personal y las cualidades que debe presentar el mismo para realizar un servicio farmacéutico eficiente y de calidad** (Diagrama 5).



Diagrama 5. Esquema general de la Tesis doctoral "Implicaciones sociales de la contratación laboral en la oficina de farmacia: pasado, presente y futuro": Análisis prospectivo. Elaboración propia.

Tradicionalmente el panorama de la gestión integral de las contrataciones laborales en la oficina de farmacia se ha abordado desde el punto de vista de la previsión analizando los condicionantes económicos de la oficina de farmacia y realizando proyecciones a corto y medio plazo sobre las dinámicas de contratación. Pero estas proyecciones presentan varios inconvenientes, pues los resultados son aproximados, tienen márgenes de error moderados y están expuestos a cambios legislativos, demográficos, sociales o económicos.

Actualmente, los sistemas sanitarios mundiales son complejos, dinámicos en el tiempo y extremadamente sensibles a los cambios; se encuentran en permanente estado de evolución pues en ellos intervienen múltiples factores de orden científico, político, normativo o económico que inciden directamente en la vida, la salud y el bienestar de los ciudadanos, siendo primordial interpretar este cambio para aplicarlo al micro-entorno de las prestaciones farmacéuticas y por ende al de la oficina de farmacia. La meta del farmacéutico titular es: gastar menos dando un servicio y una atención farmacéutica más eficiente a la vez que se consiguen mejores resultados en salud para la población que acude a su farmacia, es decir, realizar una gestión integral de la oficina de farmacia. ¿Cómo se consigue esto dentro de un sistema sanitario inmerso en un cambio continuo? La fórmula mágica pasa por el análisis del futuro, por la identificación de los elementos claves que influyen en la consecución de

objetivos eficiente de la oficina de farmacia y la elaboración de un plan estratégico que permita abordarlos de manera anticipada, a este tipo de análisis se les denomina **análisis prospectivos**.

Dentro de la oficina de farmacia hay muchos aspectos que condicionan el cambio, pero sólo unos pocos son abordables a la hora de convertirla en una empresa eficiente donde con menos gastos se consiga una mayor eficacia y unos mejores resultados. Los gastos de personal son los primeros en ser revisados a la hora de realizar una reconversión de los gastos pues representan dentro de una farmacia media al menos el 10% de los gastos totales. La gestión integral del personal en la oficina de farmacia se basa en el conocimiento intrínseco de la oficina de farmacia como empresa por parte del empleador, de sus beneficios y gastos, y en la aplicación de las técnicas básicas de gestión de recursos humanos para la organización de equipos, en la selección, en la formación y la motivación del personal. La organización de un equipo humano es uno de los puntos más complejos a tratar en cualquier cambio que se quiera introducir, ya no estructural, sino de la rutina de trabajo en la oficina de farmacia. Pero el momento crítico que experimenta la oficina de farmacia en España ha hecho plantearse si se necesita un cambio estratégico en esta gestión, cuestionándose las perspectivas de futuro de la oficina de farmacia y los elementos claves susceptibles de cambio para la mejora de la gestión integral del personal como meta a corto/medio plazo (Diagrama 6).

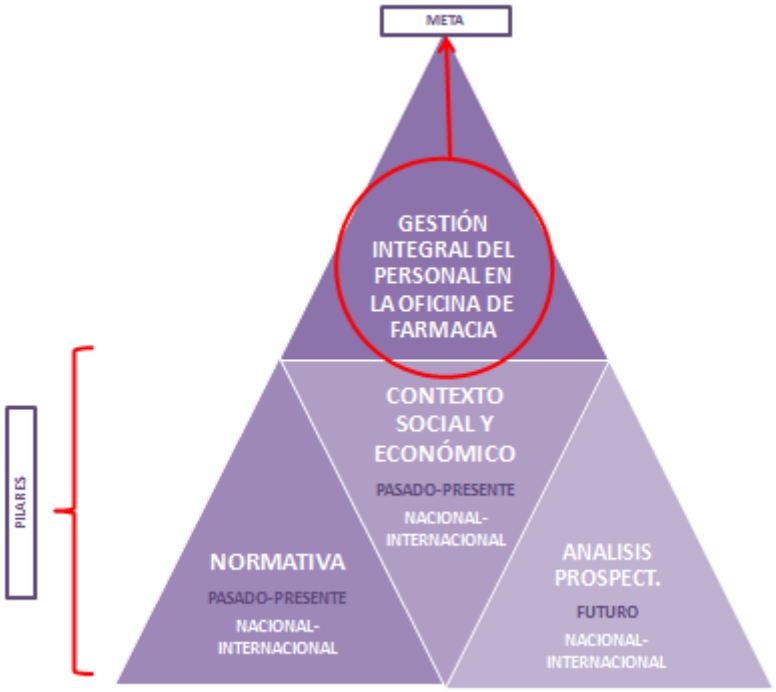


Diagrama 6. Esquema general de la Tesis doctoral "Implicaciones sociales de la contratación laboral en la oficina de farmacia: pasado, presente y futuro": Gestión integral del personal en la oficina de farmacia. Elaboración propia.

Es por ello que consideramos necesario aplicar los análisis prospectivos a la gestión integral del personal en la oficina de farmacia, abordando concretamente el futuro de las contrataciones laborales desde unos escenarios posibles que permitan generar un plan estratégico para afrontar los retos que se le presenten a corto, medio y largo plazo a la oficina de farmacia.

La situación de partida de los planes prospectivos estratégicos surge en el **análisis del presente**, en concreto de la situación actual del territorio, la empresa, organización o sector. Desde esta situación de partida nacen diversos futuros posibles que configuran un horizonte de posibles futuros. Por ese motivo, las partes primera, segunda y tercera de este trabajo analizan de manera exhaustiva los pilares básicos de las implicaciones sociales de la contratación laboral en la oficina de farmacia y de la gestión integral del personal en la misma, estos pilares básicos son: las normas legales, el contexto social y económico de la profesión farmacéutica a nivel mundial y la incidencia social de la contratación laboral en la oficina de farmacia en España, definiendo de manera concreta las implicaciones legales, sociales y económicas de la contratación laboral en la oficina de farmacia, del farmacéutico titular como empleador y de la dimensión empresarial que aborda la gestión integral de la oficina de

farmacia y concretamente el personal que trabaja en la misma. Es un esbozo del pasado y del presente de los recursos humanos en la oficina de farmacia.

Los conceptos de prospectiva y análisis prospectivo parecen encontrase alejados de la realidad de la oficina de farmacia y del concepto de gestión integral del personal en una empresa en general, aunque en los últimos años han sido utilizados por entidades tan cercanas a la oficina de farmacia como es la propia Farmaindustria.

Los estudios prospectivos pretenden ser una herramienta eficaz a la hora de definir políticas dirigidas a la formación de profesionales y a la orientación laboral, a la vez que permiten conocer la situación del mercado de trabajo, siendo este hecho de mayor importancia debido a la singular virulencia con la que la crisis económica está golpeando al empleo en la actualidad.

Pero cabe preguntarse, qué es la prospectiva en sí y qué importancia tiene a la hora de analizar los posibles escenarios futuros de la contratación laboral en la oficina de farmacia. La definición más práctica y aplicable a la presente investigación es aquella que la define como un **instrumento de apoyo a la decisión en la planificación estratégica, territorial y tecnológica**. Los análisis prospectivos poseen herramientas metodológicas que facilitan y sistematizan la reflexión colectiva sobre el futuro y la construcción de imágenes o escenarios de futuro. Aunque, contrariamente a las creencias sobre prospectiva, **la prospectiva no tiene por objeto predecir el futuro,** el objeto de esta es ayudar a construir el futuro como parte de un proceso sistemático y participativo a largo plazo para la toma de decisiones y la movilización de acciones conjuntas.

La aplicación concreta de esta planificación estratégica al mercado laboral farmacéutico consta de un proceso de reflexión sobre el futuro de la profesión, implicando al farmacéutico en la identificación y puesta en marcha de las acciones a desarrollar en el presente y en el futuro próximo para adecuar el marco laboral (teórico y práctico) a la realidad del sector. Los métodos prospectivos permiten reducir el riesgo y la incertidumbre en la puesta en marcha de los proyectos pues identifican los factores clave, en este caso los factores clave que condicionan las implicaciones sociales de la contratación laboral en la oficina de farmacia. Además, permiten implementar sobre ellos una estrategia efectiva a la vez que analiza los posibles escenarios que se abren al proyecto y, una vez seleccionado el escenario, articular las acciones estratégicas pertinentes para mejorar la gestión integral de la contratación laboral en la oficina de farmacia.

Para la aplicación de los métodos prospectivos a la contratación laboral en la oficina de farmacia pueden utilizarse diversas herramientas que facilitan la elaboración de los posibles escenarios futuros, y por tanto son indispensables en el diseño de los planes prospectivos estratégicos, en concreto para la identificación de las variables claves a tener en cuenta. Para la evaluación de las futuras implicaciones sociales de la contratación laboral en la oficina de farmacia y la optimización de la gestión integral del personal se ha elegido un método combinado que incluye la tormenta de ideas o *brain storming* junto con el diseño y desarrollo completo de un *estudio Delphi*. El método se aplicó con la colaboración de 25 expertos procedentes de toda la geografía española.

El hecho de que los países que presentan un "Modelo Mediterráneo de Farmacia" compartan características que van más allá de la vinculación de la titularidad a la propiedad o de que exista una planificación farmacéutica, basada en criterios de establecimiento demográficos y de distancia, ha ampliado el radio de acción del presente estudio, incluyendo entre sus metas la elaboración de un escenario común para el diseño de un plan prospectivo estratégico que permita abordar de manera conjunta las implicaciones sociales de la contratación laboral en la oficina de farmacia dentro del marco del "Modelo Mediterráneo de Farmacia". Por ese motivo, el análisis de las implicaciones sociales de la contratación laboral en la oficina de farmacia se amplió a Italia y Portugal, no solo posibilitando un análisis comparativo y la creación de un espacio común de actuaciones sino que además hace factible el acercamiento de las nuevas tecnologías a la investigación cualitativa.

I.3. ESTRUCTURA

La Memoria de tesis ha sido estructurada en tres partes: normativa, contexto socio-económico y gestión integral del personal en la oficina de farmacia y diez capítulos; de los cuales el primero está dedicado a la introducción comprende los antecedentes, objetivos y metodología seguidos para el desarrollo de la presente tesis. En el segundo se trata del concepto internacional de trabajo, la normativa internacional y europea relativa a la contratación laboral en la oficina de farmacia y las implicaciones de esta como empresa socialmente responsable. El tercero comprende la normativa española existente en materia de contratación laboral en la oficina de farmacia, iniciando su análisis en las Ordenanzas para el Ejercicio de la Profesión

Farmacéutica de 1860[23], pasando por la norma general sanitaria y terminando con las leyes de ordenación farmacéutica autonómica. En el capítulo cuarto se realiza un análisis comparativo de las figuras profesionales en la oficina de farmacia a través de las publicaciones de los Convenios Laborales, abordando la evolución dinámica de la clasificación funcional del personal en la oficina de farmacia, los salarios y el número de horas trabajado; a su vez sintetiza la problemática suscitada con el XXIII Convenio Colectivo Marco para Oficinas de Farmacia 2007-2010[24]. El quinto comprende el contexto económico y social a nivel mundial, poniendo de manifiesto la distribución laboral de los farmacéuticos en el globo terráqueo y los problemas que afectan a la profesión farmacéutica en el mundo, ahondando en la problemática europea y la dualidad de Modelos farmacéuticos imperantes en el viejo continente. El sexto se dedica a la incidencia social de la contratación laboral en la oficina de farmacia tanto desde el punto de vista de la farmacia en cifras como desde el del panorama de la contratación laboral. El séptimo se ocupa de la aplicación de los análisis prospectivos a la gestión integral del personal en la oficina de farmacia, incluyendo la justificación de los mismos, un análisis del presente y el desarrollo completo de la investigación prospectiva acerca de las implicaciones sociales de la contratación laboral en la oficina de farmacia. En el capítulo octavo se recogen las conclusiones. El noveno presenta un dossier completo en italiano en el que se resume la Memoria de la Tesis en castellano incluyendo las conclusiones. Finalmente, el capítulo décimo contiene las fuentes y bibliografía consultadas que han sido imprescindibles para el desarrollo de la investigación. Además, presenta varios Anexos que amplían la información expuesta.

I.4. FUENTES

Se ha partido del estudio de las disposiciones legales y de las normas éticas y deontológicas que afectan al ejercicio profesional del farmacéutico en la oficina de farmacia desde el punto de vista sanitario, socio-económico y laboral, tanto como empresario como de trabajador por cuenta ajena partiendo de la búsqueda en bases de datos como son las siguientes:

[23] Real Decreto de 18 de abril de 1860, por el que se aprueban las Ordenanzas Para el Ejercicio de la Profesión Farmacéutica Gaceta de Madrid nº 115, 24-04-1860, p.1-2.
[24] XXIII Convenio Colectivo Marco para Oficinas de Farmacia 2007-2010.BOE nº 20, 24-01-2011, p. 7579-7619.

- Desde el portal de la OMS se provee acceso a los datos y los análisis realizados para la monitorización de la situación sanitaria mundial. Dentro de las bases de datos pertenecientes a la Organización Mundial de la Salud se han consultado:

    - GLOBAL HEALTH OBSERVATOY DATABASE,
    - WHO GLOBAL INFO-BASE,
    - WORLD HEALTH STATITICS, que contiene los datos anuales recogidos por los 193 Estados Miembros de la OMS
    - COUNTRY HEALTH SYSTEM SURVEILLANCE (CHeSS), plataforma que facilita la mejora del acceso, calidad y uso de los datos necesarios para la monitorización del progreso sanitario a través de la creación de un programa de encuestas que permite recoger en esta base de datos la información básica de los Sistemas Nacionales de Salud
    - SERVICE AVABILITY MAPING (SAM), herramienta de salud pública que permite el diseño de mapas que muestren la accesibilidad de servicios sanitarios, incluyendo infraestructuras, recursos humanos, servicios de atención primaria, etc,…
    - COUNTRY HEATH INTELLIGENCE PORTAL (CHIP), punto de acceso a la situación sanitaria de diversos países

- La Organización Internacional del Trabajo desde su plataforma on-line permite el acceso a diversas bases de datos que por su interés fueron consultadas en el transcurso de la redacción de la Memoria de Tesis, como son:

    - LABORSTA, base de datos sobre estadísticas del trabajo a nivel mundial
    - ILOLEX, base de datos sobre normas internacionales de trabajo
    - LABORDOC, base de datos de la biblioteca de la OTI
    - NATLEX, base de datos que contiene legislación nacional sobre trabajo, Seguridad Social y Derechos Humanos

- La legislación disponible en la Unión Europea con respecto a las disposiciones legales y las normas éticas y deontológicas que afectan al ejercicio profesional del farmacéutico en la oficina de farmacia desde el punto de vista sanitario, socio-económico y laboral

se consultó a través del DOUE[25]. La información on-line fue obtenida a través de la base de datos de la Unión Europea denominada EUR-LEX y de la Oficina Estadística de la Comisión Europea (EUROSTAT).

- A nivel nacional se consultaron:

  - Base de datos del BOE, que permite búsquedas sencillas y avanzadas sobre textos publicados en el Boletín Oficial del Estado, en conjunto con la base de datos IBERLEX, accesible también desde el portal on-line del BOE, que contiene las disposiciones de carácter general de ámbito estatal, autonómico y europeo desde 1960, y el análisis jurídico de cada disposición.
  - Banco de Datos del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, haciendo hincapié en los datos del Barómetro Sanitario y en el Portal Estadístico del Sistema Nacional de Salud.
  - INEbase, base de datos del Instituto Nacional de Estadística.
  - Información Estadística del Ministerio de Educación relativa a la formación universitaria.
  - Información Estadística del Ministerio de Trabajo e Inmigración profundizando en los datos sobre el Mercado de Trabajo Español, la Formación Profesional y Medidas de Apoyo al Empleo, Inmigración- Emigración, los Boletines Estadísticos Laborales (BEL) y el Anuario de Estadísticas del propio Ministerio. Además se consultó la base de datos referencial BCEDISS.
  - Información Estadística del Servicio Público Estatal de Empleo y Base de Datos Documental Legislativa.

- Distintos organismos como pueden ser la Federación Internacional de Farmacia o el Consejo General de Colegios de Farmacéuticos ponen a disposición de sus miembros interesantes recopilaciones legales y/o estadísticas a través de sus páginas web que han sido consultadas como fuente en el transcurso de la elaboración de la Tesis doctoral. Muestra de ello son la FIP Statements and Guidelines Database o las Recopilaciones legislativas a nivel nacional y autonómico de la Organización Farmacéutica Colegial. También se consultó el Recopilatorio denominado UE y

[25] Desde el 01-02-2003 el Diario Oficial de la Comunidad Europea llamado DOCE comienza a denominarse Diario Oficial de la Unión Europea o DOUE debido al Tratado de Niza, DOCE-C 80, 10-03-2001, p.26.

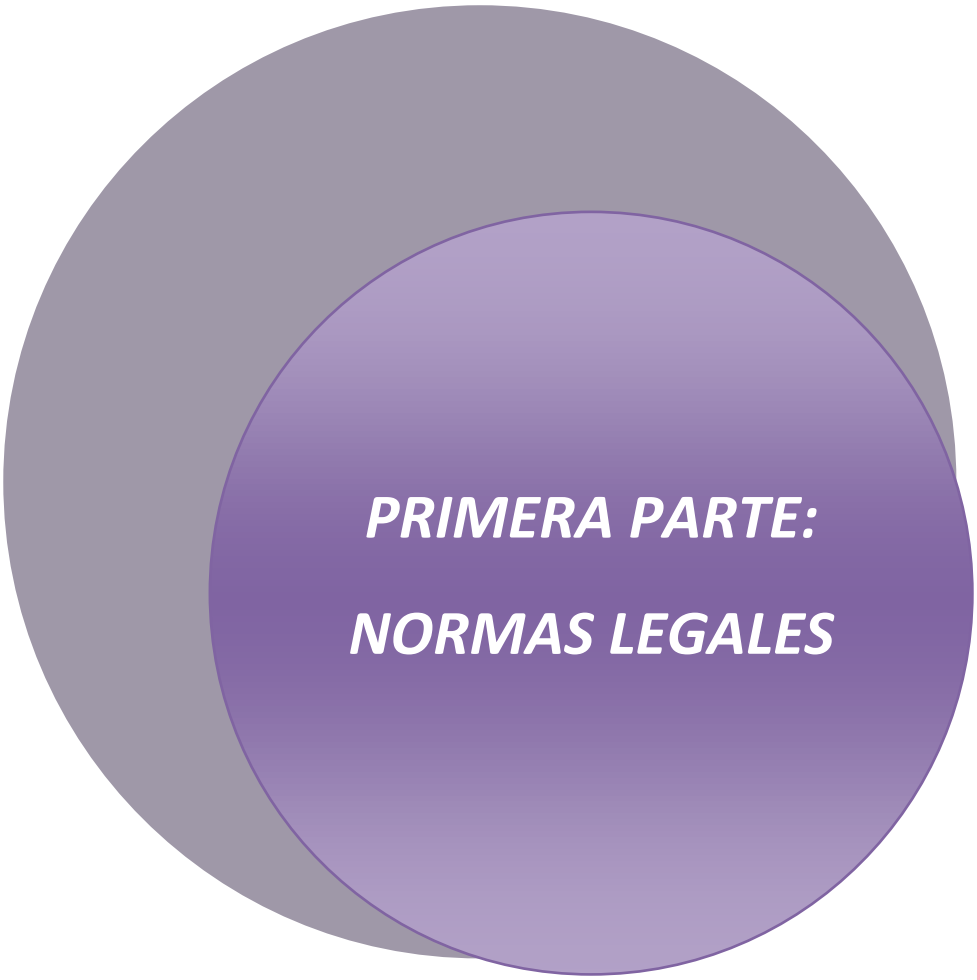
Farmacia que contiene disposiciones de la Unión Europea relativas a la oficina de farmacia y los Informes que muestran la información Estadística del Consejo General de Colegios de Farmacéuticos.

I.5. ABREVIATURAS

ADEFARMA	Asociación de Farmacéuticos de Madrid
AEFFCC	Asociación de Farmacéuticos de Cartagena
AFB	Asociación de Farmacéuticos de Barcelona
AFELL	Asociación de Farmacéuticos de Lleida
AFET	Asociación de Farmacéuticos de Tarragona
AGFE	Asociación de Farmacéuticos de Girona
APROAFA	Asociación para la Promoción de la Asistencia Farmacéutica
BD	Base de Datos
BOA	Boletín Oficial de Aragón
BOC	Boletín Oficial de Canarias
BOCAIB	Boletín Oficial de las Islas Baleares
BOCCE	Boletín Oficial de la Ciudad de Ceuta
BOCM	Boletín Oficial de la Comunidad de Madrid
BOCYL	Boletín Oficial de Castilla y León
BOE	Boletín Oficial del Estado
BOIB	Boletín Oficial de las Islas Baleares
BOJA	Boletín Oficial de la Junta de Andalucía
BOME	Boletín Oficial de Melilla
BON	Boletín Oficial de Navarra
BOPA	Boletín Oficial del Principado de Asturias
BOPV	Boletín Oficial del País Vasco
BOR	Boletín Oficial de la Rioja
BORM	Boletín Oficial de Murcia
BUP	Bachillerato Unificado Polivalente
CARIM	Consortium for Applied Research on International Migration
CCDSFT	Carta Comunitaria de los Derechos Sociales Fundamentales de los Trabajadores
CCOO	Comisiones Obreras
CDFUE	Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea
CEAFAEF	Coordinadora Estatal de Asociaciones y Federaciones de Ayudantes-Auxiliares y Empleados de Farmacia
CECA	Comunidad Europea del Carbón y el Acero
CEDEFOP	Centro Europeo para el desarrollo de la formación profesional
CEIM	Confederación Empresarial de Madrid
CEOE	Confederación Española de Organizaciones Empresariales
CGCOF	Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos
CIG	Conferencia Intergubernamental
CISNS	Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud C23

CNAE	Encuesta Anual de Comercio
CODC	Catálogo de Ocupaciones de Difícil Cobertura
COF	Colegio Oficial de Farmacéuticos
COFM	Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid
D.C.	Distrito de Columbia
DH	Restringido a personal sanitario
DOCE	Diario Oficial de la Comunidad Europea
DOE	Diario Oficial de Extremadura
DOG	Diario Oficial de Galicia
DOGC	Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya
DOGV	Diari Oficial de la Generalitat Valenciana
DOUE	Diario Oficial de la Unión Europea
Dr.	Doctor
DRAE	Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española
EAC	Encuesta Anual de Comercio
EAFP	Asociación Europea de Facultades de Farmacia
EEUU	Estados Unidos
EMCC	Observatorio Europeo del Cambio
EPA	Encuesta de Población Activa
ESO	Educación Secundaria Obligatoria
EUROFOUND	Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo
FEDERFARMA	Federacione Nazionale Unitaria Titolari di Farmacia
FEFAC	Federación de Asociaciones de Farmacias de Cataluña
FEFE	Federación Empresarial de Farmacéuticos Españoles
FENOFAR	Federación Nacional de Oficinas de Farmacia
FETRAF	Federación de Trabajadores de Farmacia
FIP	International Pharmaceutical Federation
FOFI	Ordini Farmacisti Italiani
FPI	Formación Profesional de Grado Medio
FPII	Formación Profesional de Grado Superior
FSE	Fondo Social Europeo
GNI	Gross National Income
GU	Gazzetta Ufficciale
I+D	Investigación y Desarrollo
IAE	Impuesto de Actividades Económicas
INE	Instituto Nacional de Estadística
INEM	Instituto Nacional de Empleo
INS	Instituto Nacional de la Salud
IPC	Índice de Precios al Consumo
IRPF	Impuesto sobre el Rendimiento de las Personas Físicas
ISFAS	Instituto Social de las Fuerzas Armadas
ISO	Organización Internacional para la Estandarización
KM	Kilometros
LGSS	Ley General de la Seguridad Social
LOGSE	Ley Orgánica General del Sistema Educativo
LPRL	Ley de Prevención de Riesgos Laborales

MTIN	Ministerio de Trabajo e Inmigración
MUFACE	Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado
MUGEJU	Mutualidad General Judicial
N/A	No Answer (Sin Respuesta)
Nº	Número
O	Distintas Regulaciones
OEBIG	Instituto de Salud Austriaco
OCDE	Organización para la Cooperación Mundial y el Desarrollo Económico
ODM	Objetivos del Milenio
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
OPS	Organización Panamericana de la Salud
p	Probabilidad
p.	Página
PCE	Patient Counselling Event
Percent.	Porcentaje (%)
PGEU	Pharmaceutical Group of the European Union
PIB	Producto Interior Bruto
PPP	Paridad en Poder Adquisitivo
Q1	Cuartil 1
Q2	Cuartil 2
R	Ratio
RD	Real Decreto
RDL	Real Decreto Ley
RETA	Régimen Especial de los Trabajadores Autónomos
RGSS	Régimen General de la Seguridad Social
RP	Restringido a Farmacéuticos
RSC	Responsabilidad Social Corporativa
RSE	Responsabilidad Social Empresarial
SEFAC	Sociedad Española de Farmacia Comunitaria
SEPE	Servicio Público de Empleo Estatal
SMI	Salario Mínimo Interprofesional
SNS	Sistema Nacional de Salud
TCE	Tratado Constitutivo de la Comunidad Europea
TJUE	Tribunal de Justicia de la Unión Europea
TUE	Tratado de la Unión Europea
U	Sin regulación
UE	Unión Europea
UGT	Unión General de Trabajadores
US$	Dólares Americanos
USA	Estados Unidos de América
VAB	Valor Añadido Bruto
WHORegions	Regiones de la Organización Mundial de la salud


PRIMERA PARTE:
NORMAS LEGALES

II. MARCO LEGAL I: NORMATIVA INTERNACIONAL Y EUROPEA

El marco legal de la contratación laboral en la oficina de farmacia comprende la legislación vigente en materia de contratación laboral relativa a la oficina de farmacia. En la introducción de la presente tesis doctoral se exponen las características del marco legal estudiado, afirmándose que sobre la regulación de la contratación de personal en la oficina de farmacia inciden una serie de normas, estructuradas en un complejo abanico competencial, que abarca desde la normativa internacional, de carácter genérico, a los convenios profesionales aplicados al sector, extremadamente ordenancistas y detallados.

Para tener una visión completa del marco legal aplicable, deberá considerarse toda esta pléyade de normas situando a cada una en su ámbito específico del conjunto normativo total.

II.1. NORMATIVA INTERNACIONAL DE CARÁCTER GENERAL

Dentro del análisis del marco legal de la contratación laboral en la oficina de farmacia para la determinación de sus implicaciones sociales se encuentran las normas de ámbito internacional y carácter general. Son normas poco concretas cuyo objeto es dirigir u orientar las subsiguientes normas nacionales. Sin embargo, este carácter generalista no es óbice para su gran importancia, puesto que sustentan los principios generales sobre los que se asientan las legislaciones nacionales, cuya normativa va concretándose gradualmente a lo largo de una serie de escalones competenciales descendentes.

En este nivel internacional se encuentra la Declaración Universal de los Derechos Humanos (9), el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (11),… Ya la propia denominación de estas normas da una idea de su finalidad: la definición genérica de grandes principios o derechos y no su concreta regulación.

II.1.1. DECLARACIÓN UNIVERSAL DE LOS DERECHOS HUMANOS (9)

La Declaración de los Derechos Humanos en su artículo 23 (10), apartado 1º, afirma que "*Toda persona tiene derecho al trabajo, a condiciones equitativas y satisfactorias de trabajo y a la protección contra el desempleo*" y en sus apartados 2º y 3º que "*toda persona tiene derecho, sin discriminación alguna, a igual salario por trabajo igual*" y que "*toda persona que trabaja tiene derecho a una remuneración equitativa y satisfactoria, que le asegure, así como a su familia, una existencia conforme a la dignidad humana y que será completada, en caso necesario, por cualesquiera otros medios de protección social*".

La Declaración Universal de los Derechos Humanos (9) incluye, en su enumeración de derechos del hombre, el derecho al trabajo. Su regulación, aunque escueta, no se conforma con señalar la existencia de tal derecho, sino que da algunas notas definitorias de su identidad. Así, señala, como notas características de este derecho, el derecho a la remuneración equitativa y satisfactoria y a la ausencia de discriminación salarial (principio de igualdad de salario por igualdad de trabajo). La Declaración Universal de los Derechos Humanos en su artículo 23 (10), dedicado al derecho al trabajo, al ser reconocido este por la comunidad internacional, informará la mayoría de las legislaciones laborales. Además, la mera inclusión de este derecho en la Declaración de Derechos Humanos (9) indica que la comunidad internacional lo considera un derecho inherente a la condición humana y que, por tanto, no puede serle negado a ninguna persona.

II.1.2. PACTO INTERNACIONAL DE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES (11)

Siguiendo la estela marcada por la Declaración Universal de los Derechos Humanos (9), el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales afirma en su artículo 6[26] que:

1. *"Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho a trabajar, que comprende el derecho de toda persona a tener la oportunidad de ganarse la vida*

[26] *Locus cit*. en nota 11, p.9344.

mediante un trabajo libremente escogido o aceptado, y tomarán medidas adecuadas para garantizar este derecho. "

2. *"Entre las medidas que habrá de adoptar cada uno de los Estados Partes en el presente Pacto para lograr la plena efectividad de este derecho deberá figurar la orientación y formación técnico-profesional, la preparación de programas, normas y técnicas encaminadas a conseguir un desarrollo económico, social y cultural constante y la ocupación plena y productiva, en condiciones que garanticen las libertades políticas y económicas fundamentales de la persona humana."*

Además, en el artículo 7 (12) se señala que los Estados participantes en el citado acuerdo reconocen el "*derecho a que toda persona goce de condiciones de trabajo equitativas y satisfactorias*".

II.1.3. CONFERENCIA GENERAL DE LA ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO (FILADELFIA, MAYO DE 1944): DECLARACIÓN DE FINES Y OBJETIVOS O DECLARACIÓN DE FILADELFIA (14)

La Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo (13), congregada en Filadelfia, Estados Unidos (EEUU) el 10 de Mayo de 1944, en su vigésima sexta reunión, adoptó la Declaración de los fines y objetivos de la Organización Internacional del Trabajo (14) y los principios que deberían inspirar la política la política de sus miembros. En ella se reafirmaron los principios fundamentales sobre los cuales está basada la OIT y, en especial los siguientes puntos:

a. *"El trabajo no es una mercancía".*
b. *"La libertad de expresión y de asociación es esencial para el progreso constante."*
c. *"La pobreza, en cualquier lugar, constituye un peligro para prosperidad de todos."*
d. *"La lucha contra la necesidad debe proseguirse con incesante energía dentro de cada nación y mediante un esfuerzo internacional continuo y concertado, en el cual los representantes de los trabajadores y de los empleadores, colaborando en un pie de igualdad con los representantes de los gobiernos, participen en discusiones libres y en decisiones de carácter democrático, a fin de promover el bienestar común."*

España[27], como miembro de la OIT, integra dentro de su legislación laboral los principios establecidos por convenio con esta organización.

II.1.4. OTRAS NORMAS DE LA ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO (OTI): CONVENIO RELATIVO EN MATERIA DE EMPLEO Y OCUPACIÓN (Adoptado en Ginebra el 9 de Julio de 1964)[28]

La Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo, convocada en Ginebra en su cuadragésima octava reunión resolvió en el artículo 1 del Convenio en Materia de Empleo y Ocupación (nº 122) que *"Con el objeto de estimular el crecimiento y el desarrollo económicos, de elevar el nivel de vida, de satisfacer las necesidades de mano de obra y de resolver el problema del desempleo y del subempleo, todo Miembro deberá formular y llevar a cabo, como un objetivo de mayor importancia, una política activa destinada a fomentar el pleno empleo, productivo y libremente elegido."*

II.2. LEGISLACIÓN EUROPEA: UNA APROXIMACIÓN A LA LEGISLACIÓN LABORAL DE LA UNIÓN EUROPEA (UE)

La legislación de la Unión Europea en materia laboral supone un paso adelante en la concreción del Derecho al trabajo y en la definición de otros derechos complementarios al mismo. Cierto es que la legislación comunitaria sigue moviéndose en el ámbito de los principios generales, pero marca de modo más concreto que la legislación internacional el camino que ha de seguir la regulación de cada Estado miembro.

[27] España ingresa como miembro de la OIT en 1919, actuando como miembro de pleno derecho hasta 1941 y desde 1956 hasta nuestros días, ratificando 131 convenios (107 de ellos aun en vigor). http://webfusion.ilo.org/public/db/standards/normes/appl/appbyCtry.cfm?lang=ES&CTYCHOICE=0570, 11-07-2009.

[28] ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO (1964) Convenio sobre la política del empleo n°122. Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo, Ginebra.
El Convenio sobre la política del empleo n°122 fue adoptado el 9 de julio de 1964 por la Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo en su cuadragésima octava reunión. Disponible en: http://www2.ohchr.org/spanish/law/empleo.htm, 20-09-2009.

II.2.1. CARTA DE LOS DERECHOS FUNDAMENTALES DE LA UNIÓN EUROPEA (CDFUE)[29]

Actualmente la UE carece de una Carta Magna que garantice los derechos y establezca los deberes de todos los Estados miembros de la Unión. Esto se debe a la invalidez del llamado Tratado por el que se establece una Constitución para Europa[30] (TCE), más conocido como Constitución Europea o Tratado Constitucional[31], cuyo proyecto había sido aprobado el 18 de Julio de 2004 y firmado por los jefes de gobierno que formaban la UE el 29 de octubre de 2004 en Roma. Este intento fallido de Constitución se basaba en los Tratados Constitutivos [Tratado de París, mientras existió la Comunidad Europea del Carbón y el Acero (CECA), y Tratado de Roma] y los Tratados y Actas que los modifican (Bruselas, Acta Única Europea, Maastricht, Ámsterdam, Niza y los sucesivos Tratados de Adhesión) que fijan sus normas de funcionamiento y actuación. Este nuevo documento (conocido técnicamente como "Tratado Constitucional") tendría como objeto reemplazar dichos tratados y sería similar a la constitución de un país. El 12 de enero de 2005, el Parlamento Europeo aprobó una resolución en la que se recomendaba a los Estados miembros que ratificaran la Constitución.

En algunos países el Tratado Constitucional (30) fue sometido a referéndum, con distintos resultados en función del país en que se realizó la consulta, y mientras que en España los electores lo aprobaron, en otros países como Holanda o Francia fue rechazado, provocando una crisis institucional europea.

Después de dos años de reflexión, el 23 de junio de 2007 los dirigentes de la UE acordaron otorgar un mandato detallado para una nueva Conferencia Intergubernamental (CIG). Su cometido era elaborar un nuevo Tratado para la Reforma antes de finales de 2007. El 19 de octubre de 2007, el Consejo Europeo informal de Lisboa adoptó el texto definitivo del Tratado elaborado por la CIG. Los Jefes de Estado y de Gobierno de los 27 Estados miembros de la Unión Europea firmaron el Tratado de Lisboa[32] el 13 de diciembre de 2007. Surgió con el nombre de "Tratado de Reforma" careciendo del enfoque constitucional inicial. Técnicamente,

[29] Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea. DOCE-C nº364, 18-12-2000, p. 2 y s.s.
[30] Tratado por el que se establece una Constitución para Europa. DOUE-C nº 310, 16-12-2004, p.1 y s.s.
[31] La construcción europea a través de los tratados. Una Constitución para Europa. http://europa.eu/scadplus/constitution/index_es.htm, 20-09-2009.
[32] Tratado de Lisboa por el que se modifican el Tratado de la Unión Europea y el Tratado Constitutivo de la Comunidad Europea, firmado en Lisboa el 13 de diciembre de 2007. DOUE-C nº306, 17-12-2007, p. 1 y s.s.

se convino en que el Tratado de Reforma (32) modificara tanto el Tratado de la Unión Europea (TUE)[33] como el Tratado Constitutivo de la Comunidad Europea (TCE)[34] para incluir la mayoría de las disposiciones de la Constitución Europea. Sin embargo, no se combinó en un solo documento. También se acordó cambiar el nombre del Tratado Constitutivo de la Comunidad Europea, que es el principal acuerdo de cooperación funcional de la mayoría de las disposiciones sustantivas de Derecho primario europeo, por el nombre de "Tratado de Funcionamiento de la Unión". Acordándose a su vez que sólo habría una referencia a la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea (29) para hacer que el texto fuera jurídicamente vinculante (diferencia fundamental con el texto de la "Constitución Europea" donde la "Carta de los derechos Fundamentales de la Unión" (29) era parte del documento).

Con el fin de entrar en vigor jurídicamente, el Tratado de Lisboa (32) debe ser ratificado por todos los Estados miembros. Estaba previsto que entrara en vigor el 1 de Enero de 2010 pero en realidad está vigente desde el 1 de diciembre de 2009 y fue ratificado por España el 27 de Noviembre de 2009.[35]

En lo referente a Derechos Humanos y libertades fundamentales, el Tratado de Lisboa (32) remite, tanto en su artículo 8 como en el Protocolo sobre el apartado 2 del artículo 6 del Tratado de la Unión Europea (33), relativo a la adhesión de la Unión Europea al Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales[36], a la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea de 7 de diciembre de 2000 (29), tal

[33] Tratado de la Unión Europea. DOUE-C nº 191, 29-07-1992. Disponible en: http://eur-lex.europa.eu/es/treaties/dat/11992M/htm/11992M.html#0001000001, 11-06-2009.

[34] Tratado Constitutivo de la Comunidad Europea, firmado en Roma el 25 de Marzo de 1957. No publicado en DOCE. Disponible en: http://eur-lex.europa.eu/es/treaties/dat/11957E/tif/TRAITES_1957_CEE_1_ES_0001.tif, 11-06-2009.
El tratado de adhesión de España y Portugal a la Comunidad Europea se firmó el 12 de Junio de 1985. BOE nº2, 1-01-1986. DOUE-L nº302, 15-11-1985. Disponible en: http://eur-lex.europa.eu/es/treaties/dat/12002E/htm/C_2002325ES.003301.html, 11-06-2009.

[35] Instrumento de Ratificación del Tratado por el que se modifican el Tratado de la Unión Europea y el Tratado Constitutivo de la Comunidad Europea, hecho en Lisboa el 13 de diciembre de 2007.BOE nº 286, 27-12-2009, p. 100309 y s.s.

[36] Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales (Roma). Consejo de Europa, 4-11-1950.
El Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales, también denominado Convención Europea de Derechos Humanos fue firmada en Roma el 4 de noviembre de 1950.Entró en vigor en 1953 y hace referencia expresa a la Declaración Universal de los Derechos Humanos proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1948. Disponible en: http://www.echr.coe.int/NR/rdonlyres/1101E77A-C8E1-493F-809D-800CBD20E595/0/ESP_CONV.pdf, 18-04-2011.

como fue adoptada el 12 de diciembre de 2007 en Estrasburgo, la cual tendrá el mismo valor jurídico que los Tratados.

La Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (29) recoge de manera específica en su artículo 15 el Derecho al Trabajo y al ejercicio de la profesión libremente elegida y aceptada[37]. Las particularidades más destacable del artículo 15 radican en el punto 2, *"Todo ciudadano de la Unión tiene libertad para buscar un empleo, trabajar, establecerse o prestar servicios en cualquier Estado miembro"*, y en el punto 3, *"Los nacionales de terceros países que estén autorizados a trabajar en el territorio de los Estados miembros tienen derecho a unas condiciones laborales equivalentes a aquellas de que disfrutan los ciudadanos de la Unión*." Estos dos epígrafes del artículo 15 de la CDFUE (37) condicionan las características generales del empleo en oficina de farmacia de los distintos países de la Unión Europea.

El análisis completo del artículo 15 de la CDFUE (37) reporta un reconocimiento del derecho de los ciudadanos de la Unión a trabajar, a elegir libremente la profesión que van a desempeñar y aceptar las condiciones derivadas del carácter contractual de la misma. Por tanto, si cualquier ciudadano comunitario ostenta el derecho a buscar empleo en los Estados de la Unión es lógico pensar que se encuentren empleados en las oficinas de farmacia española personas de distintas nacionalidades y también podría darse el caso inverso, prueba de ello son los farmacéuticos españoles que se encuentran en la actualidad trabajando en oficinas de farmacia en Reino Unido o Portugal. Es más, como se indica en el apartado tercero de este mismo artículo, también ciudadanos de otros países no comunitarios tendrán derecho a trabajar en los países de la Unión Europea con las mismas condiciones laborales que los ciudadanos comunitarios siempre que posean la autorización para ello. En resumen, del artículo 15 de la CDFUE (37) se deriva el derecho de los ciudadanos de la Unión (y de los no ciudadanos que posean autorización para ello) de desempeñar su trabajo en las oficinas de farmacia, ya sea en su propio país o en cualquier otro Estado miembro.

Cabe destacar que en la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea (29) aparece como derecho fundamental la formación profesional y permanente. A esta formación han de poder acceder todos los profesionales, incluidos los sanitarios y, dentro de estos últimos, los empleados de las oficinas de farmacia (independientemente de cuál sea su titulación y cargo) y los titulares de las mismas.

[37] *Locus cit*. en nota 29, p.11.

Por otra parte, el artículo 35 de la CDFUE[38] aboga por la protección de la salud en todos los Estados miembros de la Unión Europea. Este artículo se remite a las legislaciones nacionales de los países miembros de la Unión, pero pide garantizar en todas las personas "*un nivel elevado de protección de la salud humana"* con las políticas y acciones que se desarrollen en materia sanitaria. Una de las vías principales para garantizar la protección de la salud es la alta cualificación de los profesionales sanitarios que se encargan de desarrollar su trabajo en la Unión Europea. Ese interés por la formación de los profesionales sanitarios se enmarca dentro de la política comunitaria y, se traduce en la parte del presupuesto de formación continuada de los Fondos de Cohesión Europeos que se dedica a los profesionales de la salud.

II.2.2. LA POLÍTICA SOCIAL EUROPEA COMO FACTOR PRODUCTIVO. LA ECONOMÍA BASADA EN EL CONOCIMIENTO

"Ser ciudadano de la Unión Europea implica acatar sus leyes"

Todo lo legislado en materia de trabajo por los organismos rectores de la Unión Europea será aplicable a cualquier país miembro de la UE y por tanto, a todos los ciudadanos españoles. La responsabilidad social del farmacéutico titular de una oficina de farmacia está recogida de forma implícita por la legislación laboral de la Unión Europea.

Los precedentes históricos de la política social europea se encuentran en la Carta Social Europea[39] firmada en Turín, el 18 de octubre de 1961 por el Consejo de Europa (cuya entrada en vigor en España tuvo lugar el 5 de junio de 1980) y de la que existe una versión revisada de 3 de Mayo de 1996[40]. Constituye el tratado internacional más importante en materia de derechos sociales desde la perspectiva de la protección efectiva de tales derechos[41]. En esta Carta se desglosan los derechos relativos al trabajo y la calidad de vida asociada al mismo.

[38] *Locus cit.* en nota 29, p.16.
[39] Carta Social Europea (Turín). Consejo de Europa, 18-10-1961.
La Carta Social Europea se firmó en Turín el 18 de Octubre de 1961. Texto original disponible en: http://www.fundacionpdh.org/normativa/normas/europa/CSE/1961-CSE.htm#a1, 23-08-2009.
[40] Carta Social Europea (Turín). Consejo de Europa, 18-10-1961.
La Carta Social Europea se firmó en Turín el 18 de Octubre de 1961. Texto revisado (V.3), Estrasburgo 1996 disponible en:
http://www.coe.int/t/dghl/monitoring/socialcharter/presentation/escrbooklet/Spanish.pdf, 23-08-2009.
[41] RODRIGUEZ-PIÑEIRO, M. (1978) La Carta Social Europea y su puesta en práctica. Revista de Instituciones Europeas, 5:53-82. Disponible en:
http://www.cepc.es/rap/Publicaciones/Revistas/5/RIE_005_001_053.pdf

La Carta Comunitaria de los Derechos Sociales Fundamentales de los Trabajadores[42] (CCDSFT) compila una serie de materias muy relevantes de la regulación laboral en Europa. Estas materias son: libre circulación, empleo, remuneración, mejora de las condiciones de vida y de trabajo, protección social, libertad de asociación y negociación colectiva, formación profesional, igualdad de trato entre hombres y mujeres, información, consulta y participación de los trabajadores, protección de la salud y la seguridad en el lugar de trabajo, protección de los niños y los adolescentes, personas de edad avanzada y minusválidos. Los puntos más importantes de la misma son los puntos 4 y 5. El punto 4 afirma que: *"Toda persona tiene derecho a la libertad de elección y de ejercicio de una profesión, con arreglo a las disposiciones que rigen cada profesión", mientras que el punto 5 reza: "Todo empleo debe ser justamente remunerado."* Sería complicado, largo y tedioso comentar cada uno de los puntos que se incluyen en materia de contratación laboral en la Carta Comunitaria de los Derechos Sociales Fundamentales de los Trabajadores (42), pues no son concretos y, aunque afectan de manera directa al trabajador de la oficina de farmacia, son contemplados con mayor detalle en la normativa laboral propia de cada país.

Por otra parte, ha de hacerse hincapié en la responsabilidad social del farmacéutico como empleador, ligada a los derechos fundamentales comentados en los epígrafes anteriores pues es uno de los grandes retos que se plantea la farmacia en el mundo actual, con sus características de globalización, informatización, etc…, y en especial a su función formadora. Como se recoge en el artículo 15 de la CCDSFT (42), todo trabajador debe de tener acceso a la formación continuada. Este hecho es de especial relevancia en la oficina de farmacia pues la evolución del sector farmacéutico en los últimos años ha sido muy grande, esto hace imprescindible el acceso a la formación continuada y permanente a lo largo de la vida activa del personal de la oficina de farmacia. El empresario (farmacéutico titular) ha de establecer, dentro de su ámbito de competencia, los mecanismos para que los trabajadores a su cargo puedan tener acceso a la formación continuada y de este modo se pueda obtener una mejor protección de la salud, potenciando el conocimiento científico de los encargados de velar por ella.

[42] Carta Comunitaria de los Derechos Sociales Fundamentales de los Trabajadores. Consejo de Europa, 9-12-1989.
La Carta Comunitaria de los Derechos Sociales Fundamentales de los Trabajadores fue firmada en Estrasburgo el 9 de Diciembre de 1989, por once de los doce Estados miembros de la Unión Europea en esa fecha. Disponible en:
http://www.fundacionpdh.org/normativa/normas/europa/CDSFT/1989-CDSFT.htm#a4, 17-07-2009.

Si bien el Tratado de Lisboa (32) modifica el Tratado de la Unión Europea (33) y el Tratado Constitutivo de la Comunidad Europea (34), para ver de manera concreta los objetivos generales de la Unión Europea en materia de empleo ha de tenerse en cuenta el Título VIII del Tratado Constitutivo de la Comunidad Europea (34), pues encuadra entre los artículos 125 y 130 lo que ha sido tradicionalmente la política de empleo de la Comunidad Europea y se delinean las políticas comunitarias en materia de contratación laboral. Dichas políticas abogan por la mejora de la cantidad y la calidad de los puestos de trabajo, lo cual se traduce en políticas coordinadas en todos los Estados miembros en esta materia.

El artículo 125 resume claramente los objetivos en materia de empleo, pues dispone que:

"Los Estados miembros y la Comunidad se esforzarán, de conformidad con el presente título, por desarrollar una estrategia coordinada para el empleo, en particular para potenciar una mano de obra cualificada, formada y adaptable y mercados laborales con capacidad de respuesta al cambio económico, con vistas a lograr los objetivos definidos en el artículo 2 del Tratado de la Unión Europea y en el artículo 2 del presente Tratado."

Al hilo de lo expuesto en el artículo 125, el artículo 2 del Tratado de la Unión Europea (33) señala que:

"La Comunidad tendrá por misión promover, mediante el establecimiento de un mercado común y de una unión económica y monetaria y mediante la realización de las políticas o acciones comunes contempladas en los artículos 3 y 4, un desarrollo armonioso, equilibrado y sostenible de las actividades económicas en el conjunto de la Comunidad, un alto nivel de empleo y de protección social, la igualdad entre el hombre y la mujer, un crecimiento sostenible y no inflacionista, un alto grado de competitividad y de convergencia de los resultados económicos, un alto nivel de protección y de mejora de la calidad del medio ambiente, la elevación del nivel y de la calidad de vida, la cohesión económica y social y la solidaridad entre los Estados miembros."

El artículo 3 concreta en su punto 1º, epígrafe i):

1. *"Para alcanzar los fines enunciados en el artículo 2, la acción de la Comunidad implicará, en las condiciones y según el ritmo previstos en el presente Tratado:*
    i. *el fomento de la coordinación entre las políticas en materia de empleo de los Estados miembros, con vistas a aumentar su eficacia mediante el desarrollo de una estrategia coordinada para el empleo;"*

En este artículo se basarán todos los términos de las políticas migratorias intra-comunitarias, en concreto todas aquellas que han tenido lugar a raíz de la incorporación de nuevos Estados miembros a la Unión Europea, políticas que afectan de manera directa al empleo en la oficina de farmacia española por la posibilidad de contratación de empleados intra-comunitarios[43]. Por otra parte, el punto 2º del artículo 3 centrado en la eliminación de desigualdades entre hombre y mujer es de relevancia en el empleo del sector farmacéutico pues es mayoritariamente femenino[44]. LA UE hace hincapié en la formación de los trabajadores. El artículo 150 del Tratado Constitutivo de la Comunidad Europea recoge los objetivos de la misma en materia de formación.

Cabe destacar, por todo lo expuesto en este epígrafe, el interés puesto de manifiesto desde los comienzos de la Unión Europea en las políticas de empleo y en la formación de los trabajadores. Para fomentarlo establece las bases económicas necesarias para desarrollar los

[43]RED EURES: Creada en 1993, EURES es una red de cooperación entre la Comisión Europea y los servicios públicos de empleo europeos de los Estados miembros del EEE (los países de la UE, Noruega, Islandia y Liechtenstein) y otras organizaciones asociadas. Suiza también participa en la cooperación EURES. Los recursos conjuntos de los miembros y organizaciones asociadas de EURES proporcionan una sólida base para que la red EURES ofrezca servicios de alta calidad a trabajadores y empresarios.
La red EURES tiene como propósito proporcionar servicios de información, asesoramiento y contratación/colocación (búsqueda de empleo) a los trabajadores y empresarios, así como a cualquier ciudadano que desee beneficiarse del principio de la libre circulación de las personas. EURES es mucho más que el portal de la movilidad profesional pues cuenta con una red humana de más de 700 consejeros EURES en toda Europa. En las regiones fronterizas de Europa EURES tiene una importante misión que cumplir para informar y ayudar a resolver los problemas de todo tipo que puedan experimentar los trabajadores que cruzan a diario la frontera y las empresas en las que trabajan.
http://ec.europa.eu/eures/home.jsp?lang=es, 8-09-2009.

[44] La igualdad entre mujeres y hombres es un derecho fundamental, un valor común de la UE y una condición necesaria para lograr los objetivos de crecimiento, empleo y cohesión social. Aún existen desigualdades, pero en las últimas décadas la UE ha avanzado considerablemente en estos aspectos, sobre todo gracias a la legislación sobre igualdad de trato, la integración de la igualdad en las políticas y medidas concretas en favor de la mujer. En esa línea se encuentra la Comunicación de la Comisión al Consejo, al Parlamento Europeo, al Comité Económico y Social europeo y al Comité de las Regiones sobre la Igualdad entre mujeres y hombres, 2009 [SEC(2009) 165].
http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=418&langId=es, 8-09-2009.

planes de formación, en forma de ayudas que se encuentran recogidas en los fondos estructurales y sociales.

Por otra parte, el Programa de Acción Social Europeo[45] aboga por la renovación de la política social europea para dotarla de unos cimientos sólidos sobre los que se puedan construir una Europa moderna y dinámica, motor de la economía mundial. Para ello, pretende dotar a la política de empleo de un lugar preeminente y de esta forma hacer frente a los desafíos del cambiante mercado laboral caracterizado por la globalización y los avances de la llamada "Sociedad de la información" que tanto se impulsa desde las políticas de la Unión Europea. [46] La "Sociedad de la información" trae consigo cambios importantes en los modelos de trabajo y la organización del mismo así como en las necesidades de cualificación y reciclado del personal en activo.

El empleo es crucial en el engranaje europeo, pues sólo una Europa con trabajo podrá sostener los valores de base del modelo social europeo. Por este motivo, el marco establecido en política social por el Tratado de Ámsterdam [47] [y contemplado en el Tratado de Lisboa (32)] engloba como líneas clave de acción: el empleo, la capacitación y la movilidad de un mundo laboral cambiante. Las ayudas financieras para transformar la política social europea en un factor productivo proceden de los Fondos Estructurales[48] y en especial del Fondo Social Europeo (FSE)[49] y constituyen el instrumento financiero más importante disponible a nivel europeo para invertir en las personas y apoyar los sistemas de formación y empleo.

[45] QUESADA DÍEZ, S. M. (1998) La acción social en la Unión Europea: evolución histórica. Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social. 6: 221-232. Disponible en: http://hdl.handle.net/10045/5804, 26-11-2009.
[46] http://europa.eu/pol/infso/index_es.htm, 15-08-2009.
[47] Tratado de Ámsterdam. Firmado en Ámsterdam el 2 de Octubre de 1997. DOUE-C nº320,10-11-1997. Disponible en: http://eur-lex.europa.eu/es/treaties/dat/11997D/htm/11997D.html, 15-08-2009.
[48] Reglamento (CE) n° 1260/1999 del Consejo, de 21 de junio de 1999, por el que se establecen disposiciones generales sobre los Fondos Estructurales. Este reglamento tiene como objetivo reducir las diferencias de desarrollo y fomentar la cohesión económica y social dentro de la Unión Europea (UE) y así mejorar la eficacia de las intervenciones estructurales comunitarias concentrando en mayor medida las ayudas y simplificando su aplicación merced a la reducción del número de objetivos prioritarios de intervención. También contribuye a determinar con mayor precisión las responsabilidades de los Estados miembros y de la Comunidad en todas las fases: programación, ejecución, seguimiento, evaluación y control. DOCE-L nº 161/1, 26-6-1999.
Desde 1993 hasta nuestros días ha habido una gran actividad legislativa en torno a los Fondos Estructurales, Fondos Sociales, Fondos de Desarrollo Regional y Fondos de Cohesión, estando vigente para el periodo 2007-2013 el Reglamento (CE) nº 1083/2006 del Consejo, de 11 de julio de 2006, por el que se establecen las *disposiciones generales relativas al Fondo Europeo de Desarrollo Regional, al Fondo Social Europeo y al Fondo de Cohesión* y se deroga el Reglamento (CE) no 1260/1999. DOC-L nº 210/25, 31-07-2006.
[49] El Fondo Social Europeo, creado en 1957, es el principal instrumento financiero de la Unión Europea dedicado a invertir en las personas. Contribuye al empleo y ayuda a mejorar la formación y la

Como se ha mencionado con anterioridad, los individuos miembros de la Unión Europea, o de cualquier otro país que no sea la Unión Europea pero con permiso de trabajo, podrán desarrollar su vida laboral en España. Para desempeñar las funciones de farmacéutico dentro de la oficina de la farmacia o en cualquier otro empleo que ejerza como tal, tendrá que poseer un título que acredite su preparación como se indica en el artículo 47 del Tratado Constitutivo de la Comunidad Europea (34):

1. *"A fin de facilitar el acceso a las actividades no asalariadas y su ejercicio, el Consejo, con arreglo al procedimiento previsto en el artículo 251, adoptará directivas para el reconocimiento mutuo de diplomas, certificados y otros títulos.*
2. *Con el mismo fin, el Consejo, con arreglo al procedimiento previsto en el artículo 251, adoptará directivas para la coordinación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros relativas al acceso y ejercicio de las actividades no asalariadas. Será necesaria la unanimidad durante todo el procedimiento previsto en el artículo 251 para aquellas directivas cuya ejecución en un Estado miembro al menos implique una modificación de los principios legales vigentes relativos al régimen de las profesiones en lo que se refiere a la formación y a las condiciones de acceso a las mismas de las personas físicas. En los demás casos, el Consejo decidirá por mayoría cualificada.*
3. *En cuanto a las profesiones médicas, paramédicas y farmacéuticas, la progresiva supresión de las restricciones quedará subordinada a la coordinación de las condiciones exigidas para su ejercicio en los diferentes Estados miembros."*

Tomando como referencia el artículo 47 del Tratado Constitutivo de la Comunidad Europea (34), podrá interpretarse que **cada Estado miembro será el encargado de poner sus condiciones para aceptar los títulos de los farmacéuticos extranjeros que quieran ejercer**, aunque estas condiciones serán continuamente revisadas y sometidas a una estrecha

---

cualificación de las personas. Con ello, mejoran a su vez sus perspectivas laborales. Los Estados miembros y las regiones desarrollan sus propios programas operativos al amparo del FSE, con el fin de responder a las necesidades reales "sobre el terreno".
http://ec.europa.eu/employment_social/esf/index_es.htm, 11-03-2009.
El Fondo Social Europeo en España (2007-2013) España utiliza la financiación del FSE para abordar algunos de sus grandes desafíos: mejorar su capital humano, impulsar el espíritu empresarial, aumentar la presencia de mujeres en el mercado laboral y su inserción profesional, y reforzar la inclusión social y la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres. Asimismo, y con la idea de elevar la baja productividad de su economía, España emplea los fondos en la financiación de proyectos de investigación e innovación y en la promoción de la educación y la formación permanente.
http://ec.europa.eu/employment_social/esf/members/es_es.htm, 11-03-2009.

coordinación, para conseguir homogeneizar los conocimientos y titulaciones sanitarias en toda la Unión Europea. Los criterios de aceptación de los títulos se recogen en la Directiva 1985/432/CEE del Consejo, de 16 de septiembre de 1985[50], relativa a la coordinación de las disposiciones legales reglamentarias y administrativas para ciertas actividades farmacéuticas, y en la Directiva 1985/433/CEE del Consejo[51], de igual fecha, relativa al reconocimiento mutuo de diplomas, certificados y otros títulos de farmacia y que incluyen medidas para facilitar el ejercicio efectivo del derecho de establecimiento de ciertas actividades farmacéuticas. También deben tenerse en cuenta la Directiva 2001/19/CEE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 14 de Mayo de 2001, por la que se modifican las Directivas 89/48/CEE y 91/51/CEE del Consejo, relativas al sistema general de reconocimiento de la cualificación profesional y las Directivas 77/452/CEE, 77/453/CEE, 78/686/CEE, 78/687/CEE, 78/1026/CEE, 78/1027/CEE, 80/154/CEE, 80/55/CEE, 85/348/CEE, 85/432/CEE, 85/433/CEE y 93/16/CEE del Consejo relativas a las profesiones de enfermero responsable de cuidados generales, odontólogo, veterinario, matrona, arquitecto, farmacéutico y médico. [52]

Si importante es el marco legal del ejercicio profesional en la Unión Europea no lo son menos las políticas de formación continuada y de creación de empleo adoptadas por la UE que cuenta desde 1975 con un Centro Europeo para el desarrollo de la formación profesional y continuada (CEDEFOP)[53], que tiene como objetivo transformar el empleo a través de la formación y de esta

[50] Directiva 1985/432/CEE, de 16 de septiembre de 1985, relativa a la coordinación de las disposiciones legales reglamentarias y administrativas para ciertas actividades farmacéuticas. DOUE-L nº253, 24-09-1985, p.34-36. Disponible en: http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31985L0432:ES:HTML, 14-04-2011.

[51] Directiva 1985/433/CEE del Consejo, de 16 de septiembre de 1985, relativa al reconocimiento mutuo de diplomas, certificados y otros títulos de farmacia y que incluyen medidas para facilitar el ejercicio efectivo del derecho de establecimiento de ciertas actividades farmacéuticas. DOUE-L nº253, 24-09-1985, p.37-42. Disponible en: http://eurlex.europa.eu/smartapi/cgi/sga_doc?smartapi!celexapi!prod!CELEXnumdoc&lg=es&numdoc=31985L0433&model=guichett, 17-04-2011.

[52] Directiva 2001/19/CEE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 14 de Mayo de 2001, por la que se modifican las Directivas 89/48/CEE y 91/51/CEE del Consejo, relativas al sistema general de reconocimiento de la cualificación profesional y las Directivas 77/452/CEE, 77/453/CEE, 78/686/CEE, 78/687/CEE, 78/1026/CEE, 78/1027/CEE, 80/154/CEE, 80/55/CEE, 85/348/CEE, 85/432/CEE, 85/433/CEE y 93/16/CEE del Consejo relativas a las profesiones de enfermero responsable de cuidados generales, odontólogo, veterinario, matrona, arquitecto, farmacéutico y médico. DOUE-L, nº206, 31-07-2001. Disponible en: http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2001:206:0001:0050:ES:PDF, 14-04-2011. Este punto se completara dentro del Marco Legal Español, pues se detallarán los requisitos necesarios para la tramitación de la homologación del título de farmacia en España.

[53] CEDEFOP (Centro Europeo para el desarrollo de la formación profesional). Este Centro tiene como misión prestar asistencia a la Comisión para contribuir, a escala comunitaria, a la promoción y el desarrollo de la formación profesional y continua. Su creación se recoge en el Reglamento (CEE) n°

manera lograr que **la economía europea, con el trabajo como factor productivo, esté basada en el "conocimiento"**. Por este motivo, trata de potenciar la formación de los trabajadores, pues con la formación se aumenta la capacidad de adaptación de las empresas y de los propios trabajadores. Si se aplica este principio a la dimensión empresarial de la oficina de farmacia los planes de formación continuada no sólo serán ventajosos a la hora de garantizar la protección de la salud, sino que también reportarán beneficios económicos para el farmacéutico titular de la oficina de farmacia en su faceta de empresario como consecuencia de una mejor adaptación al mercado de su empresa. A esto es a lo que hace referencia la Política Social Europea[54] cuando se afirma que *"invertir en conocimiento es invertir en el factor productivo"* dentro del programa de la Agenda de Política Social Europea (2006-2010)[55] cuyo objetivo principal es lograr ***"una Europa social en la economía mundial: empleos y nuevas oportunidades para todos"***.

Desde el punto de vista social, la Unión Europea contribuye a la planificación y establecimiento de mejores condiciones de vida y trabajo en Europa a través de la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo (EUROFOUND)[56], creada en 1975, siendo su principal objetivo proporcionar resultados, conocimientos y consejos, procedentes de estudios independientes y comparativos, a los gobiernos, las empresas, los sindicatos y la Comisión Europea. EUROFOUND organiza su trabajo en torno a tres ámbitos clave de especialización, centrándose en las siguientes cuestiones:

1. las condiciones de trabajo: en concreto, la organización del trabajo, las cuestiones relacionadas con el tiempo de trabajo, la flexibilidad y el seguimiento de los cambios en las condiciones de trabajo;
2. las condiciones de vida: los problemas que afectan a los ciudadanos europeos en su vida cotidiana, incluidos el equilibrio entre el trabajo y la vida familiar, la prestación de servicios de bienestar social y el fomento de la integración en el empleo;

337/75 del Consejo de 10 de febrero de 1975 por el que se crea un Centro Europeo para el desarrollo de la formación profesional. Disponible en: http://europa.eu/legislation_summaries/education_training_youth/vocational_training/c11008a_es.htm, 14-10-2009.

[54] http://europa.eu/pol/socio/index_es.htm, 14-10-2009.

[55] COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS (2005) Comunicación de la Comisión Europea sobre la Agenda de Política Social. Bruselas, COM (2005) 33 final. Disponible en: http://europa.eu/legislation_summaries/employment_and_social_policy/social_agenda/c10127_es.htm 14-10-2009.

[56] Reglamento 75/1365/CEE, de 26 de mayo de 1975, relativo a la creación de una Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo. DOCE-L nº 139, 30-05-1975. http://europa.eu/agencies/community_agencies/eurofound/index_es.htm, 3-01-2010.

3. las relaciones laborales: el cambio industrial y la reestructuración empresarial, la participación de los trabajadores en el proceso de toma de decisiones y la europeización de las relaciones laborales.

La Fundación cuenta con un Consejo de Administración tripartito, integrado por representantes de las autoridades públicas (gobiernos y Comisión Europea) y las organizaciones patronales y sindicales.

Además, EUROFOUND creó en 2001 el Observatorio Europeo del Cambio (EMCC)[57] con objeto de analizar y prever los cambios industriales y empresariales para respaldar el progreso socioeconómico, muy importante en el desarrollo del marco teórico para poder realizar una planificación prospectiva de la mejora de las condiciones de vida y de trabajo en Europa, desde un punto de vista comunitario.

II.3. RESPONSABILIDAD EMPRESARIAL: INSERCIÓN DE LOS ESTANDARES PROFESIONALES DE LOS CÓDIGOS ÉTICOS EN EL SECTOR FARMACEUTICO A NIVEL MUNDIAL

El Foro Económico Mundial[58] reunido en Davos (Suiza) en 1999 propuso un Pacto Mundial[59] entre las Naciones Unidas y el mundo de los negocios. Este Pacto pedía a las empresas que hicieran suyos, apoyaran y llevaran a la práctica un conjunto de valores fundamentales en materia de:

- Derechos Humanos
- Normas laborales
- Medio Ambiente
- Lucha contra la corrupción

Estos valores se estructuran en diez principios basados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (9), la Declaración relativa a los principios y derechos fundamentales en el

[57] Observatorio Europeo del Cambio. http://www.eurofound.europa.eu/emcc/about.htm, 3-01-2010.
[58] Foro Económico Mundial. http://www.weforum.org/, 14-04-2011.
[59] Pacto Mundial de las Naciones Unidas. http://www.pactomundial.org/, 14-04-2011.

trabajo de la OIT[60], la Declaración de Río sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo[61] y la Convención de las Naciones Unidas contra la Corrupción[62].

En relación con las Implicaciones sociales de la contratación laboral en la oficina de farmacia, cabe destacar los principios del 3 al 6 que están relacionados con las Normas Laborales que son los siguientes:

3. Las empresas deben respetar la libertad de asociación y el reconocimiento efectivo del derecho a la negociación colectiva;
4. Las empresas deben eliminar todas las formas de trabajo forzoso u obligatorio;
5. Las empresas deben abolir de forma efectiva el trabajo infantil y
6. Las empresas deben eliminar la discriminación con respecto al empleo y la ocupación.

En palabras de Kofi Annan, Secretario de Naciones Unidas, "Diez años después, el Pacto Mundial sigue siendo la mayor iniciativa mundial de sostenibilidad empresarial"[63], pues planteaba a las empresas la posibilidad de adoptar principios universales y asociarse con las Naciones Unidas respecto a las grandes cuestiones socio-empresariales. "El Pacto Mundial ha pasado a ser sinónimo de responsabilidad empresarial" (63) o Responsabilidad Social Corporativa, definiéndose la responsabilidad empresarial como el resultado del empleo de la ética en la actividad empresarial.

---

[60]ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO (1998) Declaración relativa a los principios y derechos fundamentales en el trabajo de la OIT. Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo, Ginebra.
La Declaración relativa a los principios y derechos fundamentales en el trabajo de la OIT. Se realizó en la 86º reunión de la Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo en Ginebra en junio 1998. Disponible en: http://www.ilo.org/public/spanish/standards/relm/ilc/ilc86/com-dtxt.htm, 17-04-2011.

[61]ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (1992) Declaración de Río sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo. Cumbre de Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo (Rio de Janeiro).
La Declaración de Río sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo fue adoptada por las naciones participantes en la Cumbre de Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo. Rio de Janeiro (Brasil), 3-14 de junio de 1992. Disponible en: http://www.mma.es/secciones/acm/aguas_continent_zonas_asoc/ons/medidas_ons/pdf/declaracionderio1992.pdf, 8-02-2011.

[62] ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (2003) Convención de las Naciones Unidas contra la Corrupción, [Mérida (México)]
La Convención de las Naciones Unidas contra la Corrupción fue aprobada en Mérida (México) en diciembre de 2003. Disponible en: http://www.unodc.org/pdf/highlights_S.pdf, 8-02-2011.

[63] KOFI ANNAN (2009) Discurso plenario: "El Pacto Mundial y la creación de mercados" Pronunciado en el Foro Económico Mundial (29-01-2009, Davos-Suiza).
El Discurso plenario titulado *"El Pacto Mundial y la creación de mercados"* Pronunciado por el Secretario General de Naciones Unidas, Kofi Annan en el Foro Económico Mundial, Davos (Suiza) 29 de Enero de 2009.Disponible en: www.un.org/es/globalcompact/index.shtml, 13-01-2010.

El marco global de la responsabilidad empresarial viene marcado por el Pacto Mundial (59)de las Naciones Unidas, pero en el contexto farmacéutico han de tenerse en cuenta los Códigos de Ética farmacéutica que a, nivel internacional, están plasmados en la Declaración de la Federación Farmacéutica Internacional, aprobada en New Orleans en 2004, sobre "Estándares profesionales de Códigos Éticos para Farmacéuticos"[64], al objeto de que el farmacéutico en el ejercicio profesional cumpla con los estándares éticos y profesionales superando los requisitos legales; efectuaba una serie de recomendaciones entre las que cabe destacar la obligación de los farmacéuticos de "asegurar la continuidad de la provisión de servicios profesionales en caso de un conflicto con creencias morales personales o el cierre de la farmacia. En caso de conflictos laborales hacer lo posible por que la gente pueda seguir accediendo a los servicios farmacéuticos", cuestión que se debería incluir en todos los códigos éticos farmacéuticos de cada país. Pero eso no ocurre de manera frecuente, pues si se analiza el caso de España, el Código de Ética Farmacéutica y Deontología de la Profesión Farmacéutica, aprobado por la Asamblea General de Colegios Farmacéuticos en 14 de diciembre del año 2001[65], nada señala al respecto ni tampoco ha sido actualizado para contemplar un principio específico de tan gran importancia como es la responsabilidad empresarial.

Años más tarde, el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos respondió a la inquietud de muchos farmacéuticos en el ámbito de la calidad empresarial y la calidad en el servicio y emprendió un Plan Integral de Calidad dictando una Norma de Calidad para la Oficina de Farmacia[66] con la posibilidad de certificar la misma con la Norma ISO 9001:2000. A su vez afrontó un reto mucho ambicioso, la concienciación sobre **Responsabilidad Social Corporativa**[67], también llamada **Responsabilidad Social Empresarial (RSC o RCE)** y su aplicación en las farmacias como parte de un "compromiso saludable" en línea con lo propuesto por Naciones Unidas en el Pacto Mundial (59), la Comisión Europea, el Libro Verde

[64] FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE FARMACIA (2004) Declaración de la FIP sobre Estándares profesionales de Códigos Éticos para Farmacéuticos (Nueva Orleans).
La Declaración de la FIP sobre "*Estándares profesionales de Códigos Éticos para Farmacéuticos"* fue aprobado por la FIP en septiembre de 2004 en Nueva Orleans. Disponible en: http://www.fip.org/www/uploads/database_file.php?id=279&table_id, 10-01-2011.

[65] CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS DE ESPAÑA (2001) Código de Ética Farmacéutica y Deontología de la Profesión Farmacéutica. Cuad. Bioét. (2007) XVIII, 2ª: 63:249-253.

[66]Documentación relativa al Plan Integral de Calidad dictando una Norma de Calidad para la Oficina de Farmacia. Disponible en:
http://www.portalfarma.com/pfarma/taxonomia/menus/gp000038.nsf/vwDocumentos/119BAC5BC9A5A4A4C125753C00482AD2, 3-02-2011.

[67]Documentación relativa a Responsabilidad Social Corporativa facilitada por el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacia. Disponible en:
http://www.portalfarma.com/pfarma/taxonomia/general/gp000051.nsf/vwDocumentos/Responsabilidad%20Social%20Corporativa?OpenDocument, 3-02-2011.

de la Unión Europea sobre personal sanitario[68] y el Ministerio de Trabajo e Inmigración[69]. Como definición podría decirse que la Responsabilidad Social Corporativa es un concepto en el cual se enmarcan las prácticas responsables llevadas a cabo por los gobiernos, las instituciones o las empresas, aunque para el Foro de Expertos en Responsabilidad Social de las Empresas [creado en marzo de 2005 por el Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales, actualmente Ministerio de Trabajo e Inmigración (69)], "la responsabilidad social de la empresa es, además del cumplimiento estricto de las obligaciones legales vigentes, la integración voluntaria por parte de la empresa en su gobierno y gestión, en su estrategia, políticas y procedimientos, de las preocupaciones sociales, laborales, medioambientales y de respeto a los Derechos Humanos que surgen de la relación y el diálogo transparentes con sus grupos de interés, responsabilizándose así de las consecuencias y de los impactos que derivan de sus acciones". Esta visión de la RSC o RSE aportada por este grupo de expertos, entre los que se encontraban representantes de las Empresas, Organizaciones de la Sociedad Civil, Universidades y Gobierno, constituye una definición integradora y consensuada de un concepto que, como la RSC, es relativamente reciente y por tanto es aún abordado desde distintos puntos de vista. Todos ellos, sin embargo, coinciden en situar a la RSC como un marco de referencia constituido por el conjunto de políticas y actuaciones de la empresa con sus grupos de interés.

Tanto la Organización Farmacéutica Colegial como las oficinas farmacias y los farmacéuticos de manera individual, contribuyen, más allá de sus obligaciones profesionales, a la mejora de la salud de los ciudadanos con diferentes acciones y servicios, aportando un importante valor añadido a la sociedad. Pero, **¿cómo hacer que estas acciones y servicios formen parte de un compromiso saludable en el que se enmarque la Responsabilidad Social Corporativa en la oficina de farmacia?** Para ello, el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacia editó en el año 2009 un manual sobre "La Responsabilidad Social Corporativa y el farmacéutico"[70] donde se detalla cómo puede ser aplicada RSC en a la oficina de farmacia y cómo afecta esta aplicación al farmacéutico titular y a sus colaboradores. Para ello, y siguiendo la estela marcada por la definición del Foro de Expertos en Responsabilidad Social de las Empresas,

[68] COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS (2008) Libro Verde de la Unión Europea sobre personal sanitario. Bruselas, COM (2008)725. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/ph_systems/docs/workforce_gp_es.pdf, 14-04-2011.

[69] Ministerio de Trabajo e Inmigración. Gobierno de España. http://www.mtin.es/, 3-02-2011.

[70] CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS (2009) La Responsabilidad Social Corporativa y el farmacéutico. Manual de RSC para farmacéuticos. Disponible en: http://www.portalfarma.com/pfarma/taxonomia/general/gp000051.nsf/voDocumentos/EE5E1AF34AED9576C125755B0036565E/$File/Manual_RSC_farmaceuticos.pdf, 3-02-2011.

hace un resumen de los posibles grupos de interés de la oficina de farmacia, que aunque puedan variar de unas a otras, en términos generales son los siguientes:

- Usuarios.
- Empleados.
- Prescriptores (médicos, centros de salud, instituciones hospitalarias)
- Autoridades (locales y autonómicas)
- Proveedores (almacenes de distribución, laboratorios)
- Colegio Oficial de Farmacéuticos/Consejo Autonómico/Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.
- Comunidad local (ONGs, asociaciones de vecinos, representantes de colectivos)
- Medios de comunicación local
- Otras asociaciones de las que forme parte.

La gestión de la calidad y la RSC están intrínsecamente relacionadas. No se puede certificar un sistema de gestión de calidad de una oficina de farmacia sin valorar lo referente a los recursos humanos con que cuenta esta particular empresa ni la gestión ética de los mismos. Los trabajadores son uno de los principales grupos de interés de cualquier empresa. En el caso de las oficinas de farmacia, la calidad de la prestación farmacéutica al ciudadano depende de la atención que ofrecen los farmacéuticos y los auxiliares de farmacia. Esa atención depende además de aspectos formativos, del nivel de motivación y del clima laboral. Una empresa socialmente responsable valorará a sus empleados e implantará, en la medida de sus posibilidades, iniciativas a favor de ellos, que irán más allá del respeto de los derechos laborales o de lo establecido por la ley. Además el farmacéutico establecerá un compromiso tácito en el cumplimiento de las Leyes Laborales y promoverá la negociación de los salarios con claridad y transparencia, realizando los pagos en fecha, son el punto de partida de cualquier política de RSC. Cumplir la ley es el primer paso de una empresa socialmente responsable. Todo lo que se haga más allá de lo que la ley exige, también en temas de legislación laboral, es Responsabilidad Social Corporativa.

Abrir canales para la expresión de ideas por parte de los empleados es uno de los grandes retos de la RSC. Es recomendable para cualquier empresa el que los empleados propongan nuevas ideas a la vez que expresan sus opiniones sobre la empresa. Para que puedan expresarse abiertamente, puede resultar útil organizar reuniones que permitan la discusión y/o evaluación periódica para detectar acciones de mejora. En este espacio se podrían evaluar

peticiones o sugerencias expresadas por usuarios. Para los que quieran realizarlo de forma más particular existe la opción de los encuentros personales. Es fundamental demostrar que los comentarios y sugerencias recibidos son importantes para el mejor desempeño de la oficina de farmacia, y cuando se adopten medidas que surjan de este mecanismo de diálogo, pueden comunicarse resaltando que obedecen a expectativas o necesidades manifestadas por los empleados.

Hoy en día sigue existiendo cierto miedo a contratar personal con capacidades diferentes o de orígenes lejanos. Esto puede deberse a que la farmacia ha sido tradicionalmente un establecimiento convencional poco transgresor en formas. Adoptar la diversidad como valor esencial necesita de la contratación y la promoción de personas con experiencia, perspectivas y capacidades diferentes, esto marcará el carácter no discriminatorio de la contratación en la oficina de farmacia.

Junto con la diversidad ha de fomentarse, como materia fundamental de la RSC, el talento, incentivándolo desde la actualización permanente y la formación continuada, que son indispensables para el buen desempeño profesional en el sector de la salud. Uno de los retos del empresario farmacéutico es incentivar a los empleados a progresar en la profesión y perfeccionar su formación. Para lograrlo, una medida podría consistir en incluir la formación en la evaluación de desempeño. También el reconocimiento para aquellos empleados que culminen algún objetivo de formación y la cesión de un pequeño porcentaje de la jornada laboral pueden incentivar la formación. La plantilla de la oficina de farmacia no es un ente estático, busca participar en la gestión operativa de la misma. Dos de las peticiones más frecuentes por parte de los empleados actuales son su interés por participar en la toma de decisiones y su interés por disfrutar de medidas de flexibilidad laboral.

Evitar las tareas fuera de horario de trabajo y asegurarse de que los empleados conocen y siguen las normas de seguridad, a la vez que hacen uso del equipamiento requerido para la ejecución de sus tareas son responsabilidad del empresario junto con el resto de ítems integrados en la prevención de riesgos laborales tan relacionados con la salud y la higiene en el trabajo. Desde el año 1995 España cuenta con una Ley de Prevención de Riesgos Laborales (LPRL)[71] de cumplimiento obligado en las empresas junto con el Real Decreto 171/2004[72], de

[71]Ley 31/1995, de 8 de Noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. BOE nº 269, 10-11-1995, p.3259-32611.

30 de enero, por el que se desarrolla el artículo 24 de la mencionada ley con el objeto de coordinar las actividades empresariales para la prevención de riesgos laborales[73] de manera que garanticen la aplicación coherente y responsable de:

- la acción preventiva,
- de los métodos de trabajos seguros,
- del control de las acciones laborales que puedan generar riesgos
- de la adecuación entre los riesgos existentes en el centro de trabajo que puedan afectar a los trabajadores de las empresas y las medidas de aplicación.

Aunque la oficina de farmacia suele optar la contratación de entidades acreditadas especializadas en servicios de gestión de la Seguridad e Higiene en el trabajo que facilite y dinamice la consecución de la documentación necesaria[74] y el mantenimiento de los planes establecidos, el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Vizcaya, en colaboración con la Mutua Vizcaya Industrial, elaboró y editó en el año 2004 una *"Guía de prevención de riesgos laborales para su manejo en la oficina de farmacia"*, documento que pretendía ser una herramienta didáctica y de fácil acceso para que las oficinas de farmacia de Vizcaya adopten una serie de medidas encajadas a proteger a los trabajadores frente a los riesgos laborales propios de su actividad.[75] Los riesgos laborales relacionados con la oficina de farmacia son diferentes a los de las actividades comerciales en general, aunque incluyen los del comercio. Para evitar riesgos laborales ha de hacerse una evaluación inicial de riesgos inherentes a la actividad en la oficina de farmacia y plantea una actualización periódica, conforme se modifiquen las circunstancias laborales en la empresa, resaltando la no menos importante obligación de realizar un control de la efectividad de dichas medidas. Además, la prevención de riesgos en la oficina de farmacia recoge de manera específica[76,] en un intento de sentar las bases para un Sistema de Gestión de

[72] Real Decreto 171/2004, de 30 de enero, por el que se desarrolla el artículo 24 de la Ley 31/1995, de 8 de enero, por el que se desarrolla el artículo 24 de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales, en materia de coordinación de actividades empresariales. BOE nº27, 31-01-2004, p. 4160-4164.

[73] El Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo, perteneciente al Ministerio de Trabajo e Inmigración del Gobierno de España ofrece información complementaria al respecto en: http://www.insht.es/portal/site/Insht/menuitem.32fa381e28b6c8a6b5c6b9c350c08a0c/?vgnextoid=25d44a7f8a651110VgnVCM100000dc0ca8c0RCRD, 4-02-2011.

[74] FARMACIA PROFESIONAL, vol. 19, nº 1, p.10-11. Enero 2005.
Según la normativa de seguridad laboral, ante una inspección la oficina de farmacia debe contar, al menos, con un informe independiente sobre cumplimiento de la normativa de seguridad laboral y seguir sus recomendaciones.

[75] COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS DE VIZCAYA (2004) Guía de prevención de Riesgos Laborales para su manejo en Oficina de Farmacia. Ver Farmacéuticos, nº 293, p.26. Diciembre 2004.

[76] CORREO FARMACÉUTICO. Semana del 21 al 27 de junio de 2004. Disponible en: http://www.correofarmaceutico.com/archivo?archiveDate=2004/06/21, 12-09-2007.

Prevención de Riesgos Laborales en la oficina de farmacia, los riesgos derivados de la manipulación de productos químicos, de realización de formulas magistrales, riesgos por quemaduras, intoxicaciones, cortes con material, salpicaduras, etc,… La gestión de los riesgos laborales de la oficina de farmacia no sólo debe encaminarse a evitar acciones sancionadoras tras una inspección sino a implementar la Responsabilidad Social Corporativa del farmacéutico como empleador.

Dentro de los compromisos de la empresa socialmente responsable está la creación y mantenimiento de empleo estable y de calidad, implica un esfuerzo adicional por parte del empleador para agotar otras vías antes de optar por los despidos (reducción de costes, renegociación salarial, etc...). Cuando los despidos son inevitables, algunas empresas van más allá del cumplimiento estricto de la ley en estos casos y ofrecen al empleado recién desvinculado opciones de formación para su reciclaje, apoyo psicológico y otras medidas no dinerarias para ayudarle a gestionar el cambio, como indican los principios de RSC Interna del Libro Verde (68).

III. MARCO LEGAL II: LEGISLACIÓN ESPAÑOLA

Conforme a la distribución competencial que establece la Constitución Española (7) y los distintos Estatutos de Autonomía, en la regulación sanitaria confluyen competencias del Estado y de las Comunidades Autónomas. En líneas muy generales se puede afirmar que el Estado es responsable de establecer la regulación básica de la Sanidad así como su coordinación.

Las Comunidades Autónomas, respetando las bases establecidas por la legislación estatal, son competentes para desarrollar la normativa y para implementar su ejecución. Por tanto, al analizar la normativa española en materia sanitaria se puede observar cómo una regulación generalista establecida por el Estado resultara concretada, en ocasiones de modo dispar, por la normativa autonómica.

Por último, y dando un paso más en la concreción de las normas, se analizarán los convenios profesionales más relevantes aplicables al sector de las oficinas de farmacia.

III.1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA LEGISLACIÓN FARMACÉUTICA ACTUAL EN MATERIA DE CONTRATACIÓN LABORAL EN OFICINA DE FARMACIA

En lo que se refiere a los antecedentes histórico-legales de la contratación laboral en la oficina de farmacia se pueden encontrar referencias al menos desde mediados del siglo XIX. Así, el Real Decreto de 18 de abril de 1860, por el que se aprueban las Ordenanzas Para el Ejercicio de la Profesión Farmacéutica, recoge en sus artículos 9 y 10 disposiciones que hacen suponer cómo era el régimen de contratación laboral en la oficina de farmacia en la España del siglo XIX[77]. A continuación se reproducen de manera íntegra dichos artículos para poder analizar el personal de la oficina de farmacia:

"Artículo 9:

Los Farmacéuticos están obligados á habitar en su establecimiento; á dirigir personalmente las operaciones del laboratorio; á despachar por sí ó bajo su inmediata responsabilidad los medicamentos y las recetas, y á guardar en su poder la llave del armario de las sustancias venenosas y de virtud heroica."

[77] *Locus cit.* en nota 23, p.2.

"Artículo 10:

"Los Farmacéuticos con botica abierta no podrán ausentarse por más de un mes del pueblo donde se hallen establecidos, sin dejar un Regente ó Farmacéutico aprobado que les sustituya en la dirección y la responsabilidad de la oficina. Solo en ausencias que no excedan de un mes podrán dejar encomendado el despacho de la botica á una persona versada en él, quedando además al cuidado ó vigilancia de la oficina de algún otro Farmacéutico del pueblo o de las inmediaciones".

En estos dos artículos de las Ordenanzas Para el Ejercicio de la Profesión Farmacéutica de 1860 (23) están reconocidos de forma implícita cuatro tipos de personas que desarrollan su labor profesional en la oficina de farmacia a las que Luis Alonso Muñoyerro en su Código de Deontología Farmacéutica[78] ya hace mención, estas personas son: el **titular**, el **regente**, el **sustituto** y el **"mancebo"**. Las tres primeras figuras siguen vigentes en la actualidad en la legislación farmacéutica y en los convenios profesionales; mientras la cuarta, denominada en el siglo XIX como "mancebo", es la que ha dado lugar posteriormente a las categorías profesionales de auxiliar de farmacia y de técnico en farmacia. Estas Ordenanzas pueden ser consideradas como precursoras de las leyes de ordenación farmacéutica pues regularon la profesión farmacéutica hasta la Ley General de Bases de Sanidad de 1944[79], aunque, en concreto, esta normativa no supuso cambios en los modelos de contratación laboral en las oficinas de farmacia. Hay que esperar hasta abril de 1948 para que apruebe una norma específica como es la Reglamentación Nacional de Trabajo en las Farmacias.[80]

Esta Reglamentación recoge de manera sistematizada muchos aspectos de la contratación laboral en la oficina de farmacia y en concreto, como afirma su artículo 1: *"Las presentes Ordenanzas, de aplicación en todo el territorio nacional, incluso en las plazas de soberanía del Norte de África, regulan las relaciones de trabajo del personal empleado en los establecimientos u oficinas de farmacia".* En ella se puede encontrar todas las especificaciones referentes a la organización práctica del trabajo, el personal, los ingresos, ascensos, plantillas y escalafones, retribuciones, jornadas, trabajo en horas extraordinarias, descanso dominical y en días festivos y vacaciones, enfermedades, licencias y excedencias, faltas, premios y sanciones, seguridad e higiene en el trabajo, previsión, etc…

[78] MUÑOYERRO, L.A. (1950) Código de Deontología Farmacéutica. Madrid, Fax.
[79] Ley General de Bases de Sanidad de 1944. BOE nº 311, 16-12-1944.
[80] Orden, de 30 de Abril, por la que se aprueba la Reglamentación Nacional de Trabajo en las Farmacias. BOE nº 158, 6-06-1948, p.2321-2326.

En el artículo 2 la norma hace mención de la formación continuada: *"No obstante, los sistemas de racionalización o división del trabajo que se adopten no podrán perjudicar la buena marcha de estos establecimientos, ni podrá perjudicar la formación profesional a la que el personal tiene derecho, no debiendo olvidarse de que la eficacia y rendimiento del personal y, en definitiva, la prosperidad de la farmacia depende no solo de una retribución justa, sino de que las relaciones todas de trabajo, en especial las derivadas de la libertad de organización que en este artículo se reconoce a los farmacéuticos, estén estas basadas en principios de justicia y equidad"*. Es importante destacar el carácter novedoso de este artículo dentro de la normativa farmacéutica, pues reconoce por primera vez de forma explícita el valor del capital humano para alcanzar los objetivos empresariales de la oficina de farmacia y la necesidad de una buena formación de los empleados encaminado a la consecución de los mismos.

III.1.1. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL PERSONAL EN LA OFICINA DE FARMACIA DURANTE EL SIGLO XX

A lo largo de todo el siglo XX la oficina de farmacia ha seguido unos mismos patrones de contratación laboral. Las categorías profesionales, desde la implantación de la Reglamentación Nacional de Trabajo en las Farmacias (80), se han mantenido más o menos invariables y cabe destacar que las modificaciones sufridas se deben principalmente a la evolución científica y colegial experimentada por la profesión farmacéutica.

Inicialmente se analizará el personal de la oficina de farmacia contemplado en la Reglamentación Nacional de Trabajo en las Farmacias de 1948 (80) y a partir de ella se comentaran las modificaciones experimentadas hasta finales del siglo XX. Para ello se toma como punto de partida el Capítulo III (secciones 2ª y 3ª) de la mencionada reglamentación, donde se establece una clasificación operativa dentro del personal de la oficina de farmacia que atiende a la función desempeña por el mismo que da como resultado dos grupos principales:

1. Personal técnico o facultativo, definido en el artículo 5 como: *"Es personal técnico o facultativo el que en posesión del título de Licenciado o Doctor en Farmacia, presta los servicios profesionales para los que habilita su título por cuenta ajena, bien sea al farmacéutico propietario o en calidad de regente de la oficina de farmacia."*

2. Personal auxiliar, que entraña más complicación en su definición pero que atendiendo al artículo 6 podría afirmarse que: "*Es personal auxiliar el que realiza en una farmacia funciones para las que no se requiere título facultativo. A este grupo corresponden las categorías siguientes:*
    a. *Auxiliar Mayor.*
    b. *Auxiliar.*
    c. *Ayudante.*
    d. *Aprendiz.*
    e. *Auxiliar de Caja.*
    f. Mozo de Farmacia"

Cada una de estas categorías se encuentran ampliamente descritas por la Reglamentación Nacional de Trabajo en las Farmacias, siendo el **Auxiliar Mayor** aquel auxiliar de farmacia que en farmacias con tres o más auxiliares además de realizar sus labores propias será el encargado de coordinar el trabajo del resto del personal en ausencia del farmacéutico y el **Auxiliar** aquel que después de haber realizado durante cuatro años las labores de ayudante pasa a realizar todas las labores concernientes al despacho general de fórmulas y especialidades farmacéuticas. Reservando para el **Ayudante**, una vez terminado su aprendizaje, la cooperación con el auxiliar despachando al público las fórmulas y especialidades farmacéuticas y la posibilidad de realizar fórmulas sencillas bajo supervisión y para el aprendiz la función de iniciarse en los conocimientos prácticos de la farmacia de manera retribuida y reglada[81] durante cuatro años a excepción de aquellos que posean el diploma de la Escuela de Formación Profesional, reduciéndose en esos casos a dos años.

[81] Según el artículo 7 del Reglamento Nacional del Trabajo en Farmacias de 1948 (80): *" Concluido el periodo reglamentario de aprendizaje, se someterá al aprendiz a una prueba esencialmente práctica ante un Tribunal constituido en la propia farmacia, en la Organización Sindical o en el Colegio Oficial de Farmacéuticos, e integrado por un farmacéutico designado por el Colegio y dos auxiliares, nombrados uno también por el Colegio, y el otro por el colegio también a propuesta de la terna de la Organización Sindical.*
Si el aprendiz no superase la prueba, continuará como tal aprendiz seis meses más, al término de los cuales se someterá, conforme a las normas del apartado anterior, a nueva prueba.
Si no la superase, queda facultada la farmacia para prescindir de sus servicios, teniendo opción para ocupar plaza de mozo de farmacia si la hubiere.
En el supuesto de que el resultado de la prueba fuese favorable, de no existir vacante en la categoría superior, el aprendiz puede optar por continuar hasta dos años más, recibiendo como salario el 50% de la diferencia entre el que le corresponda como aprendiz y el de ayudante. Si transcurridos dichos dos años no hubiere vacante, optará el farmacéutico por atribuirle la categoría de ayudante"

El **Auxiliar de caja** realizará el cobro de las ventas al contado, redacción de facturas, etc… y el **Mozo de farmacia** se encargará de la carga y descarga de mercancías, la limpieza del establecimiento y el material a la vez que desempeñará su cometido como recadista.

No obstante lo dispuesto en 1948 por la Reglamentación Nacional de Trabajo en las Farmacias (80) no constituye un mero listado de las categorías profesionales dentro de la oficina de farmacia, va más allá pues contiene las tablas salariales de las mismas. El contenido de la Reglamentación Nacional del Trabajo (80), junto con el hecho de que no permaneció estática pues sufrió diversas actualizaciones de las tablas salariales y el establecimiento o derogación de los Plus de Carestía de vida, en concreto en 1950[82] y en 1956[83]; plantea el interrogante de si en sí misma la Reglamentación Nacional del Trabajo en las Farmacias de 1948 (80) constituye la estructura general y sirve como base de los convenios colectivos de farmacia actuales, dejando a un lado la necesidad del consenso entre las partes implicadas en la redacción de los mismos.

La Reglamentación Nacional de Trabajo en la Farmacia de 1948 (80) se mantiene vigente (con diversas actualizaciones) hasta 1967, momento en el que entra en vigor la Resolución de la Dirección General de Ordenación del Trabajo por el cual se aprueba el Convenio Colectivo Sindical de ámbito interprovincial de Oficinas de Farmacia[84]. Este Convenio de dos años de duración presentaba como peculiaridad su prorrogabilidad tácita de año en año de no mediar un previo aviso y sus actuaciones principales se centraron en las modificaciones salariales tanto del personal técnico-auxiliar, [regido por la Reglamentación Nacional de Trabajo en las Farmacias de 1948 (80) y la actualización del cuadro de salarios de 1956 (83)] como del personal administrativo, regido por la Reglamentación Nacional de Trabajo en el Comercio[85], y la actualización del cuadro de salarios de 1956 (83), estableciéndose una elevación de los mismos del 30% el primer año y del 35% el segundo año. El Convenio Colectivo Sindical de ámbito interprovincial de Oficinas de Farmacia (84) reconoce de forma tácita la clasificación del personal de la oficina de farmacia establecido por la Regulación Nacional de Trabajo en las Farmacias de 1948 (80).

[82] Orden de 10 de noviembre de 1950 por la que se establece un plus de carestía de vida en favor del personal comprendido en la Reglamentación Nacional de Trabajo en las Farmacias. BOE nº327, 23-11-1950, p.5445.
[83] Orden de 26 de Octubre de 1956 por la que se modifica el Cuadro de salarios del artículo 22 de la Reglamentación Nacional de Trabajo en las Farmacias. BOE nº308, 3-11-1956, p.6961.
[84] Convenio Colectivo Sindical de ámbito interprovincial de Oficinas de Farmacia. BOE nº253,23-10-1967, p.14453-14454.
[85] Reglamentación Nacional de Trabajo en el Comercio. BOE nº308,3-11-1956, p.6959-6961.

En este sentido, el profesor Suñé en su manual de "Legislación farmacéutica española"[86] y el profesor Salazar en su "Compendio de legislación farmacéutica"[87] abogan por la creación de un cuerpo especializado de auxiliares de farmacia, puesto que su figura está reconocida por la normativa española. A este respecto, alegan la ya existencia de los cuerpos de auxiliares de farmacia en el ejército, que ya se habían creado en 1934[88] y en algunos hospitales, pues en la práctica diaria se demuestra la existencia de unos colaboradores del farmacéutico en su labor al frente de la farmacia. Este fue el motivo principal por el cual en 1962 el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos propuso la creación de un diploma que diferenciase a los auxiliares de farmacia de los obreros manuales[89], para quien demostrase su eficiencia ante los respectivos tribunales constituidos en los Colegios Provinciales de Farmacia, estableciéndose tres ejercicios: Cultura General (manejo de práctica profesional, conocimientos de reglas de tres y sistema métrico decimal y dictado), Prueba práctica (reconocimiento organoléptico de cinco productos químicos, cinco preparados galénicos y 5 drogas vegetales) y Prueba oral (interrogatorio sobre temario del programa de 36 temas[90] diseñado por el Consejo y repartido gratuitamente por los Colegios de Farmacéuticos prestando especial atención a los temas sobre dosis normales y máximas de los fármacos, incompatibilidades medicamentosas, alteraciones y conservación de los medicamentos y deontología profesional[91]). Para ser considerados aptos debían alcanzar una puntuación mínima de 20 puntos en los dos últimos ejercicios[92] (cada uno de los cinco miembros del tribunal podría dar una puntuación máxima de 5 puntos por ejercicio).

La Ordenanza Laboral para la Oficina de Farmacia de 10 de febrero de 1975[93] va a derogar la Orden de 30 de abril de 1948 sobre Reglamentación de Trabajo en las Farmacias (80), estableciendo las normas básicas y las condiciones mínimas de trabajo en las oficinas de

[86] SUÑÉ ARBUSAÁ, J.M. (1969)Legislación farmacéutica española. 2º edición. Granada, Gráficas del Sur, p.205-209.
[87] SALAZAR CULÍ, F. (1962) Compendio de legislación farmacéutica. 1º edición. Barcelona, Toray, p.113 y ss.
[88] ROLDAN Y GUERRERO, R. (1934) Organización Militar de España y en particular de los Servicios Farmacéuticos Militares. Madrid, impr. de Cleto Vallinas.
[89] CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS (1962) Diploma de los Auxiliares de Oficina de Farmacia. Circular nº369/62, 26-10-1962, p. 1-2.
[90] CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS (1961) Boletín del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. 128: 37-40.
[91] TORTAJADA-PUCHADES DE PER, M. (1975) Contestaciones al programa para auxiliares de farmacia. 3ªed. Madrid. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacia.
[92] CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS (1962) Normas para la obtención del Diploma de Aptitud para Auxiliares de Farmacia y Laboratorios. Circular nº363/62, 28-4-1962.
[93] Ordenanza Laboral para la Oficina de Farmacia, de 10 de febrero de 1975. BOE nº41, 17-02-1975, p.3341-3347.

farmacia. Tras la aplicación de esta normativa los farmacéuticos titulares pasan a regirse como **empresarios** en calidad de propietarios de un establecimiento y "*todos los que presten sus servicios profesionales… tanto si realizan una función técnica administrativa como predominante manual o de mera vigilancia o atención"* como **trabajadores**. Además, esta ordenanza señala que *"…la organización del trabajo será facultad exclusiva de los propietarios de las Oficinas de Farmacia".* (Documento 1).

La clasificación del personal de la oficina de farmacia se establece en cinco grupos principales en función de las atribuciones profesionales de los mismos:

1. "***Facultativo**: Aquel que en posesión del título de doctor o licenciado en farmacia, ejerce los servicios profesionales para los que está legalmente capacitado.*
2. ***Técnico**: Con las siguientes categorías:*

   ***Auxiliar mayor diplomado**, "auxiliar de Farmacia con diploma expedido por el Consejo General de Colegios de Farmacéuticos que en las Oficinas de Farmacia de tres auxiliares como mínimo realiza, además de las labores propias de éstos, en ausencia del farmacéutico, la función de dirigir y ordenar el trabajo del resto del personal."*

   ***Auxiliar diplomado**, "auxiliar que posee el diploma expedido por l Consejo General de Colegios de Farmacéuticos y realizará las funciones propias de su categoría profesional".*

3. ***Personal auxiliar de farmacia:***

   ***Auxiliar de farmacia**, "es quien, después de haber desempeñado durante cuatro años las funciones propias de ayudante, realiza todas las labores concernientes al despacho general de fórmulas y especialidades farmacéuticas".*

   ***Ayudante**, "es aquel que, una vez realizado el aprendizaje coopera con las funciones propias del auxiliar, despachando al público fórmulas y especialidades farmacéuticas, pudiendo preparar por si, bajo la inspección del Farmacéutico o del Auxiliar diplomado, las fórmulas sencillas".*

   ***Aprendiz**, "es el que se define en el artículo 20 del Capítulo V de esta Ordenanza".*

4. ***Personal administrativo:***

   ***Jefe administrativo**, "es quien, provisto o no de poder, asume con plenas facultades, la dirección o vigilancia de todas las funciones administrativas de la Empresa, que tenga organizadas o distribuidas en varias secciones".*

   ***Jefe de sección**, "es el que lleva la responsabilidad o dirección de una de las secciones en la que el trabajo puede estar dividido, con autoridad directa sobre los empleados o a sus órdenes".*

   ***Contable**, "se incluye en esta categoría los Contables y Cajeros no comprendidos en las anteriores."*

   ***Oficial administrativo**, "es quien, en posesión de los conocimientos técnicos y prácticos necesarios, realiza trabajos que requieran propia iniciativa, tales como redacción de correspondencia, gestión de informes, liquidación de la Seguridad Social u otros cometidos similares".*

   ***Auxiliar administrativo**, "es aquel que, con conocimientos generales de índole administrativa, auxilia a los Jefes y Oficiales en la ejecución de trabajos como propios de esta categoría en las siguientes funciones: Redacción de correspondencia de trámite; confección de facturas y estudio para la liquidación de intereses e impuestos; mecanografía; etc".*

   Están comprendidos en esta categoría los que realizan el cobro de ventas al contado, la revisión de talones de Caja u otras operaciones similares.

   ***Aspirante**, "es el empleado de edad comprendida entre los catorce y los dieciocho años que se inicia en el trabajo burocrático o de contabilidad para alcanzar la necesaria capacitación profesional".*

5. ***Personal subalterno**: **Mozo**, "es el que efectúa el transporte de las mercancías dentro o fuera del establecimiento; hace los paquetes corrientes que no precisan enlardado o embalado y los reparte o realiza cualquiera otros trabajos que exijan predominantemente esfuerzo muscular".*

Las Ordenanza Laboral de Oficinas de Farmacia de 1975 (93) fija los salarios de todo el personal de la oficina de farmacia y establece la cuantía de los complementos por antigüedad y las gratificaciones. La vigencia de estos salarios era de un año, tras el cual serían revisados.

En lo que a la oficina de farmacia se refiere, la duración del periodo de pruebas para el personal facultativo se reduce a tres meses siendo el número de horas de trabajo semanales 40, el máximo de horas diarias trabajadas 9 y el periodo vacacional anual de 30 días. La edad

de jubilación de los trabajadores se establece a los 65 años obligatoriamente, no siendo esta norma de aplicación para el titular de la oficina de farmacia.

Lérida:
Zona segunda.—Lérida (capital), Tárrega, Cervera y Balaguer.
Zona tercera.—Resto de la provincia.
Logroño:
Zona segunda.—Logroño (capital).
Zona tercera.—Resto de la provincia.
Lugo:
Zona tercera.—Toda la provincia.
Madrid:
Zona especial.—Madrid (capital).
Zona segunda.—El Escorial, Alcalá de Henares, Aranjuez, Vallecas y Villaverde.
Zona tercera.—Resto de la provincia.
Málaga:
Zona primera.—Málaga (capital).
Zona segunda.—Resto de la provincia.
Melilla:
Zona segunda.—La plaza de Melilla.
Murcia:
Zona segunda.—Murcia (capital) y Cartagena.
Zona tercera.—Resto de la provincia.
Navarra:
Zona segunda.—Pamplona.
Zona tercera.—Resto de la provincia.
Orense:
Zona tercera.—Toda la provincia.
Oviedo:
Zona primera.—Oviedo (capital) y Gijón.
Zona segunda.—Resto de la provincia.
Palencia:
Zona tercera.—Toda la provincia.
Palmas (Las):
Zona segunda.—Las Palmas (capital).
Zona tercera.—Resto de la provincia.
Pontevedra:
Zona segunda.—Pontevedra y Vigo.
Zona tercera.—Resto de la provincia.
Salamanca:
Zona segunda.—Salamanca (capital), Teleros y Béjar.
Zona tercera.—Resto de la provincia.
Santa Cruz de Tenerife:
Zona segunda.—Santa Cruz de Tenerife (capital).
Zona tercera.—Resto de la provincia.
Santander:
Zona primera.—Santander (capital).
Zona segunda.—Resto de la provincia.
Segovia:
Zona tercera.—Toda la provincia.
Sevilla:
Zona primera.—Sevilla (capital).
Zona segunda.—Resto de la provincia.
Soria:
Zona tercera.—Resto de la provincia.
Tarragona:
Zona segunda.—Tarragona, Reus y Tortosa.
Zona tercera.—Resto de la provincia.
Teruel:
Zona tercera.—Toda la provincia.
Toledo:
Zona segunda.—Toledo (capital) y Talavera de la Reina.
Zona tercera.—Resto de la provincia.
Valencia:
Zona primera.—Valencia (capital).
Zona segunda.—Resto de la provincia.
Valladolid:
Zona segunda.—Valladolid (capital).
Zona tercera.—Resto de la provincia.
Vizcaya:
Zona primera.—Bilbao y localidades enclavadas en ambas márgenes de la ría.
Zona segunda.—Resto de la provincia.
Zamora:
Zona tercera.—Toda la provincia.
Zaragoza:
Zona primera.—Zaragoza (capital).
Zona segunda.—Resto de la provincia.

Art. 22. Los sueldos por jornada completa serán los siguientes:

TABLA DE SALARIOS

Primera zona

CATEGORÍAS		CUATRIENIOS	
GRUPO A)			
Personal Técnico o Facultativo	1.500	4	150
GRUPO B)			
Auxiliar Mayor	900	5	60
Auxiliar:			
Con menos de 3 años de antigüedad	660		
Desde 3 años de antigüedad	750	5	50
Ayudante	510		
Aprendiz:			
Primer año	162		
Segundo año	225		
Tercer año	270		
Cuarto año	375		
Auxiliar de Caja:			
De 16 años	240		
De 18 años	330		
De 20 años	420		
De 22 años	510		
De 25 años	600	5	40
Mozo de Farmacia	450	6	30

Segunda zona

CATEGORÍAS		CUATRIENIOS	
GRUPO A)			
Personal Técnico o Facultativo	1.100	4	125
GRUPO B)			
Auxiliar Mayor	830	5	60
Auxiliar:			
De menos de 3 años de antigüedad	575		
Desde 3 años de antigüedad	690	5	50
Ayudante	435		
Aprendiz:			
Primer año	145		
Segundo año	176		
Tercer año	225		
Cuarto año	300		
Auxiliar de Caja:			
De 16 años	180		
De 18 años	260		
De 20 años	345		
De 22 años	431		
De 25 años	520		
De 25 años	520	5	30
Mozo de Farmacia	425	6	30

Tercera zona

CATEGORÍAS		CUATRIENIOS	
GRUPO A)			
Personal Técnico o Facultativo	1.000	4	100
GRUPO B)			
Auxiliar Mayor	720	5	60
Auxiliar:			
De menos de 3 años de antigüedad	520		
Desde 3 años de antigüedad	605	5	50
Ayudante	405		
Aprendiz:			
Primer año	125		
Segunda año	160		
Tercer año	205		
Cuarto año	280		
Auxiliar de Caja:			
De 16 años	170		
De 18 años	245		
De 20 años	300		
De 22 años	360		
De 25 años	415		
Mozo de Farmacia	415		

Plus especial en Madrid y Barcelona.—Sobre los salarios mínimos establecidos en el presente cuadro para la primera zona el personal que presta servicios en Madrid y Barcelona percibirá un plus especial del 15 por 100 en las Farmacias que tengan como mínimo dos empleados, computándose a este respecto únicamente los de categoría de Ayudante o Auxiliar, y del 10 por 100, en los que el número de estos empleados no llegue a dos.

Art. 23. El personal femenino comprendido en la presente Reglamentación, excepto los Auxiliares de Caja, percibirán como retribución el 60 por 100 de las remuneraciones señaladas en el artículo anterior.

Art. 24. **Aumentos periódicos por tiempo de servicio.**—Los trabajadores a que se refiere el presente Reglamento de Trabajo, siempre que tengan en la actualidad la misma categoría que en 1.º de junio de 1945 y estuviesen prestando servicio en la misma Empresa, devengarán los cuatrienios a que se refiere el artículo 22, desde 1.º de junio de 1945.

Cuando un empleado ascienda a categoría superior, se le fijará como remuneración base, el sueldo inicial reglamentario de la nueva categoría, siempre que éste exceda del que esté disfrutando; en otro caso, se le adicionará a dicho sueldo inicial de la categoría superior, el número de cuatrienios necesarios para que perciba un sueldo inmediatamente superior al que venía disfrutando y desde ese momento devengará cuatrienios en la categoría a que hubiese ascendido.

SECCIÓN 3.ª—*Casos especiales de retribución*

Art. 25. **Trabajos de categoría superior.**—El empleado que desempeñe una plaza de categoría superior a la que tenga asignada percibirá el sueldo que en aquélla le corresponda, sin perjuicio de la obligación por parte del Farmacéutico de cubrir las vacantes en la forma reglamentaria en el plazo improrrogable de tres meses, excepto para el personal técnico titulado en que el plazo podrá ser de doce meses.

No obstante lo dispuesto en el párrafo anterior, no tendrán derecho a dicho suplemento quienes desempeñen un trabajo de categoría superior a la suya cuando estén sustituyendo a un compañero enfermo, mientras que por la Empresa se les satisfaga la remuneración que le correspondería si estuviese prestando servicio activo.

Art. 26. **Trabajos de categoría inferior.** Si por conveniencia de la Empresa se destinara a un empleado a trabajos pertenecientes a categoría profesional inferior a la que esté adscrito, conservará la retribución correspondiente a su categoría.

En todo caso, se procurará, siempre que sea posible, respetar el orden jerárquico profesional para adscribir al personal a trabajos de categoría inferior.

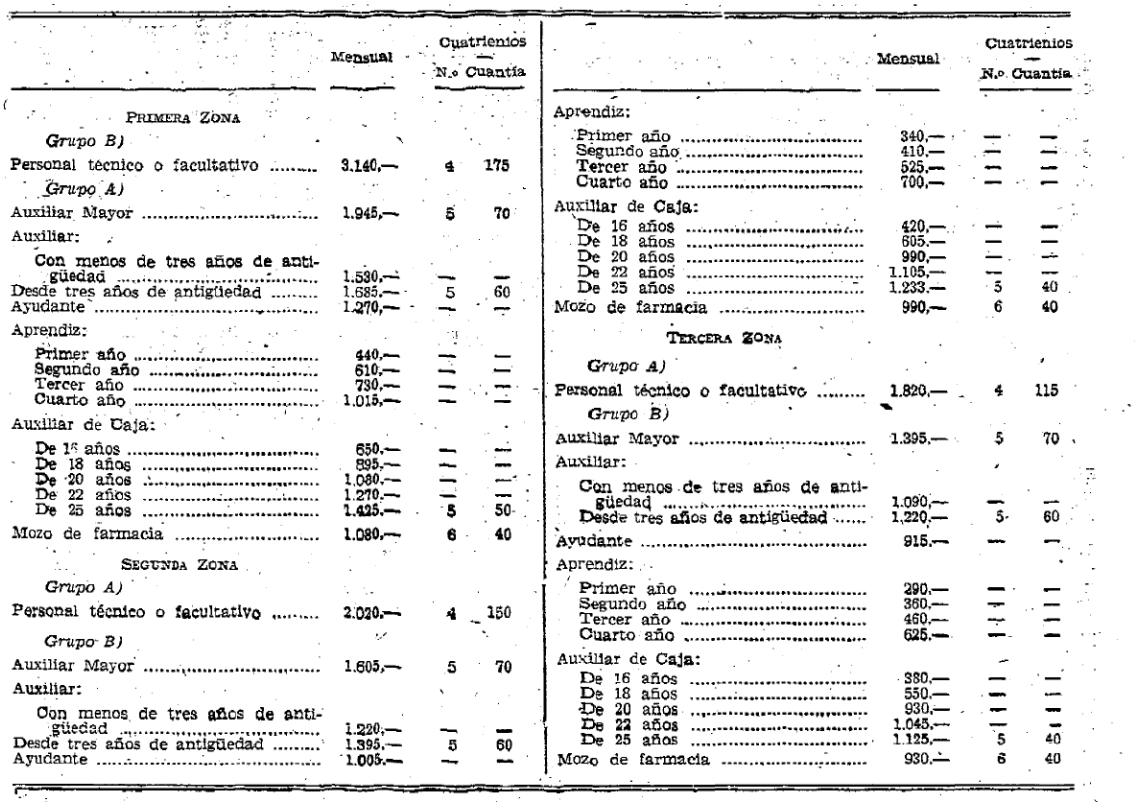
Si el cambio de destino a que se alude en el párrafo primero de este artículo tuviese su origen en petición del trabajador, se asignará a éste el salario que corresponda al trabajo que efectivamente preste.

Art. 27. **Acoplamiento del personal con capacidad disminuida.** — Con objeto de mantener en el trabajo, sin llegar al despido, a aquel personal que por deficiencia de sus condiciones físicas o por otras circunstancias no se halle en situación de dar rendimiento normal en su categoría, se podrá acordar su pase a otro trabajo con la retribución que a éste corresponda.

SECCIÓN 4.ª—*Gratificaciones periódicas fijas*

Art. 28. A fin de que los trabajadores regidos por estas normas puedan solemnizar las fiestas conmemorativas de la Natividad del Señor y el 18 de julio, día

Documento 1. Tabla salarial Reglamentación Nacional de Trabajo en las Farmacias, 1948. Fuente: BOE nº 158, 6-06-1948.



	Mensual	Cuatrienios N.º	Cuantía
PRIMERA ZONA			
Grupo B)			
Personal técnico o facultativo	3.140,—	4	175
Grupo A)			
Auxiliar Mayor	1.945,—	5	70
Auxiliar:			
Con menos de tres años de antigüedad	1.530,—	—	—
Desde tres años de antigüedad	1.585,—	5	60
Ayudante	1.270,—	—	—
Aprendiz:			
Primer año	440,—	—	—
Segundo año	610,—	—	—
Tercer año	730,—	—	—
Cuarto año	1.015,—	—	—
Auxiliar de Caja:			
De 16 años	650,—	—	—
De 18 años	895,—	—	—
De 20 años	1.080,—	—	—
De 22 años	1.270,—	—	—
De 25 años	1.425,—	5	50
Mozo de farmacia	1.080,—	6	40
SEGUNDA ZONA			
Grupo A)			
Personal técnico o facultativo	2.020,—	4	150
Grupo B)			
Auxiliar Mayor	1.605,—	5	70
Auxiliar:			
Con menos de tres años de antigüedad	1.220,—	—	—
Desde tres años de antigüedad	1.395,—	5	60
Ayudante	1.005,—	—	—
Aprendiz:			
Primer año	340,—	—	—
Segundo año	410,—	—	—
Tercer año	525,—	—	—
Cuarto año	700,—	—	—
Auxiliar de Caja:			
De 16 años	420,—	—	—
De 18 años	605,—	—	—
De 20 años	990,—	—	—
De 22 años	1.105,—	—	—
De 25 años	1.233,—	5	40
Mozo de farmacia	990,—	6	40
TERCERA ZONA			
Grupo A)			
Personal técnico o facultativo	1.820,—	4	115
Grupo B)			
Auxiliar Mayor	1.395,—	5	70
Auxiliar:			
Con menos de tres años de antigüedad	1.090,—	—	—
Desde tres años de antigüedad	1.220,—	5	60
Ayudante	915,—	—	—
Aprendiz:			
Primer año	290,—	—	—
Segundo año	360,—	—	—
Tercer año	460,—	—	—
Cuarto año	625,—	—	—
Auxiliar de Caja:			
De 16 años	380,—	—	—
De 18 años	550,—	—	—
De 20 años	930,—	—	—
De 22 años	1.045,—	—	—
De 25 años	1.125,—	5	40
Mozo de farmacia	930,—	6	40

Documento 2. Tabla salarial de la Orden de 26 de Octubre de 1956 por la que se modifica el Cuadro de salarios del artículo 22 de la Reglamentación Nacional de Trabajo en las Farmacias. Fuente: BOE nº308, 3-11-1956, p.6961.

En 1981, el Colegio de Farmacéuticos de Barcelona encargó un informe al bufete de abogados Nadal-Terricabras, al que hace referencia el profesor Suñé en su obra "Legislación farmacéutica española", sobre la figura del "farmacéutico agregado (regente, sustituto o adjunto)" del cual se extrajeron una serie de conclusiones al abordar el régimen laboral del personal en la oficina de farmacia:

- El personal de la oficina de farmacia puede ser trabajador por cuenta ajena o por cuenta propia.
- Cuando es un trabajador por cuenta ajena se considerará como empleado y está sometido a la legislación laboral. Los salarios, horarios y periodos vacacionales se fijaran en función de los convenios laborales. La rescisión del contrato está sujeta a indemnización.
- Cuando son trabajadores por cuenta propia se considerarán profesionales libres y no estarán sometidos al régimen de trabajo. El salario, horario y jornada laboral ha de ser pactado con el titular y revisado por el Colegio Farmacéutico provincial

correspondiente. Ha de estar dado de alta en el Impuesto de Actividades Económicas correspondiente a su profesión (IAE). La rescisión de contrato está sujeta a lo pactado.

En este sentido, el Real Decreto Ley 7/1989[94], de 29 de diciembre, dispone lo siguiente en el artículo 15, punto sitio, apartado b) : *"…no tendrán la consideración de trabajadores por cuenta ajena, salvo prueba en contra: El cónyuge, los descendientes, ascendientes y demás parientes del empresario, por consanguinidad o afinidad y, en su caso, por adopción hasta el segundo grado inclusive, ocupados en su centro o centros de trabajo, cuando convivan en su hogar y estén a su cargo".*

Varios expertos en legislación farmacéutica, entre los que se encontraba el profesor Suñé han considerado que el Real Decreto Ley 7/1989 (94) resolvía "una problemática largamente sufrida por el farmacéutico en la oficina de farmacia"[95], pues es de sobra conocido la integración de la familia entre los miembros del personal de la oficina de farmacia, disminuyendo esta a principios de los años noventa.

A la vez que el perfil de titular de farmacia se configuraba, dentro de la dualidad empresario-personal sanitario, los auxiliares de farmacia comenzaron una lucha en pro de una hipotética mejora profesional. Para ello se escudaron en el marco establecido por la Ley General de Educación de 1970[96], desarrollada en el apartado de Información Profesional en el Decreto 707 de 1976[97], consiguiendo que se crease el **Titulo de Auxiliar de Farmacia**, en la rama sanitaria dentro de la Formación Profesional de primer grado, así como el título de **Técnico Especialista en Farmacia**, dentro de la rama química, como Formación Profesional de segundo grado. En el mes de julio 1981, la Junta Coordinadora de Formación Profesional[98] aprobó el perfil

[94] Real Decreto Ley 7/1989, de 29 de diciembre sobre Medidas urgentes en materia presupuestaria, financiera y Tributaria. BOE nº313, 30-12-1989, p.40394-40406.
[95] SUÑÉ ARBUSAÁ, J.M. (1981) Legislación farmacéutica española. 6ª edición. Granada, Graficas del Sur, p.333 y ss.
[96] Ley 14/1970, de 4 de agosto, General de Educación y Financiamiento de la Reforma Educativa. BOE nº148, 6-08-1970, p.12525-12546.
[97] Decreto 707/1976, de 5 de marzo, sobre Ordenación de la Formación Profesional. BOE nº 88, 12-04-1976, p.7367-7373.
[98]En el Artículo 42 de la Ley 14/1970 o Ley General de Educación y Financiamiento de la Reforma Educativa (96) se contemplaba la existencia de la Junta Coordinadora Nacional de Formación Profesional. Su función era coordinar a nivel nacional las enseñanzas de formación profesional, organizando las enseñanzas de primer y segundo grado que nos ocupan. La Formación Profesional se configuró dentro de lo que se entendía como "sistema educativo". La Formación Profesional estaba organizada en cursos académicos regulares bajo el control del Ministerio de Educación y seguida en Centros docentes por un alumnado de edades comprendidas entre los catorce y los dieciocho años, abarcando dos de los tres grados de formación que contemplaban la Ley General de Educación (96)y el

profesional de las futuras titulaciones intermedias de farmacia, una de Técnico Auxiliar de Farmacia correspondiente al primer grado y otra de Técnico Especialista de Farmacia correspondiente al segundo grado. El Servicio de Ordenación Académica de Formación Profesional del Ministerio de Educación y Ciencia informó favorablemente la autorización de enseñanzas a tal fin con carácter experimental. Sus planes de estudio se aprobaron por Orden ministerial de 27 de noviembre de 1982[99] y de 8 de junio de 1977[100] respectivamente. En 1982 la Dirección General de Farmacia y Medicamentos propone las denominaciones de Auxiliar de Farmacia y Ayudante Técnico en Farmacia. La Asociación Española de Farmacia Hospitalaria se reunió en el año 1981 en Sigüenza, coordinada por el Dr. Leopoldo Arranz, con el objetivo de fijar las funciones y establecer los tipos de personal de los servicios de farmacia hospitalaria[101].

Las conclusiones de dicha reunión se resumieron en dos puntos principales:

1. La necesidad de coordinación del personal auxiliar de farmacia con otro tipo de personal presente en los servicios de farmacia (administración, limpieza, celadores, etc…)
2. La identificación de dos tipos básicos de personal auxiliar de farmacia necesarios para el desarrollo del trabajo con eficacia:
    a. Auxiliar básico de farmacia con un nivel de formación profesional de primer grado.
    b. Técnico especialista en farmacia con un nivel de formación de segundo grado.

Decreto 707/1976 (97), de Ordenación de estas enseñanzas profesionales, vigente a principios de los años ´80 del siglo XX.
La existencia de la Junta Coordinadora nacional de Formación Profesional fue derogada en 1986 por la Ley 1/1986, de 7 de enero, por la que se crea el Consejo General de Formación Profesional (BOE nº9, 10-1-1986, p.1557) que posteriormente fue modificada por la Ley 19/1997, de 9 de Junio (BOE nº 138, 10-06-1997, p.17686-17687) por la que se modifica la Ley 1/1986, de 7 de enero, por la que se crea el consejo general de formación profesional y por la Ley 14/2000, de 29 de diciembre, de Medidas fiscales, administrativas y de orden social (BOE nº313, 30-12-2000, p.46631-46723).

[99] Orden, de 27 de noviembre de 1982, por la que se autoriza a los Centros de Formación Profesional que se indican para impartir con carácter provisional enseñanzas no regladas de Formación Profesional de primer grado. BOE nº 9, 11-01-1983, p.647-650.

[100] Orden, de 8 de junio de 1977, por la que se autoriza a los Centros de Formación Profesional que se indican para impartir, con carácter provisional, especialidades no reguladas de Formación Profesional de segundo grado. BOE nº 190, 10-08-1977, p.17882-17883.

[101] INSTITUTO NACIONAL DE SANIDAD (1980): La Farmacia Hospitalaria en 1980. Monografías farmacéuticas de la Seguridad Social, 12:27-209.

El Instituto Politécnico Mare Nostrum de Málaga impartió las primeras enseñanzas a cuarenta alumnos.[102] Posteriormente, en el curso 1984-1985, se creó dentro del segundo grado de formación profesional, otra titulación de Técnico en Farmacia, pero en este caso de la rama química. El primer grado estaba constituido por dos cursos en que se estudiaban asignaturas comunes a las de bachillerato, junto con las específicas, que para el auxiliar de farmacia eran Tecnología Farmacéutica y Prácticas de Farmacia. Al segundo grado se accedía desde BUP o bien con la titulación de primer grado.

El hecho de que la formación de los Auxiliares y Técnicos en Farmacia haya tenido carácter experimental condiciona la integración de los mismos en el mundo laboral, haciéndola lenta y gravosa; siendo especialmente dificultada por los recelos generados entre los Farmacéuticos titulares (encargados de la contratación en la oficina de farmacia) acostumbrados a los auxiliares de farmacia formados dentro de la propia farmacia que tienen título expedido por el Consejo General de Colegios Farmacéuticos y han sido examinados en los diferentes Colegios Provinciales. Por este motivo no resultó sencillo entender por qué la Administración Pública creó unos estudios de grado medio que muestran una salida profesional tan limitada como son las oficinas de farmacias del territorio nacional. Detrás de todo ello se encuentra la lucha de un colectivo profesional por reivindicar su papel dentro de la sociedad, y en concreto, dentro del ámbito sanitario y el interés de la Administración pública de lograr un alto grado de protección para la salud de los ciudadanos, hecho por el cual aboga por la formación de estos profesionales sanitarios.

A raíz de la Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento[103] que en su artículo 88 [104]enuncia "… *Las Administraciones Públicas velarán por la formación continuada de los farmacéuticos y la adecuada titulación y formación de los Auxiliares y Ayudantes Técnicos de Farmacia"* el Ministerio envía a informe un Proyecto de Orden Ministerial sobre competencia y funciones de los Técnicos Auxiliares de Farmacia. [105]

Dentro de las Comunidades Autónomas, Cataluña ha sido la pionera en autorizar los estudios de Técnico Auxiliar en Farmacia en el curso 1990-1991, en concreto en el Instituto de Formación Profesional de Cal Lípolis de Tarragona impartiendo las enseñanzas

[102] SUÑÉ ARBUSAÁ, J.M. (1987) Legislación farmacéutica española. 8º edición, Granada, Graficas del Sur p.297 y ss.
[103] Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento. BOE nº 306, de 22-12-90, p.38228-38246.
[104] *Ibídem*, p.38241.
[105] SUÑÉ ARBUSAÁ, J.M. (1990) Legislación farmacéutica española. 9ª edición, Granada, Graficas del Sur.

correspondientes al título de Técnico en Farmacia, también integrado en la formación profesional. Constaba de 950 horas lectivas, distribuidas en 750 horas teórico-practicas en el Instituto y 100 horas de prácticas en Farmacia comunitaria, así como otras tantas realizadas en Servicios de Farmacia hospitalaria.

Este título fue creado por el Departamento de Enseñanza de la Generalitat de Cataluña, en un intento de reordenar del sistema educativo de formación profesional, pues esta titulación se impartía dentro del llamado Módulo Profesional 3, que permitía el acceso a la enseñanza superior.

El marco legislativo más actual está definido por los Reales Decretos 547[106] y 559[107], ambos de 7 de Abril de 1995, donde se establecen, dentro de los estudios de formación profesional, el título oficial de Técnico en Farmacia con su correspondiente definición de competencias profesionales (Ver tabla 1) y de currículo del ciclo formativo respectivamente. Esta titulación establece el equilibrio curricular en esta formación, definiéndolo como nivel de formación profesional de grado medio (FPI), como se verá a continuación.

Las características del título de Técnico en Farmacia, especificadas en el Real Decreto 547/1995, de 7 de Abril (104), comprenden su carácter oficial, la validez del mismo en todo el territorio español, siendo un título de grado medio con una duración del ciclo formativo de 1.300 horas y e impartido por centros públicos o privados de formación profesional con autorización para la rama sanitaria de primer grado y en los homologados para impartir las especialidades de la rama sanitaria de segundo grado.

Por otra parte, el Real Decreto 559/1995, de 7 de Abril (105), establece el currículo del ciclo formativo de grado medio correspondiente al **Título de Técnico en Farmacia**. Los contenidos del currículo y su distribución son los siguientes:

1. Procedimientos administrativos y control de existencias (65 horas).
2. Dispensación y venta de productos farmacéuticos y parafarmacéuticos (290 horas).
3. Elaboración de preparados farmacéuticos y parafarmacéuticos (220 horas).
4. Realización de análisis clínicos elementales (190 horas).

[106] Real Decreto 547/1995, de 7 de abril, por el que se establece el título de Técnico en Farmacia y las correspondientes enseñanzas mínimas. BOE nº 133, 5-06-1995, p.16526-16544.
[107] Real Decreto 559/1995, de 7 de abril, por el que se establece el currículo del ciclo formativo de grado medio correspondiente al título de Técnico en Farmacia. BOE nº 134, 6-06-1995, p.16603-16607.

5. Promoción de la salud y apoyo psicológico a las personas (130 horas).
6. Formación y orientación laboral, incluida la legislación (65 horas).
7. Módulo de formación en centro de trabajo (340 horas).

Capacidades profesionales del técnico en farmacia RD 547/1995, 7 de abril (104). Anexo 2.1.2

1. Dispensar medicamentos y productos de parafarmacia realizando el cobro, control de caja y demás trámites administrativos relativos a la liquidación de recetas de cobro diferido.
2. Interpretar y comprender la información técnico-científica y el lenguaje simbólico asociados a los distintos procesos relacionados con ejercicio de su actividad laboral.
3. Poseer una visión de conjunto y coordinada de los distintos tipos de productos farmacéuticos y parafarmacéuticos, informando de sus características al cliente en la venta (dispensación) de los mismos y fomentando hábitos saludables y de promoción de la salud.
4. Mantener el buen funcionamiento y puesta a punto de las máquinas, materiales y demás medios asignados...
5. Organizar la adquisición, recepción, almacenamiento y reposición de los productos y materiales utilizados en los establecimientos de farmacia y parafarmacia, verificando el nivel de existencias y garantizando la correcta conservación de los mismos.
6. Elaborar preparados medicamentosos, dietéticos y cosméticos, y efectuar análisis clínicos sencillos, siguiendo indicaciones del farmacéutico y protocolos establecidos.
7. Preparar lotes de productos y medicamentos observando los procedimientos establecidos, resolviendo incidencias o anomalías en el trabajo e informando de las mismas al farmacéutico responsable.
8. Poseer una visión global e integrada del sistema sanitario en sus aspectos organizativos, funcionales, sociales y administrativos.
9. Adaptarse a las nuevas situaciones laborales generadas como consecuencia de las innovaciones tecnológicas y organizativas introducidas en su área laboral.
10. Colaborar con los miembros del equipo de trabajo en el que se está integrado , asumiendo las responsabilidades conferidas al mismo, cumpliendo los objetivos asignados y manteniendo un flujo de información adecuado.
11. Responder de la correcta colocación de los distintos medicamentos, productos y materiales según criterios establecidos.

Tabla 1. Capacidades profesionales del técnico en farmacia RD 547/1995, 7 de abril (104). Anexo 2.1.2

Hasta el año 1995, se puede afirmar que en España se desarrolló una titulación que afecta al personal auxiliar de farmacia como titulación de formación profesional de grado medio (FPI) pasando a denominarse el auxiliar como Técnico en Farmacia (equiparado en nivel formativo y salarial). No existe desarrollo legislativo para la figura histórica del Técnico Especialista en Farmacia [surgido de la Orden Ministerial de 8 de junio de 1977 (100)] como titulación de formación profesional de grado superior (FPII). Las distintas normativas autonómicas han regulado sobre el personal de la oficina de farmacia como se estudiará más adelante.

El desarrollo de las tecnologías, propio de la Sociedad del Conocimiento en que vivimos, ha generado una transformación del mercado laboral. Ha de tenerse en cuenta que esta sociedad ha hecho del factor humano la clave del desarrollo de la misma a la vez que ha generado una dualidad de ocupaciones (baja cualificación profesional vs. nivel profesional de alta cualificación). La consecuencia lógica de la dualidad planteada es la convivencia del desempleo con ocupaciones que no cubren sus vacantes debido a las características del perfil demandado. Esta transformación intrínseca del mercado laboral obliga a los gobiernos nacionales y a los organismos internacionales a desarrollar acciones formativas orientadas a lograr una mejor inserción laboral de las personas. Para ello, han de adaptarse los planes de Formación Profesional y de esta manera permitir que la formación discurra en paralelo con la rápida evolución de las nuevas profesiones. Al hilo de lo expuesto, la Unión Europea está reclamando acciones formativas que capaciten profesionalmente a las personas para el mundo empresarial en el que están insertos y, de esta manera, asegurar la movilidad de los trabajadores dentro de la sociedad global. Siendo realistas, el sistema de Formación Profesional español no está a la altura de los sistemas europeos, por un lado ha de mejorarse la oferta formativa y la inserción laboral de las promociones recientes; por otro lado sería conveniente aumentar el número de alumnos de Enseñanza Secundaria que cursa estudios de Formación Profesional (58% de media en los países de la Unión Europea frente al 41% de media en España)[108]. Todo esto, unido a la aparición de actividades para las que no existe titulación correspondiente, muestra la necesidad de un nuevo sistema que articule las ofertas formativas compaginándolas con las necesidades del mercado laboral.

[108] http://www.educacion.es/mecd/jsp/plantilla.jsp?area=legislacion&id=1&contenido=/legislacion/htm/leyfp.html, 12-01-2010.

El hecho de que en España la Formación Profesional no cuente con un sistema integrado, dificulta la gestión de los contenidos y programas impartidos para las titulaciones. **¿Qué quiere decir que España no tiene un sistema integrado para la Formación Profesional?** Quiere decir, que una persona podía recibir Formación Profesional por tres vías (independientes entre sí):

1. La Formación Profesional Inicial, llamada también Reglada, es la que se recoge en la Ley Orgánica 1/1990 de Ordenación General del Sistema Educativo (LOGSE)[109], y es competencia de la Administración educativa. Comprende la Formación Profesional de Base que se imparte en la ESO y en el Bachillerato, la Formación Profesional Específica, que se imparte a través de los correspondientes ciclos de Grado Medio y Superior, y los Programas de Garantía Social, que están orientados a los alumnos que no han obtenido la titulación en sus estudios de ESO.
2. La Formación Profesional Ocupacional es la que se imparte a las personas desempleadas y es competencia de la Administración Laboral.
3. La Formación Profesional Continua es el conjunto de acciones formativas que llevan a cabo las empresas, los trabajadores o sus respectivas organizaciones, dirigidas tanto a la mejora de las competencias y cualificaciones como a la recalificación de los trabajadores ocupados.

La evolución de la FP en España creó la necesidad de una normativa con rango de Ley para regular estas enseñanzas integrando los tres sistemas en los que está inmerso de una manera u otra el sector laboral farmacéutico. Ese carácter integrador es el que predomina en la Ley Orgánica 5/2002, de 19 de junio, de las Cualificaciones y la Formación Profesional[110]. A partir de aquí, surgen las titulaciones de formación profesional, tanto de grado medio como de grado superior.

Por medio del Real Decreto 1689/2007[111], de 14 de Diciembre, se establece el título de Técnico en Farmacia y Parafarmacia y se fijan sus enseñanzas mínimas; se regulan una serie de requisitos de acceso, posibilitando el acceso directo cuando se posea el Título de Graduado en Educación Secundaria Obligatoria (ESO), el Título de Técnico o de Técnico Auxiliar cuando se

[109] Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre de 1990, de Ordenación General del Sistema Educativo BOE nº238, 04-10-1990, p.28927-28942.
[110] Ley Orgánica 5/2002, de 19 de junio, de las Cualificaciones y la Formación Profesionales. BOE nº 147, 20-06-2002, p.22437-22442.
[111] Real Decreto 1689/2007, de 14 de Diciembre, por el que se establece el título de Técnico en Farmacia y Parafarmacia y se fijan sus enseñanzas mínimas BOE nº 15, 17-01-2008, p.3420-3445.

haya superado el segundo curso del Bachillerato Unificado Polivalente (BUP) u otros estudios equivalentes a efectos académicos. El acceso también es posible a través de una prueba para mayores de 17 años o a través de la prueba de acceso a la Universidad para mayores de 25 años.

La implantación de este programa educativo tuvo lugar en el curso 2009/2010 y en él se estipula la duración completa de las enseñanzas en 2000 horas. La finalidad principal de las mismas es: que el alumno aprenda a asistir al farmacéutico en la dispensación y elaboración de productos farmacéuticos y afines, y realizar la venta de productos parafarmacéuticos, fomentar la promoción de la salud y ejecutar tareas administrativas y de control de almacén cumpliendo especificaciones de calidad, seguridad y protección ambiental.

Para ello ha de desarrollar una serie de habilidades que le permitan:

- Asistir en la dispensación de productos farmacéuticos informando de sus características a los usuarios.
- Asistir en la elaboración de productos farmacéuticos y parafarmacéuticos.
- Preparar los productos farmacéuticos para su distribución a las distintas unidades hospitalarias, bajo supervisión del facultativo.
- Obtener valores de parámetros somatométricos de constantes vitales del usuario.
- Efectuar controles analíticos.
- Mantener el material, el instrumental, los equipos y la zona de trabajo en óptimas condiciones para su utilización.
- Fomentar en los usuarios hábitos de vida saludables para mantener o mejorar su salud y evitar la enfermedad.
- Tramitar la facturación de recetas manejando aplicaciones informáticas.
- En estas enseñanzas han de incluirse los conocimientos necesarios para llevar a cabo las actividades de nivel básico de prevención de riesgos laborales[112].

El plan de formación incluye una serie de módulos profesionales[113], estructurados por aéreas de conocimiento teórico-prácticas:

[112] Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención. BOE nº 27, 31-01-1997, p.3031-3045.
[113] Más información al respecto se puede encontrar en la Orden EDU/2184/2009, de 3 de julio, por la que se establece el currículo del ciclo formativo de Grado Medio correspondiente al título de Técnico en Farmacia y Parafarmacia. BOE nº 192, 10-08-2009, p.67816-67840.

- Disposición y venta de productos.
- Oficina de farmacia.
- Dispensación de productos farmacéuticos.
- Dispensación de productos parafarmacéuticos.
- Operaciones básicas de laboratorio.
- Formulación magistral.
- Promoción de la salud.
- Primeros auxilios.
- Anatomofisiología y patología básicas.
- Formación y orientación laboral.
- Empresa e iniciativa emprendedora.
- Formación en centros de trabajo.

Una vez finalizados los estudios, el Título de Técnico en Farmacia y Parafarmacia (111) posibilita diversas salidas laborales y de especialización, siendo la más común el trabajo en oficina de farmacia aunque también tiene como salida laboral el trabajo de Técnico en Farmacia dentro de un almacén de medicamentos, en farmacias hospitalarias o en establecimientos de parafarmacia.

En respuesta al Real Decreto por el que se establece el título de Técnico en Farmacia y Parafarmacia (111), la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFAC), que manifiesta su disconformidad con el mismo, ha creado una Comisión de Procedimientos[114] que tiene entre sus objetivos definir las funciones y límites de la actuación de los Técnicos en Farmacia. Las críticas de esta sociedad se dirigen especialmente al apartado en el que se establecen sus competencias asistenciales[115], por la ambigüedad de los términos de su redacción, en los cuales no se deja claro su papel en actividades como la dispensación, elaboración de fórmulas, promoción y protección de la salud o en el seguimiento farmacoterapéutico. Para la SEFAC, estas acciones siempre deben ser responsabilidad de un licenciado en farmacia mientras que las del técnico deben orientarse al medicamento: pedidos, almacén, caducados, control de temperaturas, manejo de dispositivos, cálculo de precios,…

[114] OFFARM, vol. 27, nº3, p.22. Marzo 2008.
[115] www.cofares.es/renderChannel.aspx?idNode=252&idChannel=32786, 06-02-2008.

III.2. MARCO NORMATIVO POSTCONSTITUCIONAL

La Constitución Española de 1978, en su artículo 43 (15) reconoce "*el derecho a la protección de la salud"* y, además, afirma que son *"los poderes públicos los que han de organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios"*. La naturaleza de la oficina de farmacia, como establecimiento sanitario privado de interés público [como bien afirma el artículo 1 de la Ley 16/1997, de 25 de abril, de Regulación de Servicios de las Oficinas de Farmacia (16)], la convierte en uno de los instrumentos de los que se vale el Estado para garantizar la protección de la salud. Atendiendo a lo dispuesto en el epígrafe segundo del artículo 43 *"Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La Ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto"* (15). Sin embargo, el interés público de la oficina de farmacia puede entrar en conflicto con los intereses que derivan de su carácter privado. Por ello, la farmacia ha de tender hacia la cohesión de estos dos elementos y, de esta manera será el instrumento adecuado en la consecución del objetivo principal del Estado: *garantizar los derechos en materia de salud de los ciudadanos.* Para garantizar esta protección de la salud nada mejor que procurar una capacitación adecuada a los trabajadores de la oficina de farmacia, pues esta formación, que estará incluida dentro del carácter público (si esta iniciativa formativa procede del Estado) e incluso dentro del carácter privado (pues puede proceder de acciones individuales realizadas por el farmacéutico titular o por los propios empleados) de la oficina farmacia, traerá consigo una mejora de la salud pública como consecuencia de un mejor desempeño de los cometidos atribuidos por la ley a las oficinas de farmacia y este aumento de la calidad del servicio farmacéutico comunitario hipotéticamente debería repercutir de forma positiva en los resultados económicos de la oficina de farmacia.

El problema que surge con las oficinas de farmacia, a raíz de la Constitución (7), no es resultado de la falta de definición de sus competencias y funciones, tema en el que no es necesario que se centre una norma fundamental como es la norma constitucional, sino de la indeterminación en la atribución de competencias para el desarrollo normativo de la materia.

Si se estudia la Constitución Española (7) desde el punto de vista de la contratación laboral habrá que remitirse a la sección 2ª: Derechos y deberes de los ciudadanos116, que trata en los artículos 35 y siguientes del derecho al trabajo, a la libre elección de profesión, a la

[116] *Locus cit*. en nota 7, p.29319.

remuneración digna por trabajo realizado, etc…, recoge los principios fundamentales de la Declaración Internacional de los Derechos Humanos (9) y además, reconoce el derecho a la libertad de empresa en el marco de la economía de mercado. Esto entra de manera directa en conflicto con la naturaleza de la oficina de farmacia y su dualidad público-privada con vocación de "servicio" sanitario.

Por otra parte, la Constitución Española de 1978 atribuye, en su artículo 40[117], a los poderes públicos la responsabilidad de fomentar políticas que garanticen la formación y readaptación profesional, al igual que la promoción de las condiciones favorables para el progreso social y económico. El hecho de que estos conceptos vayan recogidos en un mismo artículo podría responder a la implicación directa de la formación de los trabajadores en desarrollo social y económico del país.

III.2.1. UNA MENCIÓN A LA LEGISLACIÓN LABORAL ESPAÑOLA: IMPLICACIONES.

El Real Decreto legislativo 1/1995, de 24 de Marzo[118], por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores, incluye en el capítulo primero de su título primero, también llamado "*De la relación individual de trabajo"* las disposiciones generales reguladoras del trabajo en España. Entre ellas destacan las definiciones de trabajador y de empleador, que serán determinantes a la hora de encuadrar el papel del farmacéutico titular en la gestión de la contratación de empleados en la oficina de farmacia y el papel del trabajador por cuenta ajena que presta sus servicios en la farmacia.

El artículo 1[119] establece que:

1. *"La presente Ley será de aplicación a los trabajadores que voluntariamente presten sus servicios retribuidos por cuenta ajena y dentro del ámbito de organización y dirección de otra persona, física o jurídica, denominada empleador o empresario.*
2. *A los efectos de esta Ley, serán empresarios todas las personas, físicas o jurídicas, o comunidades de bienes que reciban la prestación de servicios de las personas referidas*

[117] *Locus cit.* en nota 7, p.29320.
[118] Real Decreto legislativo 1/1995, de 24 de Marzo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores. BOE nº75, de 29-3-1995, p.9654-968
[119] *Ibídem,* p.9656.

en el apartado anterior, así como de las personas contratadas para ser cedidas a empresas usuarias por empresas de trabajo temporal legalmente constituidas."

Por un lado, ha de atenderse a la definición de empresario, ya que el farmacéutico o farmacéuticos titulares de una oficina de farmacia serán empresarios, pues reciben la prestación de servicios por parte del personal técnico, auxiliar, administrativo o de limpieza contratado para realizar las labores descritas en su *"Job description"*[120].

Por otro lado, en la oficina de farmacia como empresa reside la capacidad de inserción de los empleados, para los que el farmacéutico titular ejercerá una función de dirección y control en virtud de lo dispuesto en el artículo 20 del Estatuto de los Trabajadores[121]:

1. *"El trabajador estará obligado a realizar el trabajo convenido bajo la dirección del empresario o persona en quien éste delegue.*
2. *En el cumplimiento de la obligación de trabajar asumida en el contrato, el trabajador debe al empresario la diligencia y la colaboración en el trabajo que marquen las disposiciones legales, los convenios colectivos y las órdenes o instrucciones adoptadas por aquél en el ejercicio regular de sus facultades de dirección y, en su defecto, por los usos y costumbres. En cualquier caso, el trabajador y el empresario se someterán en sus prestaciones recíprocas a las exigencias de la buena fe.*
3. *El empresario podrá adoptar las medidas que estime más oportunas de vigilancia y control para verificar el cumplimiento por el trabajador de sus obligaciones y deberes laborales, guardando en su adopción y aplicación la consideración debida a su dignidad humana y teniendo en cuenta la capacidad real de los trabajadores disminuidos, en su caso.*
4. *El empresario podrá verificar el estado de enfermedad o accidente del trabajador que sea alegado por éste para justificar sus faltas de asistencia al trabajo, mediante reconocimiento a cargo de personal médico. La negativa del trabajador a dichos reconocimientos podrá determinar la suspensión de los derechos económicos que pudieran existir a cargo del empresario por dichas situaciones."*

[120] Los "Job description" consisten en una lista escrita de todas las tareas y responsabilidades implicadas en un trabajo concreto, siendo estas conocidas y aceptadas por empleador y empleado previamente al comienzo de la actividad laboral de este.
[121] *Locus cit*. en nota 118, p.9662.

El Estatuto de los Trabajadores (118) define con claridad las figuras de empleador y empleado y las relaciones laborales y contractuales que de ellas se derivan, permitiendo la extrapolación de estas definiciones al ámbito laboral de la oficina de farmacia.

La responsabilidad del farmacéutico como empleador está completamente reglada por las normativas sanitarias tanto nacionales como autonómicas, por los convenios colectivos, por las disposiciones del Consejo General de Colegios Farmacéuticos y por las disposiciones de los Colegios Provinciales de Farmacéuticos, pero el carácter tradicional de la oficina de farmacia hace que a la hora de regular la diligencia y la colaboración de los trabajadores el farmacéutico titular esté muy influido por los usos y costumbres. Cosa plausible, pues no hace tantos años que la enseñanza de esta profesión se realizaba a través de maestrías, y en el caso del personal auxiliar, como se ha visto con anterioridad, podía obtener la formación únicamente por supervisión del farmacéutico titular de la oficina de farmacia donde desempeñara sus labores hasta muy avanzado el siglo XX.

Los delitos contra los derechos de los trabajadores están tipificados en el Código Penal, en concreto en el artículo 311 de la Ley Orgánica 10/1995[122], de 23 de noviembre:

"Serán castigados con las penas de prisión de seis meses a tres años y multa de seis a doce meses:

1. *Los que, mediante engaño o abuso de situación de necesidad impongan a los trabajadores a su servicio condiciones laborales o de Seguridad Social que perjudiquen, supriman o restrinjan los derechos que tengan reconocidos por disposiciones legales, convenios colectivos o contrato individual.*
2. *Los que en el supuesto de transmisión de empresas, con conocimiento de los procedimientos descritos en el apartado anterior, mantengan las referidas condiciones impuestas por otro.*
3. *Si las conductas reseñadas en los apartados anteriores se llevaren a cabo con violencia o intimidación se impondrán las penas superiores en grado."*

[122] Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. BOE nº 281, 24-11-1995, p.33987-34058.

III.3. LEGISLACIÓN BÁSICA EN MATERIA SANITARIA

De acuerdo con el artículo 149 de la Constitución Española[123], el Estado tiene competencia exclusiva para legislar las bases para el desarrollo de la legislación sobre medicamentos y productos farmacéuticos. Como se ha visto en epígrafes anteriores, también es competencia exclusiva del Estado la legislación laboral sin perjuicio de su ejecución por los órganos de las Comunidades Autónomas. En ejercicio de estas competencias el Estado ha emitido una serie de normas que establecen el marco general de ejercicio de las profesiones sanitarias, y en particular de la profesión farmacéutica entre ellas.

III.3.1. NORMATIVAS SANITARIAS DE CARÁCTER GENERALISTA: LEY GENERAL DE SANIDAD (1) Y LEY DE COHESIÓN Y CALIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (2)

En el análisis integral del marco regulatorio de las implicaciones sociales de la contratación laboral en la oficina de farmacia, y en concreto, el análisis de la normativa que rige las actuaciones del Farmacéutico titular como empleador es obligatorio citar la Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de Sanidad (1), pues el artículo 88 "*reconoce el derecho al ejercicio libre de las profesiones sanitarias, de acuerdo con lo establecido en los artículos 35 y 36 de la Constitución*"[124]. La profesión farmacéutica se encuadra dentro de las profesiones liberales, actuando la Constitución Española (7) como garante del ejercicio a través de los Colegios Profesionales, cuyo régimen jurídico estará regulado por la Ley de Colegios Profesionales[125].

Además, la Ley General de Sanidad (1), en su artículo 89, *"reconoce la libertad de empresa en el sector sanitario, conforme al artículo 38 de la Constitución"*[126]. Aunque la farmacia sea una profesión liberal, la apertura de una oficina de farmacia está condicionada a una serie de factores que hacen que el citado artículo no sea de completa aplicación al caso que nos ocupa, más es importante destacar la consideración de empresa que se le atribuye de manera indirecta. Una "empresa" con peculiaridades, pues es un establecimiento sanitario privado de interés público, donde el farmacéutico es el único capacitado para poder ejercer como

[123] *Locus cit.* nota 7, p.29333.
[124] *Locus cit.* nota 1, p.15219.
[125] Ley 2/1974, de 13 de Febrero, de Colegios Profesionales (modificada parcialmente por las Leyes 74/1978 de 26 de Diciembre y 7/1997 de 14 de Abril). BOE nº 40, 15-02-1974, p.3046-3049.
[126] *Locus cit.* nota 1, p.15219.

propietario y titular de la oficina de farmacia, o lo que es lo mismo y expresado en términos más sencillos, el farmacéutico será el único capacitado para ejercer como "empresario", no pudiéndose constituir como "empresa" propiamente pero si como empleador desde el momento en que el titular de la oficina de farmacia se da de alta en el régimen de autónomos de la Seguridad Social. Todas estas peculiaridades se encuentran especificadas en el artículo 103 de la Ley 14/1986 (17):

1. *"La custodia, conservación y dispensación de medicamentos corresponderá:*
    a. *A las oficinas de farmacia legalmente autorizadas.*
    b. *A los servicios de farmacia de los hospitales, de los centros de salud y de las estructuras de atención primaria del Sistema Nacional de Salud para su aplicación dentro de dichas instituciones o para los que exijan una particular vigilancia, supervisión y control del equipo multidisciplinario de atención a la salud.*
2. *Las oficinas de farmacia abiertas al público se consideran establecimientos sanitarios a los efectos previstos en el Título IV de esta Ley.*
3. *Las oficinas de farmacia estarán sujetas a la planificación sanitaria en los términos que establezca la legislación especial de medicamentos y farmacias.*
4. *Solo los farmacéuticos podrán ser propietarios y titulares de las oficinas de farmacia abiertas al público."*

La oficina de farmacia como definida como establecimiento privado de carácter público por la el artículo 1 de la Ley 16/1997, de 25 de Abril, de la Regulación de Servicios de las Oficinas de Farmacia (16), sujeta a autorización administrativa y a las leyes de ordenación y planificación sanitaria para su funcionamiento tiene conferido por el artículo 103 de la Ley General de Sanidad (17) el cometido de custodiar, conservar y dispensar los medicamentos, por tanto, los empleados de la oficina de farmacia han de cumplir celosamente lo dispuesto en este artículo. Para un mejor cumplimiento de la ley será necesaria una formación de los empleados completa y adecuada sobre el medicamento y la regulación que lo envuelve.

Desde el punto de vista del servicio sanitario, el medicamento deja de ser prioritario para convertir en prioridad al paciente, motivo por el cual el personal de la oficina de farmacia ha de estar capacitado para hacer accesible al paciente la información necesaria sobre el medicamento que ha de tomar y, además, se valora de manera muy positiva la capacidad del

personal para empatizar con los problemas de los pacientes pues ello redunda en un servicio de mayor calidad para el enfermo. El carácter sanitario de la oficina de farmacia, según el artículo 1 de la Ley de Regulación de Servicios en Oficinas de Farmacia (16), la hace partícipe de los programas de formación desarrollados en la Administración Pública, como afirma el artículo 18 de la Ley General de Sanidad[127]:

"Las Administraciones Públicas, a través de sus Servicios de Salud y de los Órganos competentes en cada caso, desarrollarán las siguientes actuaciones:

> *10. La mejora y adecuación de las necesidades de la formación del personal al servicio de la organización sanitaria."*

La Administración Sanitaria será la encargada de velar por la mejora de la formación del personal sanitario y de delegar esta responsabilidad formativa en el farmacéutico titular de la oficina de farmacia que ejerce como empleador. En capítulos posteriores se revisaran las capacidades/necesidades de/del personal en la oficina de farmacia que se revelan en la Ley General de Sanidad de 1986 (1) como las Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas del personal en la oficina de farmacia.

La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (2) establece acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias como medio para asegurar a los ciudadanos el derecho a la protección de la salud, con el objetivo común de garantizar la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud. El artículo 2 de la misma[128] dispone, dentro de los principios generales, que será de obligado cumplimiento la colaboración de las oficinas de farmacia con el Sistema Nacional de Salud en el desempeño de la prestación farmacéutica. Para ello define en el artículo 16[129] la prestación farmacéutica como aquella que "*comprende los medicamentos y productos sanitarios y el conjunto de actuaciones encaminadas a que los pacientes los reciban de forma adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis precisas según sus requerimientos individuales, durante el período de tiempo adecuado y al menor coste posible para ellos y la comunidad. Esta prestación se regirá por lo dispuesto en la Ley 25/1990, de 20 de diciembre,*

[127] *Locus cit.* en nota 1, p.15210.
[128] *Locus cit.* en nota 2, p.20571.
[129] *Locus cit*. en nota 2, p.20573

del Medicamento, y por la normativa en materia de productos sanitarios y demás disposiciones aplicables".

El capítulo II de la Ley 16/2003 (2), dedicado a " la Farmacia", define la organización y el ejercicio de las competencias del Estado en materia de farmacia, siendo estas: evaluación, registro, autorización, vigilancia y control de los medicamentos de uso humano y veterinario y de los productos sanitarios, así como la decisión sobre su financiación pública y la fijación del precio correspondiente, en los términos previstos en la Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento (103), sin perjuicio de las competencias ejecutivas de las comunidades autónomas. Dentro del ejercicio de las competencias del Estado, tal y como se afirma en el artículo 31[130], el *"Ministerio de Sanidad y Consumo junto con Comunidades Autónomas, acometerá acciones encaminadas al uso racional del medicamento que comprenderán entre otras:*

b. *[…] Programas de formación continua de los profesionales, que les permita una constante incorporación de conocimientos sobre nuevos medicamentos y la actualización sobre la eficacia y efectividad de éstos."*

Este aspecto de la ley tiene especial relevancia sobre el personal de la oficina de farmacia que de manera cotidiana ha de enfrentarse a los retos que le plantea la actualización del conocimiento científico sobre los nuevos medicamentos de manera que puedan afrontar las dudas planteadas por los pacientes acerca de su posología, eficacia, interacciones, reacciones adversas, etc...

La colaboración con las oficinas de farmacia que plantea la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (2) se centra en el desempeño de la prestación farmacéutica a fin de garantizar el uso racional del medicamento. Para ello propone que los farmacéuticos actúen coordinadamente con los médicos y otros profesionales sanitarios. Aprovechando el marco de la Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento (103), el Ministerio de Sanidad y Consumo, hoy Ministerio de Sanidad y Política Social, previo acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, establece los criterios generales y comunes para el desarrollo de la colaboración de las oficinas de farmacia, por medio de conciertos que garanticen a los ciudadanos la dispensación en condiciones de igualdad efectiva en todo el territorio nacional, independientemente de su Comunidad Autónoma de residencia. A este

[130] *Locus cit*. en nota 103, p.38234.

respecto, se han suscitado dudas tras la implantación de las leyes de ordenación farmacéutica de las distintas Comunidades Autónomas y en especial con uno de los temas propuestos por la Ley de Cohesión y Calidad (2) en su artículo 33[131], como es la implantación de la receta electrónica donde han participado la Administración Sanitaria Estatal, la Administración Sanitaria Periférica, las organizaciones colegiales médica y farmacéutica y los propios profesionales sanitarios, pues al no haber acuerdo intercomunitario cada una de las Comunidades Autónomas ha desarrollado su propio sistema de receta electrónica no siendo reconocidos estos sistemas en otras Comunidades Autónomas, aunque tengan un sistema de dispensación electrónico a través de la e-receta. La implantación de la receta electrónica obliga a definir los datos básicos de farmacia propiciando la gestión óptima por medios informáticos de la información necesaria del tratamiento del paciente para el desempeño de las actividades propias de los servicios de farmacia y la colaboración con las estructuras asistenciales del Sistema Nacional de Salud, ajustándose a lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal[132], y a las especificaciones establecidas por los servicios de salud de las Comunidades Autónomas. El Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación[133], en su capítulo IV, dedicado a la receta electrónica oficial en el Sistema Nacional de Salud, pretende coordinar la e-receta en todo el territorio nacional como se especifica en el artículo 7[134], sirviendo este capítulo como garante de la prestación sanitaria igualitaria en todo el territorio español.

A nivel de oficina de farmacia, la implantación de la receta electrónica ha tenido un coste importante tanto monetario como de personal pues ha sido necesario adaptar los equipos para posibilitar la dispensación a través de receta electrónica y formar al personal para poder emplear estos nuevos sistemas. Un coste asumido en su totalidad por las farmacias que ha generado muchas fricciones con los Colegios Oficiales de Farmacéuticos de las distintas autonomías donde si está operativa la receta electrónica, fricciones independientes pero añadidas a las suscitadas por el mal funcionamiento de la propia receta electrónica. Además, el protagonismo que la receta electrónica da al titulado se prevé cambie los roles profesionales dentro de la oficina de farmacia. El cambio en el protocolo de trabajo en la oficina de farmacia viene condicionado por la implantación de la e-receta y el acceso al historial

[131] *Locus cit.* en nota 2, p.20576.
[132] Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. BOE nº298, de 14-12-1999, p.43088-43099.
[133] Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación. BOE nº 17, 20-01-2011, p.6306-6329.
[134] *Ibídem*, p.6312.

farmacoterapéutico del paciente pudiendo implicar una reconversión de las labores diarias del auxiliar pues será el farmacéutico el encargado, responsable y garante de realizar la dispensación y el acceso al historial del paciente estableciéndose un trato directo mucho más intenso farmacéutico-paciente.[135]

En cuanto a la planificación y formación de los recursos humanos del Sistema Nacional de Salud, serán de aplicación a la oficina de farmacia los principios generales establecidos en el artículo 34 de la citada Ley de Cohesión y Calidad (2) en que se ordena que la formación y el desarrollo de la competencia técnica de los profesionales deben orientarse a la mejora de la calidad del Sistema Nacional de Salud[136]; promoviendo para ello la colaboración ente las Administraciones públicas competentes con las universidades, las sociedades científicas y las organizaciones profesionales y sindicales en el sentido de generar una estructura asistencial dentro del sistema sanitario que pueda ser utilizada en la docencia pre-graduada, post-graduada y continuada de los profesionales; y facilitando a su vez la revisión permanente de las enseñanzas y de la metodología educativa en el campo sanitario, para la mejor adecuación de los conocimientos profesionales a la evolución científica y técnica y a las necesidades sanitarias de la población y la actualización permanente de conocimientos, orientada a mejorar la calidad del proceso asistencial y garantizar la seguridad del usuario.

Para ello, se creó una Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud, cuya misión es planificar, diseñar programas de formación y modernizar los recursos humanos del Sistema Nacional de Salud que a su vez es la encargada de definir los criterios básicos de evaluación de las competencias de los profesionales sanitarios (sin perjuicio de las Comunidades Autónomas). La formación continuada del personal sanitario se regirá por los criterios comunes establecidos por las Administraciones públicas para ordenar las actividades de formación continuada. Según el artículo 38[137], *"los criterios comunes serán adoptados en el seno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Sin perjuicio de lo anterior, el Ministerio de Sanidad y Consumo y los órganos competentes de las comunidades autónomas podrán delegar las funciones de gestión y acreditación de la formación continuada en otras corporaciones o instituciones de derecho público, de conformidad con la ley."* Sin embargo, la formación profesional dependerá de la colaboración establecida entre la Comisión de Recursos

[135] CORREO FARMACÉUTICO. Semana del 13 al 19 de octubre de 2009. Disponible en: http://www.correofarmaceutico.com/2009/10/12/al-dia/profesion/el-informe-apoya-la-idea-de-promover-una-carrera-profesional. 7-11-2010.
[136] *Locus cit*. en nota 2, p.20576.
[137] *Ibídem*, p.20577.

Humanos y el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte, hoy de Educación, para la adecuación de las necesidades de salud de la población a los estudios de formación profesional y "con el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales en relación con la formación ocupacional en el ámbito de las ciencias de la salud".

III.3.2. NORMATIVAS ESPECÍFICAS DEL AMBITO FARMACÉUTICO: LEY DEL MEDICAMENTO Y OTRAS

III.3.2.1. LEY 25/1990, DE 20 DE DICIEMBRE, DEL MEDICAMENTO (103)

España en la dinámica mundial al establecer en el artículo 43.1º de la Constitución Española (15) el derecho a la protección a la salud y señalar como competencia exclusiva del Estado en su artículo 149.1.16º las bases (123) y coordinación general de la sanidad y la legislación sobre productos farmacéuticos que contiene en sí misma la piedra angular en que apoyar la estructura del Sistema Nacional de Salud y, a partir de esa estructura base, gestionar todo el entorno de la salud dentro del cual se engloba el medicamento y todo lo que él conlleva: investigación y desarrollo (I+D), registro, comercialización, distribución, dispensación, farmacovigilancia, etc… Para encauzar todos estos aspectos se promulgó en 1990 la Ley del Medicamento (103), cuyo objetivo primordial era contribuir a la existencia de medicamentos seguros, eficaces y de calidad, correctamente identificados y con información apropiada.

Uno de los aspectos más importantes de la Ley del Medicamento (103), y que conciernen de manera directa al farmacéutico y a la oficina de farmacia, es el "uso racional de los medicamentos". La Ley del Medicamento dedica todo el Título VI[138] al establecimiento de una serie de normas y principios sobre el uso racional de los medicamentos de acuerdo con la última orientación de las normativas internacionales. Este tratamiento se hace teniendo presente siempre que, en cuanto al uso racional de los medicamentos, deben garantizarse las condiciones de igualdad básica en el derecho a la protección de la salud proclamado en el artículo 43 de la Constitución (15) ya mencionado. Es preciso tener en cuenta que bajo la denominación genérica de uso racional de los medicamentos, concepto consagrado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1985[139], se engloban en la actualidad todas

[138] Locus cit. en nota 103, p.38240-38242.

[139] ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1985)Resolución WHA39.27. Asamblea Mundial de la Salud (Nairobi). El uso racionalmente los medicamentos se define como un proceso en el que «los pacientes

aquellas actividades que van destinadas no sólo a una adecuada utilización por el paciente del medicamento sino también, y sobre todo, medidas reguladoras de la formación e información, condiciones, establecimientos, forma e instrumentos de dispensación tanto al público como en centros de atención sanitaria y formas de posible financiación pública de los medicamentos, afectando de manera directa al ejercicio profesional del farmacéutico en la oficina de farmacia en su papel de garante del uso racional del medicamento. Por este motivo, la Ley del Medicamento (103), partiendo de la consideración de que es un principio básico de salud el de disponer de estructuras de soporte técnico para la participación y colaboración de los profesionales sanitarios, adecuadamente formados en el uso racional de los medicamentos va a potenciar los programas de formación universitaria y continuada de farmacología y farmacia clínica (artículo 84.1[140]), así como el desarrollo de un sistema de información de medicamentos accesible a los profesionales de la salud a la vez que impone las normas que han de regir la información y promoción dirigida a los profesionales sanitarios desde los laboratorios.

Con la Ley del Medicamento se pretendió dotar a la sociedad española de un instrumento institucional que le permitiera esperar que los problemas relativos a los medicamentos fueran abordados de manera eficaz. Para ello abogaba por el **"empoderamiento"** de todos aquellos agentes sociales que se ven involucrados en su manejo (industria farmacéutica, profesionales sanitarios, poderes públicos, e incluso los propios ciudadanos) y confía en que esta **"capacitación"** de la sociedad con respecto al uso/manejo del medicamento y de los problemas relacionados con los medicamentos proporcionaran una resolución eficaz de los mismos.

La Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento (103), entre sus disposiciones generales, recogidas en el título primero de la misma, señalaba:

reciben los fármacos apropiados para sus necesidades clínicas, a las dosis ajustadas a su situación particular, durante un periodo adecuado de tiempo y al mínimo coste posible para ellos y para la comunidad.». Esta definición se formuló en la Conferencia de Expertos sobre Uso Racional de los Medicamentos, celebrada en Nairobi en 1985, de la que el Director General preparó un resumen que formó la base de la estrategia revisada en materia de medicamentos aprobada por la Asamblea de la Salud en su resolución WHA39.27, noviembre de 1985.

[140] Locus cit. en nota 103, p.38240.

"Artículo 1. Ámbito de aplicación de la Ley.

1. *La Ley regula, en el ámbito de competencias que corresponden al Estado, la fabricación, elaboración, control de calidad, circulación, distribución, régimen de precios, comercialización, información y publicidad, importación, exportación, almacenamiento, prescripción, dispensación, evaluación, autorización y registro de los medicamentos de uso humano y veterinario, así como la ordenación de su uso racional y la intervención de estupefacientes y psicótropos. La regulación también se extiende a las sustancias, excipientes y materiales utilizados para su fabricación, preparación o envasado.*
2. *Asimismo, regula la actuación de las personas físicas o jurídicas en cuanto intervienen en la circulación industrial o comercial de los medicamentos o que por su titulación profesional puedan garantizarlos, controlarlos, recetarlos o dispensarlos.*
3. *Igualmente y dentro del ámbito de competencias que corresponden al Estado, la presente Ley regula los principios, normas, criterios y exigencias básicas sobre la eficacia, seguridad y calidad de los productos sanitarios y de higiene personal."*

Como puede observarse, el punto 2 del artículo 1[141] se estipula que entre las competencias del Estado se encuentra la de regular las actuaciones profesionales de los profesionales encargados de dispensar medicamentos, es decir, de los farmacéuticos.

Por su parte, el artículo 3[142], en su punto 1, disponía que las oficinas de farmacia "*[…] están obligadas a suministrar o a dispensar los medicamentos que se les soliciten en las condiciones legal y reglamentariamente establecidas"* y en su punto 5 que *"la custodia, conservación y dispensación de medicamentos de uso humano corresponderá:*

- *A las oficinas de farmacia abiertas al público legalmente autorizadas*
- *A los servicios de farmacia de los Hospitales, de los Centros de Salud y de las estructuras de atención primaria en los casos y según las condiciones que se establezcan de acuerdo con el artículo 103.1 de la Ley General de Sanidad."*

[141] *Locus cit.* en nota 103, p.38230.
[142] *Ibídem*, p.38230-38231.

El ámbito de aplicación de la Ley del Medicamento (103) atañía pues de manera directa a la oficina de farmacia (y al personal de la misma) por su carácter custodio, conservador y dispensador de los medicamentos.

Dentro del Título VI (138), donde se abordaba el uso racional del medicamento, el capítulo III, dedicado al uso racional de medicamentos en la atención primaria a la salud, sintetizaba el papel de las oficinas de farmacias con respecto al uso racional de medicamentos. El artículo 88 (104) expone ampliamente los criterios a tener en cuenta por las administraciones sanitarias competentes a la hora de realizar la planificación farmacéutica:

"Artículo 88. Oficinas de farmacia.

1. *Las Administraciones sanitarias con competencias en ordenación farmacéutica realizarán la ordenación de las oficinas de farmacia, debiendo tener en cuenta los siguientes criterios:*
   a. *Planificación general de las oficinas de farmacia en orden a garantizar la adecuada asistencia farmacéutica.*
   b. *La presencia y actuación profesional del farmacéutico es condición y requisito inexcusable para la dispensación al público de medicamentos.*
   c. *Las exigencias mínimas materiales, técnicas y de medios suficientes que establezca el Gobierno con carácter básico para asegurar la prestación de una correcta asistencia sanitaria, sin perjuicio de las competencias que tengan atribuidas las Comunidades Autónomas en esta materia.*
   d. *Las oficinas de farmacia vienen obligadas a dispensar los medicamentos que se les demanden tanto por los particulares como por el Sistema Nacional de Salud en las condiciones reglamentarias establecidas.*
2. *A partir de un determinado volumen de actividad profesional se establecerá reglamentariamente la necesidad de farmacéuticos adicionales, además del titular o sustituto en su caso, por oficina de farmacia, respetando en todo caso las competencias que tengan atribuidas las Comunidades Autónomas en esta materia.*
3. *Por razones de emergencia y lejanía de la oficina de farmacia u otras circunstancias especiales que concurran en ciertos establecimientos podrá autorizarse, excepcionalmente, la creación de botiquines en las condiciones que reglamentariamente se determinen con carácter básico, sin perjuicio de las competencias que tengan atribuidas las Comunidades Autónomas en esta materia.*

4. *Las Administraciones Públicas velarán por la formación continuada de los farmacéuticos y la adecuada titulación y formación de los auxiliares y ayudantes técnicos de farmacia."*

El artículo 88 de la Ley del Medicamento (104) constituyó en su momento el pilar de la legislación farmacéutica española en lo referente al ejercicio profesional del farmacéutico y sus empleados en oficina de farmacia pues regula de manera directa las atribuciones del personal de la oficina de farmacia.

En primer lugar, ha de destacarse la necesidad de llevar a cabo una ordenación farmacéutica en función de la adecuada asistencia farmacéutica. Y para que esta asistencia cumpla los requisitos propuestos ha de exigirse la presencia y actuación del profesional farmacéutico que es el "experto en medicamentos" y el único capacitado para realizar la dispensación de éstos.

En segundo lugar, se contempla la necesidad de dotar a las oficinas de farmacia de medios materiales y humanos que satisfagan las necesidades mínimas establecidas por el Gobierno. Dentro de estos últimos se encuadra el personal de la oficina de farmacia, ya que sin él sería imposible realizar de una manera eficaz la asistencia y atención farmacéutica vinculada a cada dispensación de medicamentos. En el punto dos del artículo 88 (104) se dispone que las Comunidades Autónomas serán las encargadas de dictaminar a partir de qué volumen de actividad es necesaria la presencia de más de un farmacéutico en la oficina de farmacia. Por tanto, la contratación laboral de farmacéuticos por las oficinas de farmacia está regulada de manera indirecta por la Ley del Medicamento (103), incidiendo de forma característica en el panorama laboral del sector pues hace que el paro farmacéutico tenga unos niveles muy inferiores respecto a otros sectores en lo que a licenciados de ciencias de la salud se refiere. Cabe destacar que esta flexibilidad en la contratación de personal que puede exigir la Administración periférica también supuso una novedad importante dentro de la Ley del Medicamento (103), pues marca un cambio en los parámetros de contratación laboral en la oficina de farmacia a medida que van entrando en vigor las leyes de ordenación farmacéutica de cada Comunidad Autónoma.

Por último, ha de hacerse hincapié en la imperiosa necesidad de cualificación en el sector farmacéutico y en concreto, en la oficina de farmacia. De ella deriva el punto cuarto del artículo 88 (104) por el cual: "*Las Administraciones Públicas velarán por la formación continuada de los farmacéuticos y la adecuada titulación y formación de los auxiliares y*

ayudantes técnicos de farmacia." El trato directo con el público y los constantes avances científicos que experimenta el medicamento obliga tanto al farmacéutico titular de oficina de farmacia como a los técnicos y auxiliares a mantener sus conocimientos plenamente actualizados , pues hoy día la demanda de información por el paciente es cada vez mayor. Esta formación también es necesaria desde el plano asistencial pues los programas de atención farmacéutica se están realizando cada vez con mayor frecuencia en las oficinas de farmacia y hacen necesario un alto nivel de conocimientos sobre el medicamento, en especial sobre farmacología, farmacovigilancia, problemas relacionados con el uso de medicamentos, reacciones adversas, etc… Otra línea que ha de promoverse dentro de la formación del personal de oficina de farmacia es el uso racional de medicamentos, que junto con la farmacoeconomía aplicada, son dos retos formativos del panorama sanitario español.

III.3.2.2. REAL DECRETO 909/1978, DE 14 DE ABRIL, POR EL QUE SE REGULA EL ESTABLECIMIENTO, TRANSMISIÓN O INTEGRACIÓN DE LAS OFICINAS DE FARMACIA [143]

En su exposición de motivos, el Real Decreto 909/1978 (143), enuncia:

"*Las circunstancias, finalidades e intereses legítimos que hoy concurren en la dispensación al público de especialidades farmacéuticas que, como misión fundamental y preceptiva, realizan las Oficinas de Farmacia, determinan y hacen aconsejable una modificación y actualización de las normas por las que se rigen la instalación y funcionamiento de dichos centros sanitarios. Sin perjuicio de que pueda elaborarse una normativa más completa sobre la Oficina de Farmacia, acorde con la estructura y funcionamiento del conjunto del sector sanitario, se ha estimado conveniente y oportuno adoptar algunas medidas tendentes a promocionar y prestigiar las funciones sanitarias y profesionales del Farmacéutico con Oficina de Farmacia abierta al público y a conseguir que el coste económico de la dispensación farmacéutica sea el mínimo y suficiente para un correcto servicio al público."*

En épocas pasadas, aún no muy lejanas, el prestigio de la profesión sanitaria se basaba en la calidad del servicio dado al paciente, visto este servicio como una relación interprofesional sanitario-paciente. El profesional sanitario, póngase por ejemplo al farmacéutico, establecía una relación directa con el enfermo que garantizaba el conocimiento de la historia clínica y la

[143] Real Decreto 909/1978, de 14 de Abril, por el que se regula el establecimiento, transmisión o integración de las Oficinas de Farmacia. BOE nº 106, 4-5-1978, p.104988-10499.

patología del paciente que, a su vez, permitía el tratamiento de la misma. El Real Decreto 909/1978 (143) recoge este espíritu pero con un afán modernizador pues pretende prestigiar las funciones sanitarias y profesionales del farmacéutico titular de oficina de farmacia a la vez que propone adecuar el coste económico de la dispensación farmacéutica para que sea el mínimo que permita un servicio de calidad. El personal de la oficina de farmacia es uno de los mayores costes fijos de la oficina de farmacia, por ese motivo, la optimización de los recursos humanos en la oficina de farmacia permite conseguir el objetivo fijado por el Real Decreto 909/1978 (143) en relación con los costes económicos de la dispensación.

Por otra parte, el artículo 1 del Real Decreto 909/1978[144] establece la necesidad de la presencia de un farmacéutico para la dispensación de medicamentos en las oficinas de farmacia, delimitando su responsabilidad en el ejercicio profesional:

> *"Artículo 1.*
>
> 1. *La presencia y actuación profesional del Farmacéutico es condición y requisito inexcusable para la dispensación al público de medicamentos y especialidades farmacéuticas.*
> 2. *La colaboración de ayudantes o auxiliares no excusa la actuación profesional del Farmacéutico en la oficina de Farmacia mientras permanezca abierta al público, ni excluye su plena responsabilidad.*
> 3. *La Dirección General de Ordenación Farmacéutica, previo informe del Consejo General de Colegios Farmacéuticos, determinarán los casos y circunstancias en que, al frente de una Oficina de Farmacia, deberá figurar más de un Farmacéutico."*

Atendiendo a lo estipulado en el artículo 1 (145), punto dos, del Real Decreto 909/1978, el farmacéutico titular es el responsable de las actuaciones profesionales que tengan lugar en la oficina de farmacia, tanto suyas como de cualquiera de sus empleados. Se convierte en una necesidad que las actuaciones profesionales sean precisas y eficaces, **actuaciones profesionales de las que el farmacéutico titular es cabeza visible aunque cuente con la inestimable ayuda de auxiliares y técnicos en farmacia**.

[144] *Locus cit.* en 143, p.10298.

III.3.2.3 LEY 16/1997, DE 25 DE ABRIL, DE REGULACIÓN DE SERVICIOS DE LAS OFICINAS DE FARMACIA (4)

Según la exposición de motivos de la Ley 16/1997, de Regulación de Servicios de las Oficinas de Farmacia (4) una de las cuestiones pendientes de reforma en la sanidad española es la ordenación de las oficinas de farmacia, calificándolas como establecimientos sanitarios en los que se dispensan los medicamentos a los pacientes, aconsejando e informando sobre su utilización, se elaboran fórmulas magistrales y preparados oficinales, y se colabora con los pacientes y con las Administraciones Públicas en el uso racional del medicamento y en diferentes servicios sanitarios de interés general. Tales establecimientos, en razón de la garantía sanitaria, están sometidos a una regulación establecida por diversas normas y en concreto por la Ley de Regulación de Servicios de Farmacia que define en su artículo 1(16)) la naturaleza de la oficina de farmacia y los servicios básicos ligados a la misma en los siguientes términos:

"Artículo 1: Definición y funciones de las oficinas de farmacia.

En los términos recogidos en la Ley 14/1986, General de Sanidad, de 25 de abril, y la Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento, las oficinas de farmacia son establecimientos sanitarios privados de interés público, sujetos a la planificación sanitaria que establezcan las Comunidades Autónomas, en las que el farmacéutico titular-propietario de las mismas, asistido, en su caso, de ayudantes o auxiliares, deberá prestar los siguientes servicios básicos a la población:

1. *La adquisición, custodia, conservación y dispensación de los medicamentos y productos sanitarios.*
2. *La vigilancia, control y custodia de las recetas médicas dispensadas.*
3. *La garantía de la atención farmacéutica, en su zona farmacéutica, a los núcleos de población, en los que no existan oficinas de farmacia.*
4. *La elaboración de fórmulas magistrales y preparados oficinales, en los casos y según los procedimientos y controles establecidos.*
5. *La información y el seguimiento de los tratamientos farmacológicos a los pacientes.*
6. *La colaboración en el control del uso individualizado de los medicamentos, a fin de detectar las reacciones adversas que puedan producirse y notificarlas a los organismos responsables de la farmacovigilancia.*

7. *La colaboración en los programas que promuevan las Administraciones sanitarias sobre garantía de calidad de la asistencia farmacéutica y de la atención sanitaria en general, promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad y educación sanitaria.*
8. *La colaboración con la Administración sanitaria en la formación e información dirigidas al resto de profesionales sanitarios y usuarios sobre el uso racional de 1os medicamentos y productos sanitarios.*
9. *La actuación coordinada con las estructuras asistenciales de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas.*
10. *La colaboración en la docencia para la obtención del título de Licenciado en Farmacia, de acuerdo con lo previsto en las Directivas Comunitarias, y en la normativa estatal y de las Universidades por las que se establecen los correspondientes planes de estudio en cada una de ellas.*

Al hilo de lo dispuesto por el artículo 1 (16) de la Ley de Regulación de Servicios de Oficinas de Farmacia cabe preguntarse si es factible que el titular-propietario, asistido por auxiliares o colaboradores sea capaz de desempeñar materialmente los servicios básicos propuestos y combinar todos ellos con la burocracia que genera la faceta de propietario (empresario). En virtud de la Ley 16/1997 (4) los servicios básicos propuestos garantizan un servicio farmacéutico de calidad, a ello ha de unirse todo lo dispuesto sobre presencia y actuación profesional, descrito en el artículo 5 (18), que como se verá a continuación, estipula como requisito indispensable la presencia del farmacéutico titular:

"Artículo 5. Presencia y actuación profesional.

1. *La presencia y actuación profesional de un farmacéutico es condición y requisito inexcusable para la dispensación al público de medicamentos.*
2. *La colaboración de ayudantes o auxiliares no excusa la actuación de farmacéutico en la oficina de farmacia, mientras permanezca abierta al público, ni excluye su responsabilidad profesional.*
3. *Las Comunidades Autónomas podrán regular el número mínimo de farmacéuticos adjuntos, que, además del titular, deban prestar servicios en las oficinas de farmacia al objeto de garantizar la adecuada asistencia profesional a los usuarios. Esta regulación deberá tener en cuenta, entre otros factores, el volumen y tipo de actividad de las oficinas de farmacia y el régimen de horario de los servicios.*

4. *Sin perjuicio de la actuación del adjunto, el farmacéutico titular será responsable de garantizar el servicio a los usuarios."*

Del artículo 5 (15) de la Ley 16/1997 derivan muchas de las peculiaridades de la contratación laboral en la oficina de farmacia, pues reitera la necesidad de la presencia del farmacéutico titular en la dispensación, atribuye al farmacéutico titular la responsabilidad derivada de las actuaciones profesionales de sus empleados incluidas las de los farmacéuticos adjuntos y regula la presencia de estos últimos como empleados de la oficina de farmacia en función del volumen y el tipo de actividad de la oficina de farmacia y del régimen horario de la misma. Algunos juristas manifiestan sus dudas en lo que respecta a la determinación de qué farmacéutico es el obligado a garantizar la calidad del servicio que se presta en las oficinas de farmacia donde a demás de el farmacéutico titular trabajen más farmacéuticos.[145]

Para asegurar a la población el acceso permanente al medicamento, las 24 horas del día, se dispone de un marco regulador estatal y autonómico. La Ley 16/1997, de 25 de abril, de Regulación de Servicios de las Oficinas de Farmacia (4) establece que las oficinas de farmacia prestarán sus servicios en régimen de libertad y flexibilidad, sin perjuicio del cumplimiento de los horarios oficiales[146] y normas sobre guardias, vacaciones, urgencias y demás circunstancias derivadas de la naturaleza de su servicio, fijadas por las Comunidades Autónomas, al objeto de garantizar la continuidad de la asistencia. Igualmente establece que las disposiciones que adopten las Comunidades Autónomas en esta materia tendrán el carácter de mínimos, permitiéndose, en consecuencia, el funcionamiento de estos establecimientos en horarios por encima de los mínimos oficiales. Los establecimientos que realicen jornadas u horarios por encima de los mínimos establecidos deberán comunicarlo, con carácter previo, a la Comunidad Autónoma y deberán mantener con continuidad dicho régimen, en los términos en que la autoridad sanitaria les indique.

Las Comunidades Autónomas han aprobado sus correspondientes normativas en las que quedan perfectamente especificadas las condiciones de los horarios ordinarios de atención al público, la ampliación del horario ordinario y los servicios de urgencia. Con carácter general, el procedimiento que se sigue para la organización de los servicios de urgencia, parte de una propuesta de los Colegios Oficiales de Farmacéuticos situados en cada una de las provincias

[145] FARMACIA PROFESIONAL. Vol. 23, nº 3. Mayo-Junio 2009.
[146] CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS (2009) Horarios y guardias de las oficinas de farmacia en España.

españolas, que son presentadas a las Delegaciones Provinciales de las Consejerías de Salud. Tras el estudio y consideración de las propuestas presentadas, se notifican a los Colegios Oficiales de Farmacéuticos las decisiones oficiales que resultan finalmente aprobadas para que, a su vez, se ocupen de notificarlas a todas las oficinas de farmacia de la provincia. Ver tabla 1a y 1b.

NORMATIVA AUTONÓMICA DE HORARIOS DE SERVICIO Y GUARDIAS DE LAS OFICINAS DE FARMACIA	
ANDALUCÍA	Ley 22/2007, de 18 de diciembre, de Farmacia de Andalucía. Artículo 27. Decreto 116/1997, de 15 de Abril, (BOJA nº 57, 17-5-1997), modificado por Decreto 262/97, de 4 de noviembre (BOJA nº 137, 25-11-1997), por el que se regulan las jornadas y horarios de las Oficinas de Farmacia, Artículo 6, artículo 9, artículo 13, artículo 14, artículo 15 y artículo 16.
ARAGÓN	Ley 4/1999, de 25 de Marzo, de Ordenación Farmacéutica para Aragón. Artículo 9. Decreto 38/2001, de 13 de Febrero (BOA nº 26, de 2-3-2001) (corrección de errores BOA 6-04-2001), del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el reglamento por el que se regulan las condiciones y procedimientos para la apertura, transmisión, traslado, funcionamiento, modificación y cierre de las oficinas de farmacia y botiquines. Artículo 47, artículo 48, artículo 52 y artículo 53.
CANARIAS	Ley 4/2005, de 13 de julio, de Ordenación Farmacéutica de Canarias. Artículo 50 y artículo 51. Orden de 19 de junio de 1998, (BOC nº 77, de 24-6-1998). Artículo 1.
CANTABRIA	Ley 7/2001, de 19 de diciembre, de Ordenación Farmacéutica de Cantabria. Artículo 17. Decreto 15/1998, de 24 de febrero, (BOC nº 45, de 4-3-1998), de ordenación de las oficinas de farmacia. Artículo 10, artículo 11 y artículo 12.
CASTILLA-LA MANCHA	Ley 5/2005, de 27-06-2005, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha. Artículo 18. Decreto 227/04, de 22 de junio, de horarios, servicios de urgencia y vacaciones de las oficinas de farmacia y botiquines. (DOCM nº 112, de 25-06-2004.Corrección de errores DOCM nº 142 de 6-08-2004). Artículo 2, artículo 3, artículo 4 y artículo 6.
CASTILLA Y LEÓN	Ley 13/2001, de 20 de diciembre, de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad de Castilla y León. Artículo 15. Orden de 2 de marzo de 1998, (BOCYL nº 47, de 10-03-1998) por la que se determinan los horarios mínimos oficiales de apertura, así como los criterios que deben regir para el establecimiento de guardias, urgencias y vacaciones de las Oficinas de Farmacia. Artículo 1, artículo 2, artículos 4 y artículo 5.
CATALUÑA	Ley 31/1991, de 13 de Diciembre, de Ordenación Farmacéutica de Cataluña. Artículo 2.4. Decreto 321/1996, de 1 de octubre (DOGC nº 2.264, de 4-10-1996), sobre horarios de atención al público, servicios de urgencia, vacaciones y cierre temporal voluntario de las Oficinas de Farmacia. Artículo 2, artículo 3, artículo 4, artículos 6, artículo 7 y artículo 8.
COMUNITAT VALENCIANA	Ley 6/1998, de 22 de Junio, de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad Valenciana. Artículo 32. Decreto 187/1997, de 17 de junio, (DOGV nº 3.020, de 24-06-1997). Artículo 3, artículo 4 y artículo 5. Orden de 26 de Junio de 2001, (DOGV nº 4.051, de 26-07-2001), por la que se desarrolla el Decreto 187/1997, de 17 de Junio, en lo referente a jornada, horarios ordinarios para oficinas de farmacia ubicadas en zonas turísticas, servicios de urgencia en casos especiales y localización de servicios de urgencia, y procedimiento para la realización de un horario superior al ordinario. Artículo 1, artículo 2 y artículo 3
EXTREMADURA	Ley 6/2006, de 9 de noviembre, de Farmacia de Extremadura. Artículo 21 y artículo 37. Decreto 293/2007, de 31 de agosto, por el que se regula el horario de atención al público y los servicios de urgencias de las oficinas de farmacia de la Comunidad Autónoma de Extremadura (DOE Nº 104, 6-09-2007). Artículo 2, artículo 3, artículo 4, artículo 5, artículo 6, artículo 7, artículo 8, artículo 9 y artículo 10.
GALICIA	La Ley 5/1999, de 21 de Mayo, de Ordenación Farmacéutica. Artículo 17. Decreto 342/1999, de 16 de Diciembre, (DOG nº 2, de 4-1-2000. Corrección de errores DOG nº 5, de 10-1-2000), modificado por el Decreto 311/2004, de 22 de diciembre, (DOG nº 254, de 31-12-2004). Artículo 2, artículo 3, artículo 4 y artículo 5.

Tabla 1a. Normativa autonómica de horarios y servicios de guardia de la oficina de farmacia. Elaboración propia.

ILLES BALEARS	Ley 7/1998, de 12 de noviembre, de Ordenación Farmacéutica de las Islas Baleares. Artículo 15. Decreto 92/2000, de 23 junio, (BOCAIB nº 83, de 6-7-2000) por el que se regula el horario mínimo y los servicios de urgencia en las oficinas de farmacia de las Illes Balears. Artículo 1, artículo 6, artículo 7 y artículo 9.
COMUNIDAD DE MADRID	Ley 19/1998, de 25 de Noviembre, de Ordenación y Atención Farmacéutica de la Comunidad de Madrid. Artículo 31. Decreto 259/2001, de 15 de noviembre, (BOCM nº 306, de 26-12-2001), por el que se establecen los horarios de atención al público, servicios de guardia y vacaciones de las oficinas de farmacia. Artículo 3, artículo 4, artículo 6, artículo 8, artículo 9, artículo 11, artículo 12 y artículo 13.
COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA	Ley Foral 12/2000, de 16 de Noviembre, de Atención Farmacéutica. Artículo 22.1. Decreto Foral 129/2003, de 26 de mayo, (BON nº 75, de 16-6-2003), por el que se establece el horario de atención al público, el servicio de guardia y el cierre temporal por vacaciones de las oficinas de farmacia. Artículo 2, artículo 3, artículo 4, artículo 5, artículo 8 y artículo 12.
PAÍS VASCO	Ley 11/1994, de 17 de Junio, de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad Autónoma del País Vasco. Artículo 8. Decreto 188/1997, de 29 de julio, (BOPV nº 155, de 18-8-1997), determina el horario ordinario de atención al público de las oficinas de farmacia. Artículo 1, artículo 4, artículo 5, artículo 9, artículo 10, artículo 11 y artículos 12.
PRINCIPADO DE ASTURIAS	Ley 1/2007, de 16 de marzo, de atención y ordenación farmacéutica. Artículo 3. Decreto 60/1997, de 4 de Septiembre, (BOPA nº 216, de 17-9-1997) sobre horarios, servicios de urgencia y vacaciones de las Oficinas de farmacia. Artículo 2, artículo 3, artículo 6, artículo 7 y artículo 9.
REGIÓN DE MURCIA	Ley 3/1997, de 28 de Mayo, de Ordenación Farmacéutica de la Región de Murcia. Artículo 15. Decreto 44/1998, de 16 de julio, (BORM nº 171, de 27-7-1998). Artículo 8, artículo 10, artículo 17 y artículo 19. Orden de 22 de diciembre de 2005 (BORM nº 7, de 10 de enero de 2.006) de la Consejería de Sanidad, por la que se concretan los turnos de urgencia diurnos que deben prestar las oficinas de farmacia de la Región de Murcia.
LA RIOJA	Ley 8/1998, de 16 de Junio, de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad Autónoma de La Rioja. Artículo 4.2. Decreto 14/1997, de 7 de marzo (BOR nº 30, 11-03-1997). Artículo 4, artículo 5, artículo 6, artículo 7, artículo 8, artículo 9 y artículo 11.
CIUDAD DE CEUTA	Reglamento regulador de las jornadas y horarios de las oficinas de farmacia, aprobado por el Pleno de la Asamblea de la Ciudad de Ceuta el día 1 de marzo de 2002 (BOCCE nº 4.095, de 15-3-2002). Artículo 3, artículo 4, artículo 5 y artículo 8.
CIUDAD DE MELILLA	Decreto 1.023/2007, de 15 de marzo, Reglamento Regulador de la planificación farmacéutica y de los procedimientos de autorización relativos a oficinas de farmacia en la Ciudad Autónoma de Melilla (BOME Nº 4383, 20-03-2007). Artículo 17, artículo 18, artículo 19, artículo 20 y artículo 21.

Tabla 1b. Normativa autonómica de horarios y servicios de guardia de la oficina de farmacia. Elaboración propia.

En resumen, el régimen horario de la oficina de farmacia se regula según el artículo 6 de la Ley de Regulación de Servicios de oficinas de farmacia[147], el cual delega la responsabilidad de fijar los horarios y los turnos de guardias en las Comunidades Autónomas, promoviendo un adecuado servicio farmacéutico. No obstante, cabe señalar que, en último grado, serán los Colegios Profesionales los verdaderos responsables de fijar los márgenes horarios y las guardias, puesto que las Comunidades Autónomas delegan en ellos esta responsabilidad.

Los horarios de las oficinas de farmacia son un punto legislativo controvertido pues afecta de manera directa a la conciliación laboral y familiar de los trabajadores de la oficina de farmacia. El ordenamiento farmacéutico español, estatal y autonómico, asegura la asistencia farmacéutica a la población las 24 horas del día. Las oficinas de farmacia pueden prestar sus servicios en régimen de libertad y flexibilidad, si bien, en razón de la garantía sanitaria, se

[147] *Locus cit.* en nota 4, 13452.

encuentran sometidas a regulación, de tal manera que la cobertura del servicio en el horario ordinario de atención, considerado como un horario de mínimos, se ve complementada con ampliaciones voluntarias del régimen de horarios y con servicios de guardia, diurnos y nocturnos, los días laborables y festivos. La mayoría de los titulares y propietarios de las farmacias situadas en el medio rural, fuera de sus horarios ordinarios, se encuentran permanentemente localizados, lo que asegura una accesibilidad de la población, prácticamente completa, a los servicios farmacéuticos. Es de resaltar que la dispensación de medicamentos, fuera del horario ordinario, es realizada sin coste adicional alguno, ni para los usuarios, ni para las administraciones sanitarias, circunstancia que difiere de otros países europeos, donde los usuarios deben abonar un importe complementario al precio de venta del medicamento que le resulta dispensado.

III.3.2.4. REAL DECRETO 1277/2003, DE 10 DE OCTUBRE, POR EL QUE SE ESTABLECEN LAS BASES GENERALES SOBRE AUTORIZACIÓN DE CENTROS, SERVICIOS Y ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS[148]

El Real Decreto por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos define a los "establecimientos sanitarios" como: "*conjunto organizado de medios técnicos e instalaciones en el que profesionales capacitados, por su titulación oficial o habilitación profesional, realizarán básicamente actividades sanitarias de dispensación de medicamentos o de adaptación individual de productos sanitarios".* El Real Decreto 1277/2003 (148) considera como establecimiento sanitario a las oficinas de farmacia, botiquines, ópticas, ortopedias y establecimientos de audioprótesis. Además, se califica a las oficinas de farmacia como: *"establecimientos sanitarios privados de interés público, sujetos a la planificación sanitaria que establezcan las Comunidades Autónomas, en las que el farmacéutico titular-propietario de aquellas, asistido, en su caso de ayudantes o auxiliares, debe prestar a la población los servicios básicos recogidos en el artículo 1 de la Ley 16/1997, de 25 de Abril, de Regulación de los Servicios de las Oficinas de Farmacia."*

Estas definiciones retoman el impulso dado por la Ley del Medicamento (103) y confirman todo lo expuesto sobre la dualidad público-privada de las oficinas de farmacia. En ellas

[148] Real Decreto 1277/2003, de 10 de Octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios. BOE nº 254, 23-10-2003, p37893-38902.

también se perfila la composición de la plantilla laboral de la oficina de farmacia, poniendo al frente de ella a un farmacéutico titular que tendrá bajo su tutela a ayudantes y auxiliares.

III.3.2.5. LEY 44/2003, DE 21 DE NOVIEMBRE, DE ORDENACIÓN DE LAS PROFESIONES SANITARIAS (19)

La ley 44/2003 (19) regula los aspectos básicos de las profesiones sanitarias tituladas en lo que se refiere a su ejercicio por cuenta propia o ajena, a la estructura general de la formación de los profesionales, al desarrollo profesional de estos y a su participación en la planificación y la ordenación de las profesiones sanitarias. Así mismo establece los registros de profesionales que permitan hacer efectivo los derechos de los ciudadanos respecto a las prestaciones sanitarias y la adecuada planificación de los recursos humanos del sistema de salud. Las disposiciones de esta ley son aplicables tanto si la profesión se ejerce en los servicios sanitarios públicos como en el ámbito de la sanidad privada.

El artículo 2[149] recoge los requisitos para considerar una profesión sanitaria y los grupos en los que se estructuran:

> **"***Artículo 2. Profesiones sanitarias tituladas.*
>
> 1. *De conformidad con el artículo 36 de la Constitución, y a los efectos de esta Ley, son profesiones sanitarias, tituladas y reguladas, aquellas cuya formación pre-graduada o especializada se dirige específica y fundamentalmente a dotar a los interesados de los conocimientos, habilidades y actitudes propias de la atención de salud, y que están organizadas en colegios profesionales oficialmente reconocidos por los poderes públicos, de acuerdo con lo previsto en la normativa específicamente aplicable.*
> 2. *Las profesiones sanitarias se estructuran en los siguientes grupos:*
> 3. *De nivel Licenciado: las profesiones para cuyo ejercicio habilitan los títulos de Licenciado en Medicina, en Farmacia, en Odontología y en Veterinaria y los títulos oficiales de especialista en Ciencias de la Salud para Licenciados a que se refiere el título II de esta Ley.*
> 4. *De nivel Diplomado: las profesiones para cuyo ejercicio habilitan los títulos de Diplomado en Enfermería, en Fisioterapia, en Terapia Ocupacional, en Podología, en*

[149] *Locus cit*. en nota 19, p.41444.

Óptica y Optometría, en Logopedia y en Nutrición Humana y Dietética y los títulos oficiales de especialista en Ciencias de la Salud para tales Diplomados a que se refiere el título II de esta Ley.

5. *Cuando así resulte necesario, por las características de la actividad, para mejorar la eficacia de los servicios sanitarios o para adecuar la estructura preventiva o asistencial al progreso científico y tecnológico, se podrá declarar formalmente el carácter de profesión sanitaria, titulada y regulada, de una determinada actividad no prevista en el apartado anterior, mediante norma con rango de ley.*
6. *Conforme a lo establecido en la Ley 10/1986, de 17 de marzo, sobre odontólogos y otros profesionales relacionados con la salud dental, tienen carácter de profesión sanitaria la de protésico dental y la de higienista dental.*
7. *En las normas a que se refiere el apartado 3, se establecerán los procedimientos para que el Ministerio de Sanidad y Consumo expida, cuando ello resulte necesario, una certificación acreditativa que habilite para el ejercicio profesional de los interesados."*

El artículo 2 de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (149) define al farmacéutico como profesional de formación pre-graduada o especializada dotada de conocimientos, habilidades o actitudes dirigidas a la atención de la salud, debiendo pertenecer en calidad de profesional sanitario de nivel licenciado como miembro colegiado de cualquiera de los Colegios Oficiales de Farmacéuticos. La figura del titular presenta una serie de características derivadas del carácter administrativo de la titularidad de la oficina de farmacia, pero intrínsecamente es un profesional sanitario de nivel licenciado cuya formación pre-graduada especializada se ha dirigido específica y fundamentalmente a dotar al farmacéutico de los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para entrar a formar parte de la familia profesional sanitaria encargada de los cuidados de la salud.

Si se profundiza en esta norma el artículo 6[150] da una definición exacta sobre qué es un farmacéutico y cuál es su cometido:

"Artículo 6. Licenciados sanitarios.

1. *Corresponde, en general, a los Licenciados sanitarios, dentro del ámbito de actuación para el que les faculta su correspondiente título, la prestación personal directa que sea necesaria en las diferentes fases del proceso de atención integral de salud y, en su*

[150] *Locus cit*. en nota 19, p.41445.

caso, la dirección y evaluación del desarrollo global de dicho proceso, sin menoscabo de la competencia, responsabilidad y autonomía propias de los distintos profesionales que intervienen en el mismo.

2. *Sin perjuicio de las funciones que, de acuerdo con su titulación y competencia específica corresponda desarrollar a cada profesional sanitario ni de las que puedan desarrollar otros profesionales, son funciones de cada una de las profesiones sanitarias de nivel de Licenciados las siguientes:*
   a. *Médicos: corresponde a los Licenciados en Medicina la indicación y realización de las actividades dirigidas a la promoción y mantenimiento de la salud, a la prevención de las enfermedades y al diagnóstico, tratamiento, terapéutica y rehabilitación de los pacientes, así como al enjuiciamiento y pronóstico de los procesos objeto de atención.*
   b. *Farmacéuticos: corresponde a los Licenciados en Farmacia las actividades dirigidas a la producción, conservación y dispensación de los medicamentos, así como la colaboración en los procesos analíticos, farmacoterapéuticos y de vigilancia de la salud pública.*
   c. *Dentistas: corresponde a los Licenciados en Odontología y a los Médicos Especialistas en Estomatología, sin perjuicio de las funciones de los Médicos Especialistas en Cirugía Oral y Maxilofacial, las funciones relativas a la promoción de la salud buco-dental y a la prevención, diagnóstico y tratamiento señalados en la Ley 10/1986, de 17 de marzo, sobre odontólogos y otros profesionales relacionados con la salud bucodental.*
   d. *Veterinarios: corresponde a los Licenciados en Veterinaria el control de la higiene y de la tecnología en la producción y elaboración de alimentos de origen animal, así como la prevención y lucha contra las enfermedades animales, particularmente las zoonosis, y el desarrollo de las técnicas necesarias para evitar los riesgos que en el hombre pueden producir la vida animal y sus enfermedades.*
3. *Son, también, profesionales sanitarios de nivel Licenciado quienes se encuentren en posesión de un título oficial de especialista en Ciencias de la Salud establecido, conforme a lo previsto en el artículo 19.1 de esta Ley, para psicólogos, químicos, biólogos, bioquímicos u otros licenciados universitarios no incluidos en el número anterior.*

   Estos profesionales desarrollarán las funciones que correspondan a su respectiva titulación, dentro del marco general establecido en el artículo 16.3 de esta Ley.

4. *Cuando una actividad profesional sea declarada formalmente como profesión sanitaria, titulada y regulada, con nivel de Licenciado, en la correspondiente norma se enunciarán las funciones que correspondan a la misma, dentro del marco general previsto en el apartado 1 de este artículo."*

Las funciones del Licenciado en Farmacia dentro de la oficina de farmacia pueden encuadrarse dentro de la producción de medicamentos siempre que sea a través de la elaboración de fórmulas magistrales o preparados oficinales, la conservación y la dispensación tanto de medicamentos como de fórmulas o preparados así como la colaboración en los procesos analíticos, farmacoterapéuticos y de vigilancia de la salud pública reseñados por la Ley 44/2003 (19).

Las competencias de los profesionales sanitarios con títulos de formación profesional también están recogidas en la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (19), en concreto en el artículo 3[151]:

"Artículo 3. Profesionales del área sanitaria de formación profesional.

1. *De conformidad con el artículo 35.1 de la Constitución, son profesionales del área sanitaria de formación profesional quienes ostentan los títulos de formación profesional de la familia profesional sanidad, o los títulos o certificados equivalentes a los mismos.*
2. *Los profesionales del área sanitaria de formación profesional se estructuran en los siguientes grupos:*
   a. *De grado superior: quienes ostentan los títulos de Técnico Superior en Anatomía Patológica y Citología, en Dietética, en Documentación Sanitaria, en Higiene Bucodental, en Imagen para el Diagnóstico, en Laboratorio de Diagnóstico Clínico, en Ortoprotésica, en Prótesis Dentales, en Radioterapia, en Salud Ambiental y en Audioprótesis.*
   b. *De grado medio: quienes ostentan los títulos de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería y en Farmacia.*
3. *Tendrán, asimismo, la consideración de profesionales del área sanitaria de formación profesional los que estén en posesión de los títulos de formación*

[151] *Locus cit.* en nota p.41444.

profesional que, en la familia profesional sanidad, establezca la Administración General del Estado conforme a lo previsto en el artículo 10.1 de la Ley Orgánica 5/2002, de 19 de junio, de las Cualificaciones y de la Formación Profesional.

4. *Los técnicos superiores y técnicos a los que se refiere este artículo ejercerán su actividad profesional sanitaria de acuerdo con las normas reguladoras de la formación profesional, de sus distintos niveles formativos y de su concreta titulación, en el marco del respeto a la competencia profesional, responsabilidad y autonomía propias de las profesiones sanitarias contempladas en los artículos 6 y 7 de esta Ley.*
5. *Las Administraciones sanitarias establecerán, en los casos en que resulte procedente, los modelos para la integración e incorporación de los técnicos superiores y técnicos a que se refiere este artículo y de sus actividades profesionales sanitarias a los centros y establecimientos dependientes o adscritos a tales Administraciones, y regularán los sistemas de formación continuada y de desarrollo de éstos".*

El artículo 3 de la Ley 44/2003 (150) fue objetivo prioritario en la negociación y entrada en vigor del Convenio Colectivo para Farmacias 2003-2006[152], pues en él se especifican los títulos que han de tener los auxiliares de farmacia y aboga por la introducción de modificaciones en el modelo tradicional de plantilla laboral de la oficina de farmacia. Este aspecto se tratará específicamente a lo largo del presente capítulo.

III. 3.2.6. LEY 29/2006, DE GARANTÍAS Y USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS (3).

La Ley 29/2006, de Garantías y Uso Racional de Medicamentos y Productos Sanitarios (3) establece como ámbito de aplicación las competencias que corresponden al Estado en lo relativo a los medicamentos de uso humano y productos sanitarios. Asimismo, regula la actuación de las personas físicas o jurídicas en cuanto intervienen en la circulación industrial o comercial y en la prescripción o dispensación de los medicamentos y productos sanitarios.

[152] Resolución de 16 de junio de 2004, de la Dirección General de Trabajo, por la que se dispone la inscripción en el registro y publicación del Convenio Colectivo para Farmacias, para los años 2003 a 2006.BOE nº 161, 5-07-2004, p.24804-24813.

En su Título VI, capítulo IV[153], "Del uso Racional de Medicamentos en las Oficinas de Farmacia" dispone cómo ha de realizarse la dispensación de medicamentos de manera coherente con el uso racional del medicamento deteniéndose en el artículo 84[154] en la naturaleza de la oficina de farmacia y en las definición de las actividades ligadas a la dispensación enfocada al uso racional de medicamentos. En concreto, en este artículo se dispone que:

1. *"En las oficinas de farmacia, **los farmacéuticos**, como responsables de la dispensación de medicamentos a los ciudadanos, velarán por el cumplimiento de las pautas establecidas por el médico responsable del paciente en la prescripción, y cooperarán con él en el seguimiento del tratamiento a través de los procedimientos de atención farmacéutica, contribuyendo a asegurar su eficacia y seguridad. Asimismo participarán en la realización del conjunto de actividades destinadas a la utilización racional de los medicamentos, en particular a través de la dispensación informada al paciente.*
2. *Las Administraciones sanitarias realizarán la ordenación de las oficinas de farmacia, debiendo tener en cuenta los siguientes criterios:*
    a. *Planificación general de las oficinas de farmacia en orden a garantizar la adecuada asistencia farmacéutica.*
    b. *La presencia y actuación profesional del farmacéutico como condición y requisito inexcusable para la dispensación al público de medicamentos, teniendo en cuenta el número de farmacéuticos necesarios en función de la actividad de la oficina.*
    c. *Las exigencias mínimas materiales, técnicas y de medios, incluida la accesibilidad para personas con discapacidad, que establezca el Gobierno con carácter básico para asegurar la prestación de una correcta asistencia sanitaria, sin perjuicio de las competencias que tengan atribuidas las Comunidades Autónomas en esta materia.*
3. *Las oficinas de farmacia vienen obligadas a dispensar los medicamentos que se les demanden tanto por los particulares como por el Sistema Nacional de Salud en las condiciones reglamentarias establecidas.*
4. *Por razones de emergencia y lejanía de la oficina de farmacia u otras circunstancias especiales que concurran, en ciertos establecimientos podrá autorizarse, excepcionalmente, la creación de botiquines en las condiciones que reglamentariamente se determinen con carácter básico, sin perjuicio de las competencias que tengan atribuidas las Comunidades Autónomas en esta materia.*

[153] *Locus cit.* en nota 3, p.28149.
[154] *Locus cit*. en nota 3, p.28149.

5. *Las Administraciones públicas velarán por la formación continuada de los farmacéuticos y la adecuada titulación y formación de los auxiliares y ayudantes técnicos de farmacia.*
6. *Las oficinas de farmacia tienen la consideración de establecimientos sanitarios privados de interés público."*

Por tanto, en la ley 29/2006, de Garantías y Uso Racional de Medicamentos y Productos Sanitarios (3) se confiere al farmacéutico la responsabilidad de velar por el cumplimiento de las pautas establecidas en la prescripción de los medicamentos, de seguir el tratamiento del paciente y de realizar una dispensación informada. Todo ello viene encuadrado en la estrategia de implantación de la Atención Farmacéutica en las oficinas de farmacia posibilitando un seguimiento de la eficacia y seguridad de los tratamientos prescritos al paciente que puede ser de gran utilidad en términos de Farmacovigilancia pues facilita la notificación de problemas de salud relacionados con el medicamento como son: reacciones alérgicas, inefectividades, interacciones, reacciones adversas, etc,... Por consiguiente, el farmacéutico se constituye como instrumento del Sistema Nacional de Salud en dos sentidos: como agente encargado de velar por el uso racional del medicamento y como observatorio de Farmacovigilancia.

Este hecho condiciona la ordenación farmacéutica hasta el punto de que para poder garantizar el sistema y poder realizar una estrategia completa del uso racional del medicamento necesita garantizar la presencia y actuación profesional del farmacéutico como condición y requisito inexcusable para la dispensación al público de medicamentos, teniendo en cuenta el número de farmacéuticos necesarios en función de la actividad de la oficina de farmacia y condicionando de esta manera el empleo farmacéutico. El personal de la oficina de farmacia ha de tener una formación concreta para poder gestionar las dispensaciones de prescripciones conforme a la Ley de Garantías y Uso Racional del Medicamento (3), por este motivo, el propio artículo 84[155] recoge la necesidad de la Administración pública de garantizar la formación continuada del personal de la oficina de farmacia desde los farmacéuticos a los auxiliares.

[155] *Locus cit*. en nota 3, p.28149.

III. 4. LEYES DE ORDENACIÓN FARMACÉUTICA: ¿PRODUCTO DE LAS TRANSFERENCIAS EN MATERIA SANITARIA A LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS?

La Constitución Española de 1978 (7) establece las competencias asumibles por las Comunidades Autónomas y las exclusivas del Estado. El artículo 147 de la Constitución Española[156] designa a los Estatutos Autonómicos (ver tablas 2, 3 y 4) como norma institucional básica de cada Comunidad Autónoma reconocida por el Estado como parte integrante del ordenamiento jurídico en la que se establecerán las competencias asumidas dentro del marco establecido en la Constitución (7) y las bases para el traspaso de los servicios correspondientes de las mismas. Además, el artículo 148[157] dispone que las Comunidades Autónomas podrán asumir competencias en materia de *"Sanidad e higiene".*

Las competencias exclusivas del Estado en el ámbito sanitario establecidas por la Constitución Española (7) son las siguientes: Sanidad Exterior; Bases y coordinación general de la sanidad y Legislación sobre productos farmacéuticos. En relación con la legislación sobre *productos farmacéuticos*, la Ley 25/1990, de 20 de Diciembre, del Medicamento (103) recoge esta materia como competencia exclusiva del Estado, siendo competencia de las Comunidades Autónomas, en general, la ejecución de la legislación estatal. Respecto a las Bases de la Sanidad, es competencia del Estado el establecimiento de normas que fijen las condiciones y requisitos mínimos, persiguiendo una igualdad básica de condiciones en el funcionamiento de los servicios públicos.

La Ley 14/1986, de 25 de Abril, General de Sanidad (1) relaciona las actuaciones que corresponden al Estado, sin menoscabo de las competencias de las Comunidades Autónomas en su Título II capítulo II "De las Comunidades Autónomas", artículo 41[158] en el que dispone:

1. *"Las Comunidades Autónomas ejercerán las competencias asumidas en sus Estatutos y las que el Estado les transfiera o, en su caso, les delegue.*

[156] *Locus cit*. en nota 7, p.29333.
[157] *Ibídem,* p.29333.
[158] *Locus cit* en nota 1, p. 15213.

2. *Las decisiones y actuaciones públicas previstas en esta Ley que no se hayan reservado expresamente al Estado se entenderán atribuidas a las Comunidades Autónomas."*

Es importante diferenciar la competencia estatal de legislación sobre productos farmacéuticos, de las competencias de "ordenación farmacéutica" y "establecimientos farmacéuticos", que, por tratarse, como ha establecido el Tribunal Constitucional, de establecimientos sanitarios, queda englobada en el título competencial de "Sanidad e higiene", sobre el que las diecisiete Comunidades Autónomas y las dos Ciudades Autonómicas tienen competencia de desarrollo legislativo y ejecución, correspondiendo al Estado únicamente la fijación de las bases. No obstante, a partir de la Ley Orgánica 9/1992, de 23 de diciembre, de Transferencia de Competencias a Comunidades Autónomas que accedieron a la Autonomía por la Vía del artículo 143 de la Constitución [159], todas las Comunidades Autónomas tienen competencia de ejecución en materia de productos farmacéuticos. Tal y como se ha remarcado con anterioridad, las competencias de las Comunidades Autónomas quedan definidas por remisión a la Constitución (7), a los Estatutos de Autonomía y leyes orgánicas de ampliación de competencias y, de forma residual, a lo que la ley no declare como básico y competencia del Estado. En relación con ello, el artículo 41 de la Ley General de Sanidad (157) dispone que las Comunidades Autónomas ejercerán las competencias asumidas en sus estatutos y las que el Estado les transfiera o, en su caso, les delegue, y que las decisiones y actuaciones públicas previstas en ella que no se hayan reservado expresamente al Estado, se entenderán atribuidas a la Administración periférica. Así pues, en el ámbito sanitario, las Comunidades Autónomas tienen asumidas competencias en términos de *Ordenación farmacéutica,* aunque este conjunto de competencias sólo figura en algunos Estatutos de Autonomía, el Tribunal Constitucional las entiende incluidas en el título competencial de "Sanidad e higiene", por tratarse de establecimientos sanitarios, con lo que actualmente la ostentan todas las Comunidades Autónomas y la Ciudad Autonómica de Melilla[160]. La Ciudad Autonómica de Ceuta sólo dispone de un Reglamento regulador de las Jornadas y los Horarios de las Oficinas de Farmacia.[161] Las leyes de Ordenación Farmacéutica recogen el marco laboral de la oficina de

[159] Ley Orgánica 9/1992, de 23 de Diciembre, de Transferencia de Competencias a Comunidades Autónomas que accedieron a la Autonomía por la Vía del Artículo 143 de la Constitución. BOE nº308, 24-12-1992, p.43863-43867.

[160] Decreto 1023, de 9 de Marzo de 2007. Reglamento regulador de la planificación farmacéutica y de los procedimientos de autorización relativos a las oficinas de farmacia. BOME nº 4383, 20-03-2007, p.1034-1053.

[161] Reglamento regulador de las Jornadas y los Horarios de las Oficinas de Farmacia. 1 de Marzo de 2002.BOCCE nº4049, 15-03-2002, 672-675.

farmacia en las distintas Comunidades Autónomas, como se analizará a lo largo de este capítulo.

Sobre las implicaciones sociales de la contratación laboral en la oficina de farmacia no solo incide el Ordenamiento farmacéutico, también ha de tenerse en cuenta el Ordenamiento laboral aplicable. En este sentido, la Constitución Española de 1978 (7) reserva al Estado la regulación de las relaciones laborales, las Comunidades Autónomas pueden, por su parte, asumir la ejecución de la legislación laboral desarrollando las normas estatales en materia de Seguridad Social. El reparto de las competencias que la Carta Magna prevé en materia socio-laboral no siempre ha sido pacífica[162]. El foco de conflicto radica en la actividad legislativa de las Comunidades Autónomas, configuradora de una política laboral paralela a la estatal, cuando según la doctrina carecen de potestades normativas y deberían limitarse a asumir en sus respectivos Estatutos las competencias relativas a la ejecución laboral del Estado. De este modo, las Comunidades Autónomas competentes se convierten en las "ejecutoras" ordinarias del Ordenamiento laboral; en virtud de lo establecido por el artículo 149.1.17ª de la Constitución Española (107), incorporándolo en la práctica totalidad de los Estatutos de Autonomía. La configuración del Estado español como un "Estado de las Autonomías"[163] ha permitido que el sistema sanitario se encuentre ampliamente descentralizado en su estructura y gestión.

Este hecho requiere de un importante grado de coordinación. La Coordinación de la Sanidad[164], ha de entenderse como la fijación de medios y de sistemas de relación que hagan posible la información recíproca, la homogeneidad técnica en determinados aspectos y la acción conjunta de las autoridades sanitarias estatales y comunitarias en el ejercicio de sus respectivas competencias, de tal modo que se logre la integración de actos parciales en la globalidad del sistema sanitario.

Los principios relacionados con la coordinación de la Sanidad están recogidos en la Ley General de Sanidad (1), que además concreta los instrumentos de colaboración y crea como órgano de

[162] CAVAS MARTINEZ, F., SÁNCHEZ TRIGUEROS, C. (2005) La distribución de Competencias entre el Estado y las Comunidades Autónomas en materia de trabajo, empleo y protección social. Anales de Derecho 23:103-128.

[163] El Estado Regional (llamado en ocasiones Estado unitario con autogobierno o Estado autonómico o de las autonomías) es una forma de estado intermedia entre el Estado federal y el Estado unitario que busca compatibilizar la idea de unidad y descentralización o autonomía. Este tipo de estado, habitualmente, posee divisiones territoriales denominadas regiones o autonomías.

[164] http://www.msc.es/organizacion/consejoInterterri/introduccion.htm, 27-03-2010.

coordinación el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS). Posteriormente, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (2), contempla el Consejo Interterritorial con este mismo carácter de órgano de coordinación, atribuyéndole una nueva composición y funciones.

ESTATUTO DE AUTONOMIA	TEXTO ORIGINAL	MODIFICACIONES
ANDALUCÍA	Ley Orgánica 2/2007, de 19 de marzo, de reforma del Estatuto de Autonomía para Andalucía. BOE nº 68, 20-03-2007.	No existen modificaciones.
ARAGÓN	Ley Orgánica 5/2007, de 20 de abril, de reforma del Estatuto de Autonomía de Aragón. BOE nº97, 23-04-2007.	No existen modificaciones.
CANARIAS	Ley Orgánica 10/1982, de 10 de agosto, de Estatuto de Autonomía de Canarias. BOE nº 16-08-1982.	Ley Orgánica 4/1996, de 30 de diciembre (BOE nº 315, 31-12-1996); corrección de errores (BOE nº 61, 12-03- 1997). Ley 27/2002, de 1 de julio (BOE nº 157, 2-07-2002).
CANTABRIA	Ley Orgánica 8/1981, de 30 de diciembre, de Estatuto de Autonomía para Cantabria. BOE nº 9, 11-01-1981.	Ley Orgánica 11/1998, de 30 de diciembre (BOE nº 313, 31-12-1998).Ley 21/2002, de 1 de julio (BOE nº 157, 2-07-2002).
CASTILLA-LA MANCHA	Ley Orgánica 9/1982, de 10 de agosto, de Estatuto de Autonomía de Castilla-La Mancha. BOE nº 195, 16-08-1982.	Ley Orgánica 7/1994, de 24 de marzo (BOE nº 72, 25-03-1994).Ley Orgánica 3/1997, de 3 de julio (BOE nº 159, 4-07-1997).Ley 26/2002, de 1 de julio (BOE nº 157, 2-07-2002).
CASTILLA Y LEÓN	Ley Orgánica 14/2007, de 30 de noviembre, de reforma del Estatuto de Autonomía de Castilla y León. BOE nº 288, 1-12-2007	No existen modificaciones.
CATALUÑA	Ley Orgánica 6/2006, de 19 de julio, de reforma del Estatuto de Autonomía de Cataluña. BOE nº 172, 20-07-2006.	No existen modificaciones en la actualidad; en proceso de reforma.
COMUNITAT VALENCIANA	Ley Orgánica 1/2006, de 10 de abril, de reforma de la Ley Orgánica 5/1982, de 1 de julio, de Estatuto de Autonomía de la Comunidad Valenciana. BOE nº 86, 11-03-2006.	No existen modificaciones.
EXTREMADURA	Ley Orgánica 1/1983, de 25 de febrero, de Estatuto de Autonomía de Extremadura. BOE nº 49, 26-02-1983.	Ley Orgánica 12/1999, de 6 de mayo (BOE nº 109, 7-05-1999).Ley 28/2002, de 1 de julio (BOE nº 157, 2-07-2002).
GALICIA	Ley Orgánica 1/1981, de 6 de abril, de Estatuto de Autonomía para Galicia. BOE nº 101, 28-04-1981.	Ley 18/2002, de 1 de julio (BOE nº 157, 2-07-2002).
ILLES BALEARS	Ley Orgánica 1/2007, de 28 de febrero, de reforma del Estatuto de Autonomía de las Illes Balears. BOE nº 52, 1-03-2007.	Corrección de errores en BOE nº 77, 30-03-2007 y BOE nº 173, 20-7-2007.
COMUNIDAD DE MADRID	Ley Orgánica 3/1983, de 25 de febrero, de Estatuto de Autonomía de la Comunidad de Madrid. BOE nº 51, 1-03-1983.	Ley Orgánica 10/1994, de 24 de marzo (BOE nº 72, 25-03-1994).Ley Orgánica 5/1998, de 7 de julio (BOE nº 162, 8-07-1998).Ley 30/2002, de 1 de julio (BOE núm. 157, 2-07-2002).
COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA	Ley Orgánica 13/1982, de 10 de agosto, de Reintegración y Amejoramiento del Régimen Foral de Navarra (BOE nº 195, 16-08-1982).	Corrección de errores en (BOE nº 204, 26-08-1982).Ley Orgánica 1/2001, de 26 de marzo (BOE nº 75, 28-03-2001).
PAÍS VASCO	Ley Orgánica 3/1979, de 18 de diciembre (Jefatura del Estado), de Estatuto de Autonomía para el País Vasco (BOE nº 306, 22-12-1979)	No existen modificaciones.
PRINCIPADO DE ASTURIAS	Ley Orgánica 7/1981, de 30 de diciembre, de Estatuto de Autonomía del Principado de Asturias (BOE nº 9, 11-1-1982)	Ley Orgánica 1/1994, de 24 de marzo (BOE nº 72, 25-3-1994); corrección de errores (BOE nº 90, 15-04-1994).Ley Orgánica 1/1999, de 5 de enero (BOE nº 7, 8-01-1999).Ley 20/2002, de 1 de julio (BOE nº 157, 2-07-2002).
REGIÓN DE MURCIA	Ley Orgánica 4/1982, de 9 de junio, de Estatuto de Autonomía para la Región de Murcia(BOE nº 146, 19-06-1982)	Ley Orgánica 4/1994, de 24 de marzo (BOE nº 72, 25-03-1994).Ley Orgánica 1/1998, de 15 de junio (BOE nº 143, 16-06-1998).Ley 23/2002, de 1 de julio (BOE nº 157, 2-07-2002).
LA RIOJA	Ley Orgánica 3/1982, de 9 de junio, de Estatuto de Autonomía de La Rioja(BOE nº 146, 19-06-1982)	Ley Orgánica 3/1994, de 24 de marzo (BOE nº 72, 25-03-1994).Ley Orgánica 2/1999, de 7 de enero (BOE nº 7, 8-01-1999).Ley 22/2002, de 1 de julio (BOE nº 157, 2-07-2002).
CIUDAD DE CEUTA	Ley Orgánica 1/1995, de 13 de marzo, de Estatuto de Autonomía de Ceuta(BOE nº 62, 14-03-1995)	No existen modificaciones.
CIUDAD DE MELILLA	Ley Orgánica 2/1995, de 13 de marzo, de Estatuto de Autonomía de Melilla(BOE nº 62, 14-03-1995)	No existen modificaciones.

Tabla 2. Estatutos de Autonomía. Texto original y modificaciones. Elaboración propia.

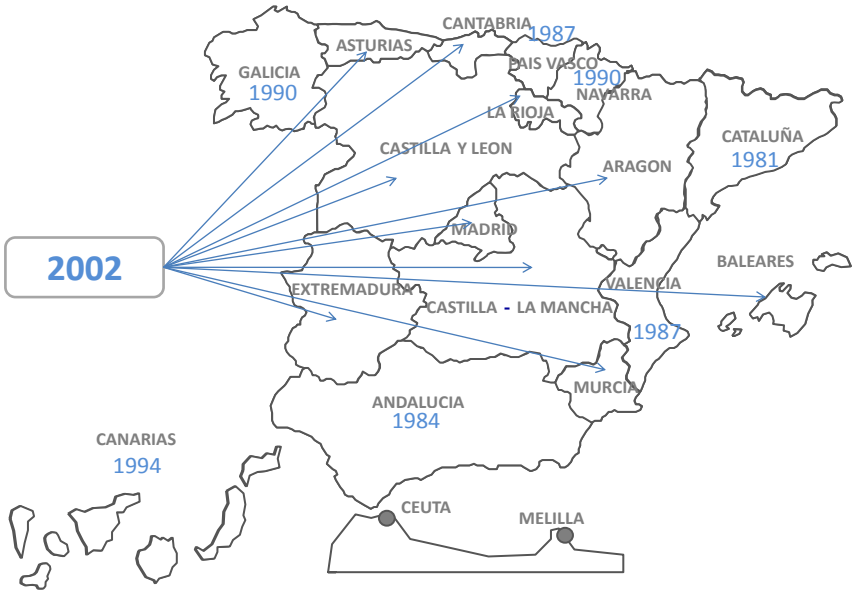
ESTATUTO DE AUTONOMIA	¿Recoge derechos en Materia de Salud?	¿Recoge competencias normativas y ejecutivas en Materia de Salud y de Ordenación Farmacéutica?
ANDALUCÍA	Sí; *Art. 22.*	Sí; *Art. 55.*
ARAGÓN	Sí; *Art. 14.*	Sí; *Art. 71.*
CANARIAS	Sí; *Art. 5.*	Sí; *Art. 32 y Art. 33.*
CANTABRIA	Sí; *Art. 5.*	Sí; *Art. 25.*
CASTILLA-LA MANCHA	Sí; *Art. 4.*	Sí; *Art. 32.*
CASTILLA Y LEÓN	Sí; *Art. 8.*	Sí; *Art.71.*
CATALUÑA	Sí; *Art. 23.*	Sí; *Art. 162.*
COMUNITAT VALENCIANA	Sí; *Art. 8.*	Sí; *Art. 49.*
EXTREMADURA	Sí; *Art. 6.*	Sí; *Art. 8.*
GALICIA	Sí; *Art. 4.*	Sí; *Art. 28.*
ILLES BALEARS	Sí; *Art. 13.*	Sí; *Art. 31.*
COMUNIDAD DE MADRID	Sí; *Art. 7.*	Sí; *Art. 27.*
COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA	Sí; *Art. 6.*	Sí; *Art. 53.*
PAÍS VASCO	Sí; *Art. 9.*	Sí; *Art. 10.*
PRINCIPADO DE ASTURIAS	Sí; *Art. 9.*	Sí; *Art. 11.*
REGIÓN DE MURCIA	Sí; *Art. 9.*	Sí; *Art. 11.*
LA RIOJA	Sí; *Art. 7.*	Sí; *Art. 9.*
CIUDAD DE CEUTA	Sí; *Art. 5.*	Sí; *Art. 21.*
CIUDAD DE MELILLA	Sí; *Art. 5.*	Sí; *Art. 21.*

Tabla 3. Estatutos de Autonomía y competencias en Salud. Elaboración Propia.

ESTATUTO DE AUTONOMIA	¿Recoge derechos en Materia Laboral?	¿Recoge competencias ejecutivas en Materia Laboral?
ANDALUCÍA	Sí; *Art.26.*	Sí, *Art.63.*
ARAGÓN	Sí; *Art.20.*	Sí, *Art.63.*
CANARIAS	Sí; *Art.5.*	Sí, *Art.33.*
CANTABRIA	Sí; *Art.5.*	Sí, *Art.26.*
CASTILLA-LA MANCHA	Sí; *Art.4.*	Sí, *Art.33.*
CASTILLA Y LEÓN	Sí; *Art.8.*	Sí, *Art.76.*
CATALUÑA	Sí; *Art.25.*	Sí, *Art.170.*
COMUNITAT VALENCIANA	Sí; *Art.8.*	Sí, *Art.51.*
EXTREMADURA	Sí; *Art.6.*	Sí, *Art.9.*
GALICIA	Sí; *Art.4.*	Sí, *Art.29.*
ILLES BALEARS	Sí; *Art.13.*	Sí, *Art.32.*
COMUNIDAD DE MADRID	Sí; *Art.7.*	Sí, *Art.28.*
COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA	Sí; *Art.6.*	Sí, *Art.58.*
PAÍS VASCO	Sí; *Art.9.*	Sí, *Art.12.*
PRINCIPADO DE ASTURIAS	Sí; *Art.9.*	Sí, *Art.12.*
REGIÓN DE MURCIA	Sí; *Art.9.*	Sí, *Art.12.*
LA RIOJA	Sí; *Art.7.*	Sí, *Art.11.*
CIUDAD DE CEUTA	Sí; *Art.5.*	No.
CIUDAD DE MELILLA	Sí; *Art.5.*	No.

Tabla 4. Estatutos de Autonomía y competencias laborales. Elaboración propia.

Es necesario destacar la existencia de un principio constitucional en la organización territorial del Estado, como es la existencia de Comunidades Autónomas con diferente grado de asunción de competencias, lo cual, deriva en transferencias de competencias en materia sanitaria en distintas fechas, la mayoría de ellas realizadas en virtud de la asunción por las Comunidades Autónomas de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud, como puede observarse en las siguientes figuras (ver mapa 1 y tabla 5).



Mapa 1. Transferencias sanitarias a las Comunidades Autónomas por año. Elaboración propia.

El Estado autonómico alcanza el cenit de la cota de autogobierno con el traspaso de las competencias de mayor calado social, dentro de las cuales se enmarcan las transferencias sanitarias. Los sistemas políticos actuales son sistemas integrados en los que cada vez son más necesarias la cooperación y la colaboración entre los distintos niveles, particularmente entre los órganos de la Administración General del Estado con competencias en materia de Farmacia, las Comunidades Autónomas, los Colegios Profesionales y las organizaciones representativas de los intereses empresariales y sociales. Para hacerla efectiva, es preciso adecuar las normas introduciendo marcos jurídicos y ámbitos y escenarios para el acuerdo. Ello se posibilita mediante las leyes de ordenación farmacéutica.

Las leyes de ordenación farmacéutica tienen como misión afirmar el derecho constitucional de protección a la salud. El hecho transferencial de las competencias en materia sanitaria, lejos de suponer una desmembración del Sistema Nacional de Salud (SNS), se ha revelado como clave

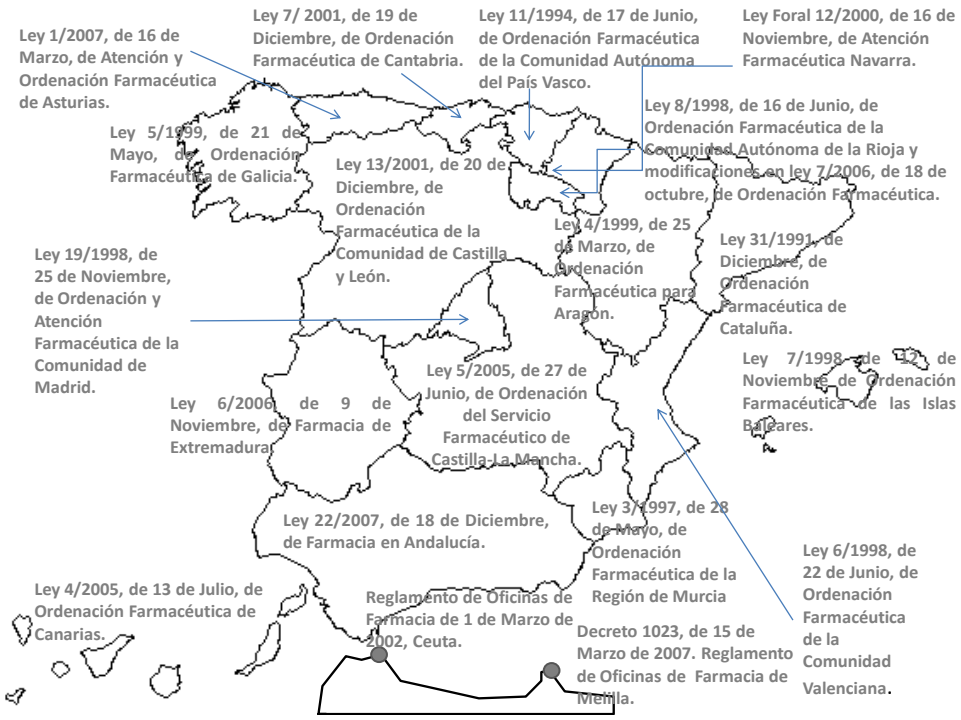
en la vertebración del mismo debido a la cercanía que este modelo proporciona a los ciudadanos y con las garantías de equidad en el acceso a los servicios públicos en todo el Estado español, como se ha expuesto con anterioridad en relación a la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud(2) cuando dispone que en materia de farmacia, han de impedirse situaciones discriminatorias y para ello garantiza "a los ciudadanos la dispensación en condiciones de igualdad efectiva en todo el territorio nacional, independientemente de la Comunidad Autónoma de residencia".

COMUNIDAD AUTÓNOMA	REAL DECRETO
ANDALUCIA	Real Decreto 400/1984, de 22 de Febrero, sobre traspaso a la Comunidad Autónoma de Andalucía de las Funciones y Servicios del Instituto nacional de la Salud. BOE nº 0051, 29-02-1984.
ARAGÓN	Real Decreto 1475/2001, de 27 de diciembre, sobre traspaso a la Comunidad Autónoma de Aragón de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud.BOE nº 311, 28-12-2001.
PRINCIPADO DE ASTURIAS	Real Decreto 1471/2001, de 27 de diciembre, sobre traspaso al Principado de Asturias de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud. BOE nº 313, 31-12-2001.
CANARIAS	Real Decreto 446/1994, de 11 de Marzo, sobre Traspaso a la Comunidad Autónoma de Canarias de las Funciones y Servicios del Instituto nacional de la Salud. BOE nº 0085, 9-04-1994.
CANTABRIA	Real Decreto 1472/2001, de 27 de diciembre, sobre traspaso a la Comunidad Autónoma de Cantabria de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud. BOE nº 311, 28-12-2001.
CASTILLA y LEÓN	Real Decreto 1480/2001, de 27 de diciembre, sobre traspaso a la Comunidad de Castilla y León de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud. BOE nº 311, 28-12-2001.
CASTILLA-LA MANCHA	Real Decreto 1476/2001, de 27 de diciembre, sobre traspaso a la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud. BOE nº 311, 28-12-2001.
CATALUÑA	Real Decreto 1517/1981, de 8 de julio, sobre traspaso de servicios de la Seguridad Social a la Generalidad de Cataluña en materia de seguridad social. DOGC nº 145, 24-7-1981.
ILLES BALEARS	Real Decreto 1478/2001, de 27 de diciembre, sobre traspaso a la Comunidad Autónoma de las Illes Balears de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud. BOE nº 311, 28-12-2001.
EXTREMADURA	Real Decreto 1477/2001, de 27 de diciembre, sobre traspaso a la Comunidad Autónoma de Extremadura de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud. BOE nº 311, 28-12-2001.
GALICIA	Real Decreto 1679/90 de 28 de diciembre, sobre traspaso a la Comunidad Autónoma de Galicia de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud.BOE nº313,31-12-1990.
LA RIOJA	Real Decreto 1473/2001, de 27 de diciembre, sobre traspaso a la Comunidad Autónoma de La Rioja de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud. BOE nº 311, 28-12-2001.
COMUNIDAD DE MADRID	Real Decreto 1479/2001, de 27 de diciembre, sobre traspaso a la Comunidad de Madrid de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud. BOE nº 311, 28-12-2001.
REGIÓN DE MURCIA	Real Decreto 1474/2001, de 27 de diciembre, sobre traspaso a la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud. BOE nº 311, 28-12-2001.
COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA	Real Decreto 1680/90, de 28 de diciembre, de traspaso de servicios de la Administración del Estado a la Comunidad Foral de Navarra en materia de asistencia sanitaria de la Seguridad Social. BOE nº 313, 31-12-1990.
PAÍS VASCO	Real Decreto 1536/1987, de 6 de Noviembre, sobre traspaso a la Comunidad Autónoma del País Vasco de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud (INSALUD). BOE nº 0299, 15-12-1987.
COMUNITAT VALENCIANA	Real Decreto 1612/1987, de 27 de Noviembre, sobre traspaso a la Comunidad Valenciana de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud. BOE nº 0312, 30-12-1987.
CIUDAD DE CEUTA	Depende del Estado
CIUDAD DE MELILLA	Depende del Estado

Tabla 5. Listado de Reales Decretos de transferencias en materia sanitaria a las Comunidades Autónomas. Elaboración propia.

El fin principal de estas leyes de ordenación farmacéutica, como se recoge en la mayoría de los preámbulos de las mismas, es el de garantizar a todos los ciudadanos de una Comunidad Autónoma un acceso rápido, oportuno y equitativo a la atención farmacéutica que necesiten; es decir, regular una adecuada cobertura, conservación y custodia de los medicamentos, una dispensación responsable y eficiente de los mismos, una información pertinente sobre su uso y otras acciones convenientes que hagan la prestación farmacéutica más segura y racional, tanto desde el punto de vista asistencial como desde el de la salud pública. La importancia que la farmacia ha adquirido debido al peso económico de la factura farmacéutica dentro de los presupuestos de las Comunidades Autónomas, junto con la demanda creciente de atención de este tipo por parte de los ciudadanos, hace de ésta una materia sensible en la que resulta especialmente necesaria la capacidad de la autonomía para contemplar normativamente sus caracteres propios y definitorios.

La mayor parte de las leyes de ordenación farmacéutica propuestas por las Comunidades Autónomas no se limita a la atención farmacéutica que se dispensa en las oficinas de farmacia, sino que integra los diferentes sectores que participan en la distribución y dispensación de medicamentos y productos sanitarios (ver mapa 2). Efectivamente, establece principios generales de ordenación en cuanto al régimen aplicable a los diferentes procedimientos de autorización de aperturas, traslados, modificación de local, cierres definitivos o temporales y transmisiones de estos establecimientos sanitarios de interés público, pero también regula la atención farmacéutica que ha de prestarse a través de las estructuras sanitarias de atención primaria y de atención especializada en centros hospitalarios, socio-sanitarios, psiquiátricos y penitenciarios, procurando la coordinación de funciones y cometidos entre ambos sectores de la atención farmacéutica (pública y privada). Asimismo, regula los canales y centros de distribución de los medicamentos y productos sanitarios de uso humano, incluyendo otros aspectos relacionados con la promoción, la publicidad de los mismos y el **ejercicio de la profesión farmacéutica**.



Mapa 2. Leyes de Ordenación Farmacéutica por Comunidades Autónomas. Elaboración propia.

Una vez analizadas las transferencias sanitarias a las Comunidades Autónomas y las diferentes leyes de ordenación farmacéutica cabe preguntarse si las leyes de ordenación farmacéutica son producto de las transferencias en materia sanitaria del Estado a la Administración Periférica. La tabla número 6 aporta una idea global al respecto, considerando la hipótesis de que una ley de ordenación farmacéutica podría ser considerada como un producto de la transferencia en materia sanitaria siempre y cuando haya sido elaborada y promulgada con posterioridad a la materialización de las transferencias e incluya en su preámbulo referencia expresa a este hecho.

Sólo cinco de las diecisiete Comunidades Autónomas presentan leyes de ordenación farmacéutica posteriores a la transmisión de las competencias en materia sanitaria. Estas Comunidades son: Asturias, Castilla-La Mancha, Galicia, Extremadura y País Vasco. Si la hipótesis formulada al respecto fuera cierta (*una ley de ordenación farmacéutica sería producto de la transferencia en materia sanitaria siempre y cuando haya sido elaborada y promulgada con posterioridad a la materialización de las transferencia e incluya en su preámbulo referencia expresa a este hecho*) significaría que el 29,41% de las leyes de ordenación farmacéutica son producto de las transferencias en materia sanitaria a las Comunidades Autónomas, cosa que no se ajusta a la realidad pues dos de estas Comunidades (Castilla-La Mancha y Extremadura) tenían leyes precedentes de ordenación farmacéutica que

fueron reformadas por leyes de ordenación farmacéutica posteriores a las transferencias sanitarias, y que incluyeron en sus textos refundidos alusiones a este hecho, por tanto el porcentaje real de Comunidades Autónomas cuyas leyes de ordenación farmacéutica podrían ser producto de las transferencias en materia sanitaria se ve reducido al 17,65%, frente al 82% de las Comunidades Autónomas cuyas legislaciones de ordenación farmacéutica no estarían condicionadas por las transferencias en materia sanitaria. Caso excepcional sería el de La Rioja, que presenta en materia de ordenación farmacéutica dos leyes activas que afectan al organigrama y al panorama profesional de la oficina de farmacia, por un lado está la Ley 8/1998, de 16 de junio, de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad Autónoma de la Rioja y por otro la Ley 7/2006, de modificación de la Ley 8/1998, de 16 de junio, de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad Autónoma de la Rioja, sin existir un texto refundido que incluya en su preámbulo referencia expresa a las transferencias y por tanto no incluyéndolas entre aquellas leyes de ordenación farmacéutica que si son producto de las transferencias autonómicas.

Estos hechos se pueden observar de manera tabulada en la tabla 6. Leyes de Ordenación Farmacéutica: ¿Producto de las Transferencias Sanitarias?, donde se listan las Comunidades Autónomas con sus correspondientes leyes de Ordenación Farmacéutica y la fecha en que fueron promulgadas junto con la fecha en la que se realizó la transferencia sanitaria a esta Comunidad Autónoma y se plantea la hipótesis de una posible relación entre las transferencias sanitarias y las leyes de Ordenación Farmacéutica convirtiendo a éstas en un posible producto de las transferencias sanitarias y respondiendo a la incógnita planteada Comunidad por Comunidad, analizando esta posible vinculación en función de la hipótesis establecida a priori (*una ley de ordenación farmacéutica sería producto de la transferencia en materia sanitaria siempre y cuando haya sido elaborada y promulgada con posterioridad a la materialización de las transferencias e incluya en su preámbulo referencia expresa a este hecho).*

COMUNIDAD AUTÓNOMA	LEYES DE ORDENACIÓN FARMACÉUTICA: FECHA	FECHA DE LA TRANSFERENCIA SANITARIA	LEYES DE ORDENACIÓN FARMACÉUTICA: ¿PRODUCTO DE LAS TRANSFERENCIAS SANITARIAS?
ANDALUCIA	***Ley 22/2007, de 18 de Diciembre, de Farmacia en Andalucía.***	**1984**	NO
ARAGÓN	***Ley 4/1999, de 25 de Marzo, de Ordenación Farmacéutica para Aragón.***	**2002**	NO
PRINCIPADO DE ASTURIAS	***Ley 1/2007, de 16 de Marzo, de Atención y Ordenación Farmacéutica.***	**2002**	SI
CANARIAS	***Ley 4/2005, de 13 de Julio, de Ordenación Farmacéutica de Canarias.***	**1994**	NO
CANTABRIA	***Ley 7/ 2001, de 19 de Diciembre, de Ordenación Farmacéutica de Cantabria.***	**2002**	NO
CASTILLA y LEÓN	***Ley 13/2001, de 20 de Diciembre, de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad de Castilla y León.***	**2002**	NO
CASTILLA-LA MANCHA	***Ley 5/2005, de 27 de Junio, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha.***	**2002**	SI[165]
CATALUÑA	***Ley 31/1991, de Diciembre, de Ordenación Farmacéutica de Cataluña.***	**1981**	NO
ISLAS BALEARES	***Ley 7/1998, de 12 de Noviembre, de Ordenación Farmacéutica de las Islas Baleares.***	**2002**	NO
EXTREMADURA	***Ley 6/2006, de 9 de Noviembre, de Farmacia de Extremadura.***	**2002**	SI[166]
GALICIA	***Ley 5/1999, de 21 de Mayo, de Ordenación Farmacéutica.***	**1990**	SI
LA RIOJA	***Ley 8/1998, de 16 de Junio, de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad Autónoma de la Rioja y Ley 7/2006, de 18 de octubre, de modificación de la Ley 8/1998, Ordenación Farmacéutica de la Comunidad Autónoma de la Rioja.***	**2002**	NO[167]
COMUNIDAD DE MADRID	***Ley 19/1998, de 25 de Noviembre, de Ordenación y Atención Farmacéutica de la Comunidad de Madrid.***	**2002**	NO
REGIÓN DE MURCIA	***Ley 3/1997, de 28 de Mayo, de Ordenación Farmacéutica de la Región de Murcia***	**2002**	NO
COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA	***Ley Foral 12/2000, de 16 de Noviembre, de Atención Farmacéutica.***	**1990**	NO
PAÍS VASCO	***Ley 11/1994, de 17 de Junio, de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad Autónoma del País Vasco.***	**1987**	SI
COMUNIDAD VALENCIA	***Ley 6/1998, de 22 de Junio, de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad Valenciana.***	**1987**	NO

Tabla 6. Leyes de Ordenación Farmacéutica: ¿Producto de las Transferencias Sanitarias? Elaboración propia.

[165] Téngase en cuenta que la Ley 5/2005, de 27 de Junio, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha presenta una dualidad mixta pues no puede ser considerada puramente un producto de las transferencias autonómicas en materia sanitaria pues tienen como precursora a la Ley 4/1996, de 26 de diciembre, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha y a la Ley 4/1998, de 9 de junio, de Reforma de la Ley 4/1996, de 26 de diciembre, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha la cuales no se encontraba dentro de las leyes de ordenación farmacéutica consideradas como producto de las transferencias en materia sanitaria a las Comunidades Autónomas.

[166] Téngase en cuenta que la Ley 6/2006, de 9 de Noviembre, de Farmacia de Extremadura presenta una dualidad mixta pues no puede ser considerada puramente un producto de las transferencias autonómicas en materia sanitaria pues tiene como precursora a la Ley 3/1996, de 25 de junio, de Atención Farmacéutica de la Comunidad Autónoma de Extremadura, la cual no se encontraba dentro de las leyes de ordenación farmacéutica consideradas como producto de las transferencias en materia sanitaria a las Comunidades Autónomas.

[167] Téngase en cuenta que la Ley 7/2006, de 18 de Octubre, de modificación de la Ley 8/1998, de 16 de Junio, de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad Autónoma de la Rioja no puede ser considerada un producto de las transferencias autonómicas en materia sanitaria pues tiene como fin modificar la ley precursora : Ley 8/1998, de 16 de Junio, de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad Autónoma de la Rioja la cual no se encontraba dentro de las leyes de ordenación farmacéutica consideradas como producto de las transferencias en materia sanitaria a las Comunidades Autónomas.

Las leyes de ordenación farmacéutica abordan el ejercicio profesional desde todos los ámbitos. Cabe destacar el interés de todas las Comunidades Autónomas en definir las distintas categorías profesionales a través de apartados dedicados a la titularidad y el personal de la oficina de farmacia, definiendo sus derechos, sus deberes y sus obligaciones, así como las posibles incompatibilidades en el ejercicio profesional.

En el marco contextual del análisis de las implicaciones sociales de la contratación laboral en la oficina de farmacia se han elaborado unos cuadros resumen (ver tablas 7-13) en el que se compilan las figuras profesionales reconocidas dentro de la oficina de farmacia por las leyes de ordenación farmacéutica, sus derechos, deberes y modelos de actuación profesional. Se estableció por consenso, una vez revisadas las Leyes de Ordenación Farmacéutica, que las figuras profesionales a incluir dentro del cuadro resumen serían: Farmacéutico Titular, Farmacéutico Adjunto, Farmacéutico Sustituto, Farmacéutico Regente y Técnico en Farmacia, junto con una categoría adicional llamada Otras Categorías Profesionales donde habría de incluirse el resto de personal contemplado por las distintas Leyes de Ordenación Farmacéutica. También se estableció que de cada una de las figuras profesionales estudiadas se recogiera la información relativa a la definición de los derechos, deberes y actuación profesional junto con los artículos de la correspondiente Ley de Ordenación Farmacéutica que los recoge, en respuesta a la pregunta: **¿Define la figura de ….: derechos, deberes y actuación profesional?**. Las posibles respuestas fueron Si o No, acompañadas del artículo de la ley de Ordenación que los recoge. Al elaborar el cuadro resumen de compilación de figuras profesionales reconocidas dentro de la oficina de farmacia, de tanta relevancia para el análisis de las implicaciones sociales presentes y futuras de la contratación laboral en la oficina de farmacia, se puso de manifiesto la necesidad de incluir junto con la figura del Farmacéutico Titular la del Director Técnico en Farmacia del cual, al igual que en el resto de las categorías profesionales, sería necesario analizar la definición de los derechos, deberes y las actuaciones profesionales del mismo junto con el hecho de si constituye una misma figura profesional con los mismos derechos, deberes y patrón de actuación profesional que el Farmacéutico Titular.

COMUNIDAD AUTÓNOMA	REGULACIÓN	BOE
ANDALUCIA	*Ley 22/2007, de 18 de Diciembre, de Farmacia en Andalucía.*	BOE nº 45, 21-02-2008.
ARAGÓN	*Ley 4/1999, de 25 de Marzo, de Ordenación Farmacéutica para Aragón.*	BOE nº 95, 21-04-1999.
ASTURIAS	*Ley 1/2007, de 16 de Marzo, de Atención y Ordenación Farmacéutica de Asturias.*	BOE nº 167, 13-07-2007.
CANARIAS	*Ley 4/2005, de 13 de Julio, de Ordenación Farmacéutica de Canarias.*	BOE nº 198, 19-08-2005
CANTABRIA	*Ley 7/ 2001, de 19 de Diciembre, de Ordenación Farmacéutica de Cantabria.*	BOE nº 14, 16-01-2002
CASTILLA y LEÓN	*Ley 13/2001, de 20 de Diciembre, de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad de Castilla y León.*	BOE nº 15, 17-01-2002.
CASTILLA-LA MANCHA	*Ley 5/2005, de 27 de Junio, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha.*	DOCM. nº 131, 1-07-2005.
CATALUÑA	*Ley 31/1991, de Diciembre, de Ordenación Farmacéutica de Cataluña.*	BOE nº 32, 6-02-1992.
ISLAS BALEARES	*Ley 7/1998, de 12 de Noviembre, de Ordenación farmacéutica de las Islas Baleares.*	BOCAIB nº 149, 21-11-1998.
EXTREMADURA	*Ley 6/2006, de 9 de Noviembre, de Farmacia de Extremadura.*	DOE. nº 134, 16-11-2006.
GALICIA	*Ley 5/1999, de 21 de Mayo, de Ordenación Farmacéutica de Galicia.*	BOE nº 144, 17-06-1999.
LA RIOJA	*Ley 8/1998, de 16 de Junio, de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad Autónoma de la Rioja y Ley7/2006 de modificación de la Ley8/1998, de 16 de Junio, de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad Autónoma de la Rioja.*	BOE nº 156, 1-07-1998. BOE nº 275,17-11-2006.
MADRID	*Ley 19/1998, de 25 de Noviembre, de Ordenación y Atención Farmacéutica de la Comunidad de Madrid.*	BOE nº 124, 25-05-1999.
MURCIA	*Ley 3/1997, de 28 de Mayo, de Ordenación Farmacéutica de la Región de Murcia*	BOE nº 247, 15-10-1997.
NAVARRA	*Ley Foral 12/2000, de 16 de Noviembre, de Atención Farmacéutica de Navarra.*	BOE nº 44, 20-02- 2001.
PAIS VASCO	*Ley 11/1994, de 17 de Junio, de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad Autónoma del País Vasco.*	BOPV nº 135, 15-07-1994.
VALENCIA	*Ley 6/1998, de 22 de Junio, de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad Valenciana.*	BOE nº 173, 21-07-1998.
CIUDAD AUTÓNOMA	**REGULACIÓN**	**BOE**
CEUTA	*Reglamento Regulador de las Jornadas y Horarios de las Oficinas de Farmacia de la Ciudad de Ceuta.*	BOCCE nº 4095, 15-03-2002.
MELILLA	*Decreto 1023, de 15 de Marzo de 2007. Reglamento de Oficinas de Farmacia. Melilla.*	BOME nº 4383, 20 de Marzo de 2007.

Tabla 7. Cuadro resumen I: Reglamentación autonómica en materia de Ordenación Farmacéutica: generalidades. Elaboración propia.

COMUNIDAD AUTÓNOMA	REGULACIÓN	FIGURAS PROFESIONALES RECONOCIDAS DENTRO DE LA OFICINA DE FARMACIA		
		FARMACEÚTICO TITULAR VS DIRECTOR TÉCNICO DE OFICINA DE FARMACIA		
		Define la figura del farmacéutico titular: Derechos, deberes, actuación profesional. (Respuesta: si/no/ artículo que lo recoge)	***Define la figura del director técnico de la oficina de farmacia: Derechos, deberes, actuación profesional. (Respuesta: si/no/ artículo que lo recoge)***	***¿Constituye una misma figura con los mismos derechos, deberes y patrón de actuación prof.? (Respuesta: si/no)***
ANDALUCIA	*Ley 22/2007, de 18 de Diciembre, de Farmacia en Andalucía.*	Si. *Art.22, Art.23* y *Art.24*	No.	NS/NC
ARAGÓN	*Ley 4/1999, de 25 de Marzo, de Ordenación Farmacéutica para Aragón.*	Si. *Art.7 y Art. 8.*	No.	NS/NC
ASTURIAS	*Ley 1/2007, de 16 de Marzo, de Atención y Ordenación Farmacéutica de Asturias.*	Si. *Art.5* y *Art.24.*	No.	NS/NC
CANARIAS	*Ley 4/2005, de 13 de Julio, de Ordenación Farmacéutica de Canarias.*	Si. *Art.8, Art.10 y Art.11.*	No.	NS/NC
CANTABRIA	*Ley 7/ 2001, de 19 de Diciembre, de Ordenación Farmacéutica de Cantabria.*	Si. *Art.8 y Art.9.*	No.	NS/NC
CASTILLA y LEÓN	*Ley 13/2001, de 20 de Diciembre, de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad de Castilla y León.*	Si. *Art. 12, 13 y 14.*	No	NS/NC
CASTILLA-LA MANCHA	*Ley 5/2005, de 27 de Junio, de Ordenación del Servicio Farmacéutica de Castilla-La Mancha.*	Si. *Art.19 y Art.20.*	No.	NS/NC
CATALUÑA	*Ley 31/1991, de Diciembre, de Ordenación Farmacéutica de Cataluña.*	Si. *Art.2 y Art.3.*	No.	NS/NC
ISLAS BALEARES	*Ley 7/1998, de 12 de Noviembre, de Ordenación farmacéutica de las Islas Baleares.*	Si. *Art.5, Art.7 y Art.8.*	No.	NS/NC
EXTREMADURA	*Ley 6/2006, de 9 de Noviembre, de Farmacia de Extremadura.*	Si. *Art.11, y Art.14.*	No.	NS/NC
GALICIA	*Ley 5/1999, de 21 de Mayo, de Ordenación Farmacéutica de Galicia.*	Si. *Art.8, Art.10 y Art.11.*	No.	NS/NC
LA RIOJA	*Ley 8/1998, de 16 de Junio, de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad Autónoma de la Rioja y Ley7/2006 de modificación de la Ley8/1998, de 16 de Junio, de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad Autónoma de la Rioja.*	Si. *Art.5, Art.6 y Art.7 de la Ley 8/1998 y Art. 4 de la Ley 7/2006.*	No.	NS/NC
MADRID	*Ley 19/1998, de 25 de Noviembre, de Ordenación y Atención Farmacéutica de la Comunidad de Madrid.*	Si. Sección 1ª. De la definición, funciones y servicios de la oficina de farmacia *(Arts. 9-22) Art.23 y Art.24.*	Si.	Si. *Art. 24.*
MURCIA	*Ley 3/1997, de 28 de Mayo, de Ordenación Farmacéutica de la Región de Murcia*	Si. *Art.8 y Art.9.*	No.	NS/NC
NAVARRA	*Ley Foral 12/2000, de 16 de Noviembre, de Atención Farmacéutica de Navarra.*	Si. *Art.11, Art.14 y Art.15.*	No.	NS/NC
PAIS VASCO	*Ley 11/1994, de 17 de Junio, de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad Autónoma del País Vasco.*	Si. *Art.5 y Art.6.*	No.	NS/NC
VALENCIA	*Ley 6/1998, de 22 de Junio, de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad Valenciana.*	Si. *Art.8, Art.9, Art.10 y Art.11.*	No.	NS/NC
CIUDAD AUTÓNOMA				
CEUTA	*Reglamento Regulador de las Jornadas y Horarios de las Oficinas de Farmacia de la Ciudad de Ceuta.*	No.	No.	No.
MELILLA	*Decreto 1023, de 15 de Marzo de 2007. Reglamento de Oficinas de Farmacia. Melilla.*	Si. *Art. 6, Art.8 y Art.9.*	Si.	Si. *Art. 9.*

Tabla 8. Cuadro resumen II: Reglamentación autonómica en materia de Ordenación Farmacéutica. Análisis de las figuras profesionales reconocidas dentro de la oficina de farmacia: el Farmacéutico titular.

COMUNIDAD AUTÓNOMA	REGULACIÓN	FIGURAS PROFESIONALES RECONOCIDAS DENTRO DE LA OFICINA DE FARMACIA
		FARMACÉUTICO ADJUNTO
	Define la figura del farmacéutico adjunto: Derechos, deberes, actuación profesional. (Respuesta: si/no/ artículo que lo recoge)	
ANDALUCIA	*Ley 22/2007, de 18 de Diciembre, de Farmacia en Andalucía.*	Si. *Art.22*, *Art.23* y Art.24.
ARAGÓN	*Ley 4/1999, de 25 de Marzo, de Ordenación Farmacéutica para Aragón.*	Si. *Art.7 y Art.8.*
ASTURIAS	*Ley 1/2007, de 16 de Marzo, de Atención y Ordenación Farmacéutica de Asturias.*	Si. *Art.5 y Art.27.*
CANARIAS	*Ley 4/2005, de 13 de Julio, de Ordenación Farmacéutica de Canarias.*	Si. *Art.8 y Art.14.*
CANTABRIA	*Ley 7/ 2001, de 19 de Diciembre, de Ordenación Farmacéutica de Cantabria.*	Si. *Art.8 y Art.12.*
CASTILLA y LEÓN	*Ley 13/2001, de 20 de Diciembre, de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad de Castilla y León.*	Si. *Art. 12, 13 y 14*
CASTILLA-LA MANCHA	*Ley 5/2005, de 27 de Junio, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha.*	Si. *Art.19, Art.26 y Art.29.*
CATALUÑA	*Ley 31/1991, de Diciembre, de Ordenación Farmacéutica de Cataluña.*	Si. *Art.2 y Art.3.*
ISLAS BALEARES	*Ley 7/1998, de 12 de Noviembre, de Ordenación farmacéutica de las Islas Baleares.*	Si. *Art.5, Art. 7 y Art.12.*
EXTREMADURA	*Ley 6/2006, de 9 de Noviembre, de Farmacia de Extremadura.*	Si. *Art.11 y Art.17.*
GALICIA	*Ley 5/1999, de 21 de Mayo, de Ordenación Farmacéutica de Galicia.*	Si. *Art.8 y Art.14.*
LA RIOJA	*Ley 8/1998, de 16 de Junio, de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad Autónoma de la Rioja y Ley7/2006 de modificación de la Ley8/1998, de 16 de Junio, de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad Autónoma de la Rioja.*	Si. *Art.5, Art.6 y Art.7 de la Ley 8/1998 y Art. 4 de la Ley 7/2006.*
MADRID	*Ley 19/1998, de 25 de Noviembre, de Ordenación y Atención Farmacéutica de la Comunidad de Madrid.*	Si. Sección 1ª. De la definición, funciones y servicios de la oficina de farmacia *(Arts. 9-22) Art.23, Art.24, Art.25, Art. 26, Art.27 y Art.28.*
MURCIA	*Ley 3/1997, de 28 de Mayo, de Ordenación Farmacéutica de la Región de Murcia*	Si. *Art.8 y Art.12.*
NAVARRA	*Ley Foral 12/2000, de 16 de Noviembre, de Atención Farmacéutica de Navarra.*	Si. Art.11, Art.14 y Art.18.
PAIS VASCO	*Ley 11/1994, de 17 de Junio, de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad Autónoma del País Vasco.*	Si. *Art.5 y Art.6.*
VALENCIA	*Ley 6/1998, de 22 de Junio, de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad Valenciana.*	Si. *Art.8, Art.10 y Art.11.*
CIUDAD AUTÓNOMA		
CEUTA	*Reglamento Regulador de las Jornadas y Horarios de las Oficinas de Farmacia de la Ciudad de Ceuta.*	No.
MELILLA	*Decreto 1023, de 15 de Marzo de 2007. Reglamento de Oficinas de Farmacia. Melilla.*	Si. *Art. 6, Art.12, Art.15 y Art.16.*

Tabla 9. Cuadro resumen III: Reglamentación autonómica en materia de Ordenación Farmacéutica. Análisis de las figuras profesionales reconocidas dentro de la oficina de farmacia: el Farmacéutico adjunto.

COMUNIDAD AUTÓNOMA	REGULACIÓN	FIGURAS PROFESIONALES RECONOCIDAS DENTRO DE LA OFICINA DE FARMACIA
		FARMACÉUTICO SUSTITUTO
	Define la figura del farmacéutico sustituto: Derechos, deberes, actuación profesional. (Respuesta: si/no/ artículo que lo recoge)	
ANDALUCIA	*Ley 22/2007, de 18 de Diciembre, de Farmacia en Andalucía.*	Si. *Art. 22*, Art. *23* y *Art. 24*.
ARAGÓN	*Ley 4/1999, de 25 de Marzo, de Ordenación Farmacéutica para Aragón.*	Si.*Art.7 y Art.8.*
ASTURIAS	*Ley 1/2007, de 16 de Marzo, de Atención y Ordenación Farmacéutica de Asturias.*	Si. *Art.5* y *Art.6.*
CANARIAS	*Ley 4/2005, de 13 de Julio, de Ordenación Farmacéutica de Canarias.*	Si. *Art.8.y Art. 13.*
CANTABRIA	*Ley 7/ 2001, de 19 de Diciembre, de Ordenación Farmacéutica de Cantabria.*	Si. *Art.8 y Art. 11*
CASTILLA y LEÓN	*Ley 13/2001, de 20 de Diciembre, de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad de Castilla y León.*	Si. *Art. 12, 13 y 14*
CASTILLA-LA MANCHA	*Ley 5/2005, de 27 de Junio, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha.*	Si. *Art.19, Art.26 y Art.28.*
CATALUÑA	*Ley 31/1991, de Diciembre, de Ordenación Farmacéutica de Cataluña.*	Si. *Art.2 y Art.3.*
ISLAS BALEARES	*Ley 7/1998, de 12 de Noviembre, de Ordenación farmacéutica de las Islas Baleares.*	Si. *Art.5, Art. 7 y Art.11.*
EXTREMADURA	*Ley 6/2006, de 9 de Noviembre, de Farmacia de Extremadura.*	Si. *Art.11 y Art.16.*
GALICIA	*Ley 5/1999, de 21 de Mayo, de Ordenación Farmacéutica de Galicia.*	Si. *Art.8 y Art.13.*
LA RIOJA	*Ley 8/1998, de 16 de Junio, de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad Autónoma de la Rioja y Ley7/2006 de modificación de la Ley8/1998, de 16 de Junio, de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad Autónoma de la Rioja.*	Si. *Art.5, Art.6 y Art.7 de la Ley 8/1998 y Art. 4 de la Ley 7/2006.*
MADRID	*Ley 19/1998, de 25 de Noviembre, de Ordenación y Atención Farmacéutica de la Comunidad de Madrid.*	Si. Sección 1ª. De la definición, funciones y servicios de la oficina de farmacia *(Arts. 9-22) Art.23, Art.24, Art. 26, Art.27 y Art.28.*
MURCIA	*Ley 3/1997, de 28 de Mayo, de Ordenación Farmacéutica de la Región de Murcia*	Si. *Art.8 y Art.11.*
NAVARRA	*Ley Foral 12/2000, de 16 de Noviembre, de Atención Farmacéutica de Navarra.*	Si. Art.11, Art.14 y Art.17.
PAIS VASCO	*Ley 11/1994, de 17 de Junio, de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad Autónoma del País Vasco.*	Si. *Art.5 y Art.6.*
VALENCIA	*Ley 6/1998, de 22 de Junio, de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad Valenciana.*	Si. *Art.8, Art.10 y Art.11.*
CIUDAD AUTÓNOMA		
CEUTA	*Reglamento Regulador de las Jornadas y Horarios de las Oficinas de Farmacia de la Ciudad de Ceuta.*	No.
MELILLA	*Decreto 1023, de 15 de Marzo de 2007. Reglamento de Oficinas de Farmacia. Melilla.*	Si. *Art. 6, Art.11, Art.15 y Art.16.*

Tabla 10. Cuadro resumen IV: Reglamentación autonómica en materia de Ordenación Farmacéutica. Análisis de las figuras profesionales reconocidas dentro de la oficina de farmacia: el Farmacéutico sustituto.

Los supuestos genéricos en los que se podría autorizar un farmacéutico sustituto son: vacaciones anuales, enfermedad o invalidez temporal (deficiencia física o psíquica no persistente), maternidad, cargo público, corporativo o profesional, servicio militar o prestación social sustitutoria, estudios relacionados con la profesión (especialización o capacitación) y otras situaciones análogas a las anteriores.[168]

[168] OFFARM. Vol. 22, nº 11. Diciembre de 2003.

COMUNIDAD AUTÓNOMA	REGULACIÓN	FIGURAS PROFESIONALES RECONOCIDAS DENTRO DE LA OFICINA DE FARMACIA
		FARMACÉUTICO REGENTE
	Define la figura del farmacéutico regente: Derechos, deberes, actuación profesional. (Respuesta: si/no/ artículo que lo recoge)	
ANDALUCIA	*Ley 22/2007, de 18 de Diciembre, de Farmacia en Andalucía.*	Si. *Art. 22*, Art. *23* y Art. *24*.
ARAGÓN	*Ley 4/1999, de 25 de Marzo, de Ordenación Farmacéutica para Aragón.*	Si. *Art.7 y Art.8.*
ASTURIAS	*Ley 1/2007, de 16 de Marzo, de Atención y Ordenación Farmacéutica de Asturias.*	Si. *Art.5* y *Art.25.*
CANARIAS	*Ley 4/2005, de 13 de Julio, de Ordenación Farmacéutica de Canarias.*	Si. *Art.8 y Art.12.*
CANTABRIA	*Ley 7/ 2001, de 19 de Diciembre, de Ordenación Farmacéutica de Cantabria.*	Si. *Art.8 y Art.10.*
CASTILLA y LEÓN	*Ley 13/2001, de 20 de Diciembre, de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad de Castilla y León.*	Si. *Art. 12, 13 y 14*
CASTILLA-LA MANCHA	*Ley 5/2005, de 27 de Junio, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha.*	Si. *Art.19, Art.26 y Art.27.*
CATALUÑA	*Ley 31/1991, de Diciembre, de Ordenación Farmacéutica de Cataluña.*	Si. *Art.2 y Art.3.*
ISLAS BALEARES	*Ley 7/1998, de 12 de Noviembre, de Ordenación farmacéutica de las Islas Baleares.*	Si. *Art.5, Art. 7 y Art.9.*
EXTREMADURA	*Ley 6/2006, de 9 de Noviembre, de Farmacia de Extremadura.*	Si. *Art.11 y Art.15.*
GALICIA	*Ley 5/1999, de 21 de Mayo, de Ordenación Farmacéutica de Galicia.*	Si. *Art.8 y Art.12.*
LA RIOJA	*Ley 8/1998, de 16 de Junio, de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad Autónoma de la Rioja y Ley7/2006 de modificación de la Ley8/1998, de 16 de Junio, de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad Autónoma de la Rioja.*	Si. *Art.5, Art.6 y Art.7 de la Ley 8/1998 y Art. 4 de la Ley 7/2006.*
MADRID	*Ley 19/1998, de 25 de Noviembre, de Ordenación y Atención Farmacéutica de la Comunidad de Madrid.*	Si. Sección 1ª. De la definición, funciones y servicios de la oficina de farmacia *(Arts. 9-22) Art.23, Art.24, Art. 26, Art.27 y Art.28.*
MURCIA	*Ley 3/1997, de 28 de Mayo, de Ordenación Farmacéutica de la Región de Murcia*	Si. *Art.8 y Art.10.*
NAVARRA	*Ley Foral 12/2000, de 16 de Noviembre, de Atención Farmacéutica de Navarra.*	Si. Art.11, Art.14 y Art.16.
PAIS VASCO	*Ley 11/1994, de 17 de Junio, de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad Autónoma del País Vasco.*	Si. *Art.5 y Art.6.*
VALENCIA	*Ley 6/1998, de 22 de Junio, de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad Valenciana.*	Si. *Art.8, Art.10 y Art.11.*
CIUDAD AUTÓNOMA		
CEUTA	*Reglamento Regulador de las Jornadas y Horarios de las Oficinas de Farmacia de la Ciudad de Ceuta.*	No.
MELILLA	*Decreto 1023, de 15 de Marzo de 2007. Reglamento de Oficinas de Farmacia. Melilla.*	Si. *Art. 6, Art.10, Art.15 y Art.16.*

Tabla 11. Cuadro resumen V: Reglamentación autonómica en materia de Ordenación Farmacéutica. Análisis de las figuras profesionales reconocidas dentro de la oficina de farmacia: el Farmacéutico regente.

Las Ordenanzas de Farmacia de 1860 señalaban en su artículo 4 al farmacéutico regente como una de las figuras profesionales encargadas de ejercer la profesión[169]. Normas posteriores (de 1905 a 1974) ampliaron la posibilidad de nombramiento de regente a diferentes situaciones. En la actualidad son las Comunidades autónomas las que establecen las situaciones y plazos en los que puede ejercer un farmacéutico regente.

[169] *Locus cit.* en nota 23, p.1.

COMUNIDAD AUTÓNOMA	REGULACIÓN	FIGURAS PROFESIONALES RECONOCIDAS DENTRO DE LA OFICINA DE FARMACIA
		TECNICO EN FARMACIA
	Define la figura del técnico en farmacia: Derechos, deberes, actuación profesional. (Respuesta: si/no/ artículo que lo recoge)	
ANDALUCIA	*Ley 22/2007, de 18 de Diciembre, de Farmacia en Andalucía.*	Si. *Art.24.*
ARAGÓN	*Ley 4/1999, de 25 de Marzo, de Ordenación Farmacéutica para Aragón.*	No.
ASTURIAS	*Ley 1/2007, de 16 de Marzo, de Atención y Ordenación Farmacéutica de Asturias.*	Si. (de manera implícita por ser este el nombre de la titulación académica oficial). *Art.28.*
CANARIAS	*Ley 4/2005, de 13 de Julio, de Ordenación Farmacéutica de Canarias.*	Si. *Art.15.*
CANTABRIA	*Ley 7/ 2001, de 19 de Diciembre, de Ordenación Farmacéutica de Cantabria.*	Si. *Art.13.*
CASTILLA y LEÓN	*Ley 13/2001, de 20 de Diciembre, de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad de Castilla y León.*	No.
CASTILLA-LA MANCHA	*Ley 5/2005, de 27 de Junio, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha.*	No.
CATALUÑA	*Ley 31/1991, de Diciembre, de Ordenación Farmacéutica de Cataluña.*	No.
ISLAS BALEARES	*Ley 7/1998, de 12 de Noviembre, de Ordenación farmacéutica de las Islas Baleares.*	No.
EXTREMADURA	*Ley 6/2006, de 9 de Noviembre, de Farmacia de Extremadura.*	Si. *Art.18.*
GALICIA	*Ley 5/1999, de 21 de Mayo, de Ordenación Farmacéutica de Galicia.*	Si. *Art.14.*
LA RIOJA	*Ley 8/1998, de 16 de Junio, de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad Autónoma de la Rioja y Ley7/2006 de modificación de la Ley8/1998, de 16 de Junio, de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad Autónoma de la Rioja.*	No.
MADRID	*Ley 19/1998, de 25 de Noviembre, de Ordenación y Atención Farmacéutica de la Comunidad de Madrid.*	No.
MURCIA	*Ley 3/1997, de 28 de Mayo, de Ordenación Farmacéutica de la Región de Murcia*	No.
NAVARRA	*Ley Foral 12/2000, de 16 de Noviembre, de Atención Farmacéutica de Navarra.*	Si. Art.19.
PAIS VASCO	*Ley 11/1994, de 17 de Junio, de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad Autónoma del País Vasco.*	No.
VALENCIA	*Ley 6/1998, de 22 de Junio, de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad Valenciana.*	Si. *Art.11.*
CIUDAD AUTÓNOMA		
CEUTA	*Reglamento Regulador de las Jornadas y Horarios de las Oficinas de Farmacia de la Ciudad de Ceuta.*	No.
MELILLA	*Decreto 1023, de 15 de Marzo de 2007. Reglamento de Oficinas de Farmacia. Melilla.*	No.

Tabla 12. Cuadro resumen VI: Reglamentación autonómica en materia de Ordenación Farmacéutica. Análisis de las figuras profesionales reconocidas dentro de la oficina de farmacia: Técnico en farmacia.

COMUNIDAD AUTÓNOMA	FIGURAS PROFESIONALES RECONOCIDAS DENTRO DE LA OFICINA DE FARMACIA
	OTRAS CATEGORIAS PROFESIONALES
	Define otras categorías profesionales: Derechos, deberes, actuación profesional. (Respuesta: si/no/ artículo que lo recoge)
ANDALUCIA	Si. Recoge la posibilidad de presencia de personal auxiliar en la oficina de farmacia bajo la supervisión de un farmacéutico en el *Art.24* pero impide el trabajo de los mismos si no están en posesión del título oficial de Técnico en Farmacia. Para solventar este problema la disposición transitoria tercera afirma que el personal auxiliar sin título oficial de Técnico en Farmacia podrá desempeñar las tareas propias de este personal si se encuentra entre los siguientes supuestos: 1. Si a la entrada en vigor de la ley se encontraban desempeñando su labor profesional dentro de una oficina de farmacia y contaban con más de dos años de ejercicio profesional. 2. Si en los diez años previos a la entrada de la ley acumulaban más de tres años de experiencia como auxiliar de farmacia.
ARAGÓN	Si. El *Art.8* hace mención a la presencia de personal auxiliar en la oficina de farmacia.
ASTURIAS	Si. Recoge la posibilidad de presencia de personal auxiliar en la oficina de farmacia bajo la supervisión de un farmacéutico en el *Art.28*. La disposición transitoria tercera que versa sobre la titulación académica del personal técnico y auxiliar indica que lo expuesto en el *Art. 28.3*. sobre la necesidad de la titulación académica oficial no será aplicable al personal que esté prestando servicio en una oficina de farmacia a la entrada en vigor de la ley. Al igual que el técnico en farmacia desempeñarán todas aquellas funciones que no requieran de la condición de farmacéutico.
CANARIAS	No.
CANTABRIA	Si. El *Art. 13* recoge la posible presencia de personal auxiliar, independientemente de la presencia o ausencia del personal técnico, cuyas actividades serán aquellas que no requieran de la condición de farmacéutico y se desarrollaran bajo la supervisión del farmacéutico responsable.
CASTILLA y LEÓN	Si. El *Art. 13* recoge la presencia de personal auxiliar como colaborador del farmacéutico titular, regente o sustituto. Es responsabilidad del titular la adecuada formación del personal auxiliar.
CASTILLA-LA MANCHA	Si. Define al personal auxiliar de oficina de farmacia en los *Art.26 y Art. 30* como aquel que ejerce sus funciones en colaboración con los profesionales farmacéuticos y bajo su supervisión independientemente de la titulación que tengan.
CATALUÑA	Si. Permite la colaboración de personal auxiliar en el *Art.3*. Debido a la antigüedad de la ley, no se contempla la figura de Técnico en Farmacia, pues no existía la titulación como tal.
ISLAS BALEARES	Si. Permite la colaboración de personal auxiliar en el *Art.12*. Debido a la antigüedad de la ley, no se contempla la figura de Técnico en Farmacia, pues no existía la titulación como tal.
EXTREMADURA	Si. El *Art. 18* reconoce la presencia de personal auxiliar en la oficina de farmacia que desarrollará las actividades propias de su habilitación.
GALICIA	Si. El *Art. 14* reconoce la presencia de personal auxiliar en la oficina de farmacia.
LA RIOJA	Si. *Art.6* de la Ley 8/1998 y *Art. 4* de la Ley 7/2006 autorizan al farmacéutico a contar con la ayuda de personal auxiliar.
MADRID	No.
MURCIA	Si. El *Art. 12* reconoce la presencia de personal auxiliar en la oficina de farmacia.
NAVARRA	Si. El *Art. 19* reconoce la presencia de personal auxiliar en la oficina de farmacia.
PAIS VASCO	Si. El *Art. 6* reconoce la presencia de personal auxiliar en la oficina de farmacia.
VALENCIA	Si. El *Art.11 i*ncluyéndose en el mismo el personal técnico y auxiliar junto a los ayudantes y administrativos haciendo hincapié en la coexistencia de ambos sexos dentro del personal de la oficina de farmacia.
CIUDAD AUTÓNOMA	
CEUTA	No.
MELILLA	Si. El *Art. 13* reconoce la colaboración del personal auxiliar en la oficina de farmacia.

Tabla 13. Cuadro resumen VII: Reglamentación autonómica en materia de Ordenación Farmacéutica.

Análisis de las figuras profesionales reconocidas dentro de la oficina de farmacia: otras categorías.

IV. MARCO LEGAL III: CONVENIOS COLECTIVOS

IV.1. BREVE RECUERDO HISTÓRICO

Para tratar los convenios colectivos en España dentro del contexto de la contratación laboral en la oficina de farmacia conviene remontarse a la historia de las relaciones laborales.

Antes de la Segunda República (1931-1939) la legislación existente en materia laboral era escasa, el dictador Primo de Rivera realizó diversos intentos para organizar de manera corporativa el Estado Español, culminando esos intentos en la promulgación el 23 de agosto de 1926 del Código del Trabajo[170], el cual recoge de manera sistematizada la normativa laboral que se había dictado hasta el momento y se caracteriza por ser el primer texto legal que regulaba el contrato de trabajo.

Durante el periodo republicano-socialista (bienio reformista de la Segunda República 1931-1933), el gobierno, presidido por Manuel Azaña, intenta solucionar los graves problemas sociales existentes, entre ellos el paro obrero y la reforma agraria pero no lo consigue. Los dos aspectos del programa reformista que ofrecían mayor interés para los socialistas eran la reforma agraria y la transformación de las relaciones socio-laborales a través de los instrumentos de previsión y mediación en manos del Estado. Ambas líneas se integraban en un proyecto socialdemócrata que buscaba, a través de una actuación, no específicamente socialista por lo menos a corto plazo, y en alianza con la burguesía progresista; otorgar a los trabajadores, a través de sus sindicatos, la posibilidad de aumentar paulatinamente su control sobre las empresas y, en definitiva, sobre el conjunto del sistema económico y de "relaciones de clase".

El Ministerio de Trabajo y Previsión Social, presidido en esta etapa por Francisco Largo Caballero centró sus esfuerzos en un proyecto de reforma integral el cual implicaba, a partir de una cierta continuidad con el modelo corporativista de Primo de Rivera, una reforma total del sistema de relaciones laborales, respaldado por UGT y los partidos de izquierda mayoritarios en el Parlamento. Favorecida por ambas condiciones, la reforma se plasmó durante la etapa preconstitucional en una serie de decretos, dirigidos en su mayoría a mejorar la situación del campesinado. Posteriormente, las Cortes otorgaron rango de Ley a estas medidas y aprobaron otras. Ocho fueron las iniciativas legales básicas del Ministerio de Trabajo en el primer bienio.

[170] Real Decreto Ley, de 23 de agosto, del Código del Trabajo. Gaceta de Madrid, nº 244, 1-09-1926, p. 1298-1311.

La mitad de ellas se referían propiamente a la regulación del mercado laboral: la Ley de Contratos de Trabajo, la de Jurados Mixtos, la de Colocación Obrera y la de Intervención Obrera en la gestión de la Industria. Si bien esta última, que estaba destinada a ser la pieza fundamental del proyecto, no llegó a ver la luz dada la brevedad de la etapa reformista y los obstáculos que se opusieron a esta normativa por parte de los grupos económicos. Las dos primeras leyes alcanzaron cierto desarrollo e incidieron notablemente en la evolución de la coyuntura social.

La **Ley Relativa al Contrato de Trabajo, de 21 de noviembre de 1931**[171] afectaba al conjunto de los trabajadores y establecía normas obligatorias para la contratación laboral. *Su aspecto fundamental era la regulación de los convenios colectivos, negociados por los representantes de las patronales y de los sindicatos por períodos mínimos de dos años y que obligaban a ambas partes. Contenía, además, normas sobre los salarios, dictaminaba las condiciones de suspensión y rescisión de los contratos, establecía siete días de vacaciones pagadas al año y protegía el derecho a la huelga que, bajo ciertas condiciones, no podía ser causa de despido.*

En el apartado de los seguros sociales, se dio un considerable impulso a su obligatoriedad y universalización, apoyándose en las recomendaciones de la Organización Internacional del Trabajo y en la labor organizativa del Instituto Nacional de Previsión, aunque no se pudo establecer la unificación del sistema en un régimen general, tanto por falta de tiempo y recursos como por la resistencia de los empresarios y de los propios trabajadores a incrementar sus cuotas de afiliación. Se establecieron, con carácter obligatorio, los Seguros de Maternidad[172] y de Accidentes de Trabajo.[173]

A pesar de estas medidas, la conflictividad laboral fue en aumento durante el primer bienio. Las causas de este proceso fueron múltiples, pero fundamentalmente se basa en la lentitud y moderación de las reformas que generaban descontento en todos los sectores: político, sindical, empresarial, etc,...[174] Los graves incidentes ocurridos en Casas Viejas obligan al gobierno de Azaña a dimitir sin haber completado las reformas agrarias y laborales. Durante el

[171] Ley, de 21 de noviembre, Relativa al Contrato de Trabajo. Gazeta de Madrid nº 326, 22-11-1931, p.1130-1138.
[172] Decreto, de 26 de mayo, por el que se implanta el Seguro Obligatorio de Maternidad. Gazeta de Madrid nº 147, 27-05-1931, p.963 a 964.
[173] Decreto, de 10 de octubre de 1932, relativo al texto refundido de la legislación de Accidentes de Trabajo en la industria. Gazeta de Madrid nº 286, 12-10-1932, p.218-224.
[174] GIL PECHARROMAN, J. La legislación socio-laboral. Época: Segunda República. Artehistoria Revista digital. Disponible on-line en: http://www.artehistoria.jcyl.es/histesp/contextos/7194.htm; 27/05/2010.

bienio radical-cedista (1933-1936) Alejandro Lerroux, al frente de partidos mayoritariamente de derecha y centro, se hace cargo del gobierno paralizando algunas de las reformas laborales del gobierno anterior[175], provocando el encono de los grupos de izquierda, el estallido republicano del movimiento obrero principalmente en Asturias y la dimisión del presidente en enero de 1936. En este contexto se desarrollan los acontecimientos por todos conocidos: el 17 de julio de 1936 se subleva una parte del ejército contra la legalidad republicana desencadenando un conflicto civil que se extiende hasta finales de marzo de 1939.

Tras la Guerra Civil, el "Nuevo Estado" estableció un sistema de relaciones laborales donde se primaba el monopolio estatal en la fijación de las condiciones de trabajo. En los primeros años de la Dictadura se impuso la interpretación del Derecho del Trabajo anticontractualista, oponiéndose tanto al contrato individual como al colectivo. Es decir, se optó por una relación de trabajo en la que el igualitarismo del acuerdo del contrato se sustituyó por una inserción jerarquizada del individuo en la empresa, entendida ésta como comunidad de trabajo que vincula a sus miembros con nexos de hermandad y cooperación, apoyándose para eso en la creación de una Organización Sindical que pugnaba por el sometimiento de los intereses de los trabajadores a los del Estado y en el Fuero del Trabajo[176] (declaración de principios en materia socio-laboral). [177]

Hasta 1958 las relaciones laborales estuvieron extremadamente condicionadas por el modelo citado, el cual mostró cierta efectividad para impedir el conflicto social. Pero la necesidad de variar la política económica (medidas pre-estabilizadoras), así como el resurgir de la oposición obrera llevaron al establecimiento de una mayor autonomía de empresarios y trabajadores a la hora de fijar las condiciones laborales, aunque siempre bajo la atenta mirada de la Organización Sindical y del Ministerio de Trabajo. La aprobación en 1958 de la Ley de Convenios Colectivos Sindicales[178] implicó un paso limitado en la autonomía de las partes, no comparable con los sistemas de negociación colectiva de los países democráticos de nuestro entorno, ya que seguía siendo considerable la intervención estatal en la iniciación, desarrollo y aprobación de los convenios colectivos. La negociación colectiva comenzó en 1958, año en el que se firman siete convenios que afectan a más de dieciocho mil trabajadores, pero no será

[175] http://www.cervantesvirtual.com/historia/monarquia/republica2.shtml; 26-05-2010.
[176] Decreto, de 9 de marzo, de aprobación del Fuero del Trabajo. BOE nº 505, 10-03-1938, p.6178-6181.
[177] MATEOS A., SOTO A. Relaciones laborales y conflictividad social. Época: Franquismo. Artehistoria Revista Digital. Disponible on line en: http://www.artehistoria.jcyl.es/histesp/contextos/7422.htm; 27-05-2010.
[178] Ley, de 24 de abril de 1958, sobre Convenios Colectivos Sindicales. BOE nº 99, de 25-04-1958, p.739-740.

hasta 1962 cuando adquiera importancia. A partir de 1969 los convenios comienzan a tener una vigencia anual, rompiendo así la tendencia de los convenios de larga duración.

En materia de relaciones laborales, en el sector farmacia se ha de destacar que desde el Real Decreto de 18 de abril de 1860, por el que se aprueban las Ordenanzas Para el Ejercicio de la Profesión Farmacéutica (23), cuyos artículos 9 y 10 disponen el régimen de contratación laboral en la oficina de farmacia en la España (77), hasta el año 1948 cuando se promulga la Reglamentación Nacional de Trabajo en las Farmacias (80) no existe como tal un Convenio Colectivo de Oficinas de Farmacia, reservándose los convenios para empresas de más de 100 trabajadores donde la conflictividad laboral se presuponía más elevada. La Reglamentación Nacional del Trabajo en las Farmacias (80), por su contenido, y unido al hecho de que no permaneció estática pues sufrió diversas actualizaciones de las tablas salariales y el establecimiento o derogación de los Plus de Carestía de vida, en concreto en 1950[179] y en 1956[180], como ya se analizó al tratar de la evolución histórica del personal en la oficina de farmacia durante el siglo XX; plantea el interrogante de si en sí misma constituye la estructura general y sirve como base de los convenios colectivos de farmacia actuales, dejando a un lado la necesidad del consenso entre las partes implicadas en la redacción de los mismos.

Es muy importante destacar que la Reglamentación Nacional de Trabajo en la Farmacia de 1948 (80) se mantiene vigente (con diversas actualizaciones) hasta 1967, momento en el que entra en vigor la Resolución de la Dirección General de Ordenación del Trabajo por la cual se aprueba el Convenio Colectivo Sindical de ámbito interprovincial de Oficinas de Farmacia (84). Este Convenio de dos años de duración presentaba como peculiaridad su prorrogabilidad tácita, de año en año, de no mediar un previo aviso, y sus actuaciones principales se centraron en las modificaciones salariales, actualizando el cuadro de salarios de 1956.

[179] Orden de 10 de noviembre de 1950 por la que se establece un plus de carestía de vida en favor del personal comprendido en la Reglamentación Nacional de Trabajo en las Farmacias. BOE nº327, 23-11-1950, p.5445.
[180] Orden de 26 de Octubre de 1956 por la que se modifica el Cuadro de Salarios del artículo 22 de la Reglamentación Nacional de Trabajo en las Farmacias. BOE nº308, 3-11-1956, p.6961.

IV.2. INDICE DE CONVENIOS DE 1981 A 2010

El Convenio Colectivo Sindical de ámbito interprovincial de Oficinas de Farmacias de 1967 (84), junto a las Ordenanzas Laborales de Oficinas de Farmacia de 1975 (93) que fijan los salarios de todo el personal de la oficina de farmacia y establecen la cuantía de los complementos por antigüedad y las gratificaciones sirve como modelo a los convenios colectivos farmacéuticos de la era democrática.

En 1979, la Dirección General de Trabajo homologa el Convenio Colectivo de Trabajo, de ámbito nacional, para Oficinas de Farmacia de 8 de Mayo de 1979[181], que tuvo carácter de Convenio-marco y estableció "las condiciones mínimas para la totalidad de Empresas y Trabajadores incluidos en el ámbito tanto personal como territorial y funcional de la Ordenanza Laboral para las Oficinas de Farmacia, aprobada por Orden Ministerial el 10 de Febrero de 1975". Este convenio se mantuvo vigente hasta el 30 de octubre de 1980, fecha en la cual la Dirección General de Trabajo dictó un Laudo de Obligado Cumplimiento para el sector Oficinas de Farmacia[182] en el cual se especifica el conflicto laboral suscitado entre los representantes del colectivo de auxiliares y los representantes del colectivo empresarial debido a la crisis reinante en el sector farmacias. El Laudo de Obligado Cumplimiento (181) prorrogó el Convenio Colectivo de Trabajo para Oficinas de Farmacia de 1979 (180) hasta el 31 de Marzo de 1981, incrementando la tabla salarial un 12,5% respecto a 1975 y obligando a adaptar al Estatuto de los Trabajadores[183] a aquellos artículos modificados por éste.

A raíz de la aprobación del Estatuto de los Trabajadores (183), y como bien vaticina el Laudo de Obligado Cumplimiento de 1980 (182), los Convenios Colectivos sufren modificaciones sustanciales en distintos artículos pero todos ellos presentan características similares y su homogeneidad permite un análisis más eficaz de los mismos. A continuación, se indexan todos los Convenios Laborales de Oficinas de Farmacia firmados entre el año 1981 y el año 2010, junto con los acuerdos laborales, las revisiones salariales, los laudos arbitrales y las correcciones, indicando a su vez el número de BOE, la fecha de publicación y las páginas que los recogen.

[181] Convenio Colectivo de Trabajo, de 8 de Mayo de 1979, de ámbito nacional, para Oficinas de Farmacia. BOE nº 191, 10-08-1979, p. 18867-18869.
[182] Laudo de Obligado Cumplimiento para el sector Oficinas de Farmacia, de 30 de Octubre de 1980. BOE nº269, 8-11-1980, p.24999.
[183] Ley 8/1980, de 10 de Marzo, del Estatuto de los Trabajadores. BOE nº64, 14-03-1980, p. 5799-5815.

CONVENIOS COLECTIVOS DE FARMACIA CON CÓDIGO 9903895 (SECTOR 04 F)								
ACUERDO	CONVENIO	CORRECCIÓN	REVISIÓN SALARIAL	HUELGA	LAUDO ARBITRAL	BOE NÚMERO	BOE FECHA	BOE PÁGINAS
	Texto Año 1981					296	11/12/1981	29004-29005
	Texto Año 1982					231	27/09/1982	26363-26367
			Año 1983			179	28/07/1983	20908-20909
	Texto Año 1984					134	05/06/1984	16070-16075
			Año 1985			121	21/05/1985	14670
	Texto Año 1986					205	27/08/1986	30103-30106
	Texto Año 1987					236	02/10/1987	29526-29529
	Texto Año 1988					148	21/06/1988	19463-19466
	Texto Año 1989					222	16/09/1989	29251-29255
	Texto Año 1990					243	10/10/1990	29864-29868
	Texto Año 1991					290	04/12/1991	39414-39421
	Texto Años 1992-1993					243	09/10/1992	34359-34363
			Año 1993			61	12/03/1993	7860
	Texto Año 1994					35	12/02/1995	4656-4661
	Texto Año 1995					279	22/11/1995	33831-33836
			Año 1995			54	02/03/1996	8460
	Texto Año 1996					220	11/09/1996	27542-27547
		Si				247	12/10/1996	30663
	Texto Año 1997					53	03/03/1998	7354-7361
		Si				111	09/05/1998	15628
	Texto Años 1998-1999					228	02/12/1998	39607-39615
		Si				36	11/02/1999	6355
	Texto Años 2000-2001					179	27/07/2000	26952-26960
		Si				240	06/10/2000	34432
			Años 2000-2001			51	28/02/2001	7642-7643
			Años 2001-2002			58	08/03/2002	9720
		Si				94	19/04/2002	14853-14854
			Año 2002			54	04/03/2003	8544-8545
	Texto Años 2003-2006					161	05/07/2004	24804-24813
			Años 2004-2005			68	21/03/2005	9726
			Años 2005-2006			73	27/03/2006	11772-11773
Salarios Categoría Limpiadora						127	29/05/2006	20119-20120
			Año 2006			101	27/04/2007	18550
	Texto XXIII Años 2007-2010					166	10/07/2008	30408-30423
					Sentencia de la Audiencia nacional 0046/2008 relativa al Texto XXIII	200	19/08/2008	34907-34909

Tabla 14. Convenios colectivos de farmacia. 1980-2010. Fuente: BOE. Elaboración propia.

IV.3. CARACTERÍSTICAS DE LOS CONVENIOS COLECTIVOS DE FARMACIA[184]

El estudio de los diferentes convenios nos permite analizar la evolución experimentada bajo distintos puntos de vista, así respecto a la clasificación del personal, la evolución salarial del mismo o el número de horas trabajadas según su categoría.

IV.3.1.ANÁLISIS DE LA CLASIFICACION FUNCIONAL DEL PERSONAL

La Reglamentación Nacional de Trabajo en las Farmacias de 1948 (80) ya establecía dentro de la clasificación funcional del personal de la oficina de farmacias las figuras de *Facultativo, Auxiliar Mayor, Auxiliar, Ayudante, Aprendiz, Auxiliar de Caja* y *Mozo de Farmacia*. En 1956 tiene lugar una modificación del Cuadro de salarios de la Reglamentación Nacional de Trabajo en las Farmacias (180), y con esta, una actualización de la clasificación funcional del personal en la oficina de farmacia. Este pasa a clasificarse en: *Facultativo, Auxiliar Mayor, Auxiliar con menos de tres años de antigüedad, Auxiliar desde tres años de antigüedad, Aprendiz de primer año, Aprendiz de segundo año, Aprendiz de tercer año, Aprendiz de cuatro año, Auxiliar de Caja de 15 años, Auxiliar de Caja de 18 años, Auxiliar de Caja de 20 años, Auxiliar de Caja de 22 años, Auxiliar de Caja de 25 años, Mozo de farmacia, Personal Administrativo (Oficial, Auxiliar, Aspirante de 14 y 15 años, Aspirante de 16 y 17 años, Jefe Administrativo, Jefe de Sección y Contable) y Personal de Limpieza*. Clasificación que se mantiene vigente en el Convenio Colectivo Sindical de ámbito interprovincial de Oficinas de Farmacia publicado en el BOE el 23 de Octubre de 1967 (84).

Durante la década de los 80, una vez publicado el Estatuto de los Trabajadores de 1980 (183), la clasificación del personal de oficina de farmacia tiende a estabilizarse, desapareciendo de la clasificación funcional los Auxiliares de menos de tres años de antigüedad y de más de tres años de antigüedad pasando a ser Auxiliar diplomado. También desaparecen los Aprendices de primer, segundo, tercer y cuarto año, dando lugar a las figuras de Aprendiz de dieciséis años y Aprendiz de diecisiete años. Se unifican los Auxiliares de Caja en la figura del Auxiliar Administrativo (Caja) y desaparecen los Aspirantes de 14 y 15 años (como consecuencia de la entrada en vigor del Estatuto de los Trabajadores).

[184] Para el análisis de las características de los Convenios Colectivos de Farmacia se ha incluido el XXIII Convenio Colectivo Marco para Oficinas de Farmacia 2007-2010.

COMPARATIVA DE LA CLASIFICACIÓN FUNCIONAL DEL PERSONAL EN LA OFICINA DE FARMACIA. AÑOS 1981-1989									
	1981	1982	1983	1984	1985	1986	1987	1988	1989
Facultativo	x	x	X	x	x	x	X	x	x
Auxiliar Mayor Diplomado	x	x	X	x	x	x	X	x	x
Auxiliar Diplomado	x	x	X	x	x	x	X	x	x
Auxiliar	x	x	X	x	x	x	X	x	x
Ayudante	x	x	X	x	x	x	X	x	x
Aprendiz de dieciséis años	x	x	X	x	x	x	X	x	x
Aprendiz de diecisiete años	x	x	X	x	x	x	X	x	x
Jefe Administrativo	x	x	X	x	x	x	X	x	x
Jefe de Sección	x	x	X	x	x	x	X	x	x
Contable	x	x	X	x	x	x	X	x	x
Oficial Administrativo	x	x	X	x	x	x	X	x	x
Auxiliar Administrativo (Caja)	x	x	X	x	x	x	X	x	x
Aspirante de dieciséis años	x	x	X	x	x	x	X	x	x
Aspirante de diecisiete años	x	x	X	x	x	x	X	x	x
Mozo	x	x	X	x	x	x	X	x	x
Personal de limpieza	x	x	X	x	x	x	X	x	x

Tabla 15. Comparativa de la clasificación funcional del personal en la oficina de farmacia. Años 1981-1989. Elaboración propia.

COMPARATIVA DE LA CLASIFICACIÓN FUNCIONAL DEL PERSONAL EN LA OFICINA DE FARMACIA, AÑOS 1990-1999										
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Facultativo	x	x	x	X	x	x	x	X	x	x
Auxiliar Mayor Diplomado	x	x	x	X	x	x	x	X	x	x
Auxiliar Diplomado	x	x	x	X	x	x	x	X	x	x
Técnico en Farmacia							x	X	x	x
Auxiliar	x	x	x	X	x	x	x	x	x	x
Ayudante	x	x	x	X	x	x	x	x	x	x
Aprendiz de dieciséis años	x	x	x	X	x	x	x	x	x	x
Aprendiz de diecisiete años	x	x	x	X	x	x	x	x	x	x
Jefe Administrativo	x	x	x	X	x	x	x	x	x	x
Jefe de Sección	x	x	x	X	x	x	x	x	x	x
Contable	x	x	x	X	x	x	x	x	x	x
Oficial administrativo	x	x	x	X	x	x	x	x	x	x
Auxiliar Administrativo (Caja)	x	x	x	X	x	x	x	x	x	x
Aspirante de dieciséis años	x	x	x	X	x	x	x	x	x	x
Aspirante de diecisiete años	x	x	x	X	x	x	x	x	x	x
Mozo	x	x	x	X	x	x	x	x	x	x
Personal de limpieza	x	x	x	X	x	x	x	x	x	x

Tabla 16. Comparativa de la clasificación funcional del personal en la oficina de farmacia. Años 1990-1999. Elaboración propia.

COMPARATIVA DE LA CLASIFICACIÓN FUNCIONAL DEL PERSONAL EN LA OFICINA DE FARMACIA, AÑOS 2000-2009										
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Facultativo	x	x	x	x	X	x	x	x	x	
Auxiliar Mayor Diplomado	x	x	x	x	X	x	x	A extinguir	A extinguir	
Auxiliar Diplomado	x	x	x	x	X	x	x	A extinguir	A extinguir	
Técnico en Farmacia	x	x	x	x	X	x	x	x	x	
Auxiliar	x	x	x	x	X	x	x	x	x	
Ayudante	x	x	x	x	X	x	x	A extinguir	A extinguir	
Aprendiz de dieciséis años	x	x	x	x	X	x	x			
Aprendiz de diecisiete años	x	x	x	x	X	x	x			
Jefe administrativo	x	x	x	x	X	x	x	x	x	
Jefe de Sección	x	x	x	x	X	x	x	A extinguir	A extinguir	
Contable	x	x	x	x	X	x	x	A extinguir	A extinguir	
Administrativo								x	x	
Oficial administrativo	x	x	x	x	X	x	x	A extinguir	A extinguir	
Auxiliar administrativo (Caja)	x	x	x	x	X	x	x	A extinguir	A extinguir	
Aspirante de dieciséis años	x	x	x	x	X	x	x			
Aspirante de diecisiete años	x	x	x	x	X	x	x			
Mozo	x	x	x	x	X	x	x	x	x	
Personal de limpieza	x	x	x	x	X	x	x	x	x	

Tabla 17. Comparativa de la clasificación funcional del personal en la oficina de farmacia. Años 2000-2009. Elaboración propia.

En la década de los 90 la clasificación funcional del personal de farmacia experimentó pocas variaciones a excepción del reconocimiento, vía convenio colectivo, en el año 1996, de la figura del Técnico en Farmacia, esto se debe a la definición del marco legislativo por medio de los Reales Decretos 547 (104) y 559 (105), ambos de 7 de Abril de 1995, donde se establecen, dentro de los estudios de formación profesional, el título oficial de Técnico en Farmacia con su correspondiente definición de competencias profesionales y de currículo del ciclo formativo de grado medio respectivamente.

Las grandes modificaciones dentro de la clasificación funcional del personal en la oficina de farmacia tienen lugar en el año 2007, momento en el cual se definen, por medio de un polémico convenio colectivo, las figuras a extinguir durante la vigencia del mismo. Estas figuras son: Auxiliar Mayor Diplomado, Auxiliar Diplomado, Ayudante, Aprendiz de dieciséis años, Aprendiz de diecisiete años, Jefe de Sección, Contable, Oficial Administrativo, Auxiliar administrativo (Caja), Aspirante de dieciséis años y Aspirante de diecisiete años (Ver diagrama 7).

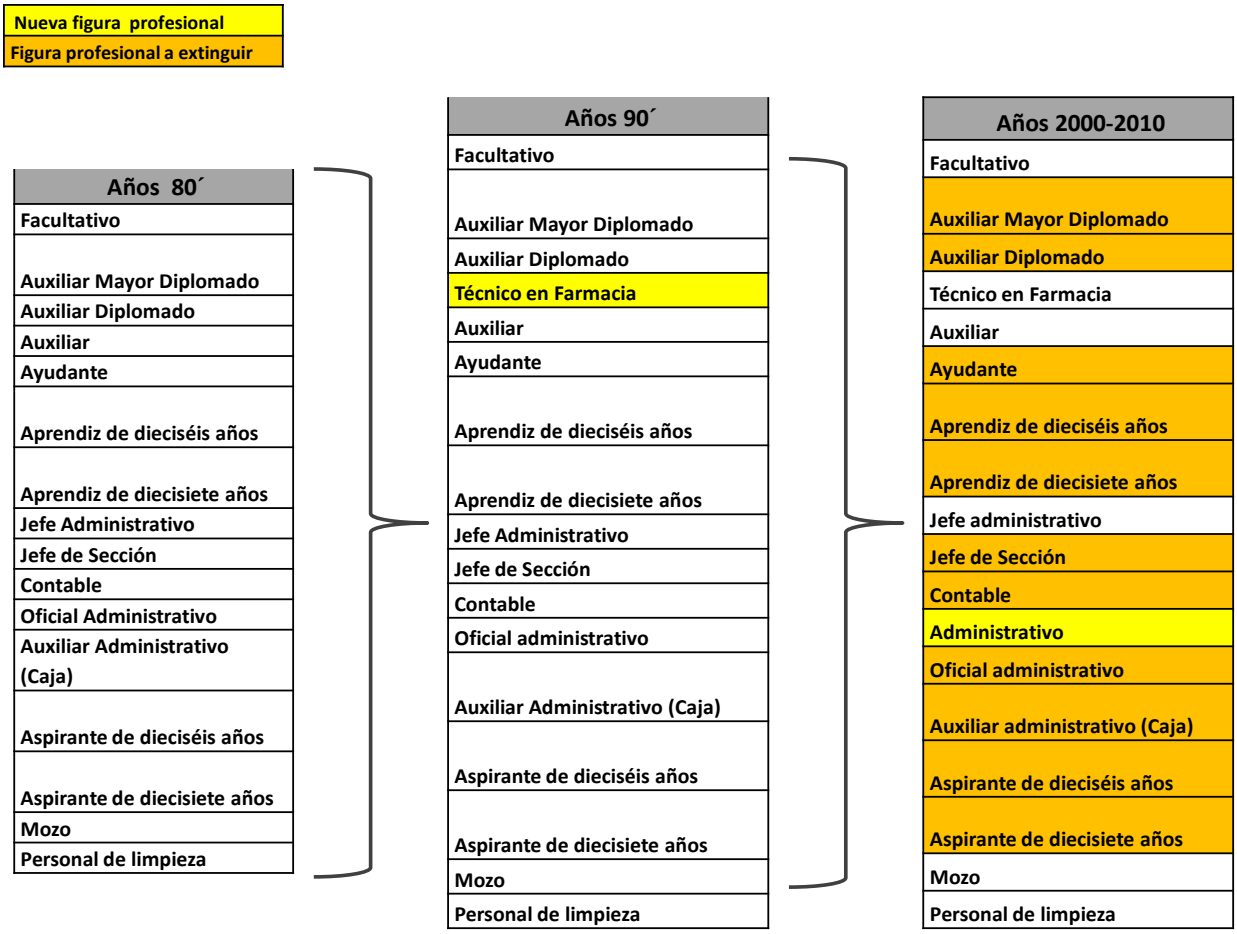


Diagrama 7. Evolución de la clasificación funcional del personal en la oficina de farmacia. Años 1981-2010. Elaboración propia.

FUTURA CLASIFICACIÓN FUNCIONAL DEL PERSONAL EN LA OFICINA DE FARMACIA (2011 y SS)
FACULTATIVO
TÉCNICO EN FARMACIA
AUXILIAR
JEFE ADMINISTRATIVO
ADMINISTRATIVO
MOZO
PERSONAL DE LIMPIEZA

Tabla 18. Futuro de la clasificación funcional del personal en la oficina de farmacia. Años 2011 y ss. Elaboración propia.

IV.3.2.ANÁLISIS DE LA EVOLUCIÓN SALARIAL

Si se analiza la evolución salarial mensual del personal de la farmacia según su categoría profesional a lo largo de tres periodos de tiempo: **1981-1989**, **1990-1999** y **2000-2008**, periodos que se corresponden con los años ochenta y los noventa del siglo pasado y con la primera década del siglo XXI. En esta comparativa, reflejada en las tablas y gráficos de los que se acompaña este epígrafe, se puede apreciar la variación salarial que se ha producido.

COMPARACIÓN SALARIAL (AJUSTADO A EUROS) POR CATEGORÍA PROFESIONAL, AÑOS 1981-1989									
	1981	**1982**	**1983**	**1984**	**1985**	**1986**	**1987**	**1988**	**1989**
Facultativo	322,06	357,49	397,26	429,64	463,01	499,98	535,22	564,65	604,18
Auxiliar Mayor Diplomado	238,01	264,19	293,58	317,51	342,17	369,49	395,52	417,28	446,49
Auxiliar Diplomado	217,93	241,90	268,81	290,72	313,30	338,31	362,16	382,08	408,82
Auxiliar	198,59	220,44	244,96	264,93	285,50	308,30	330,02	348,17	372,56
Ayudante	180,00	199,80	222,03	240,13	258,78	279,43	299,13	315,58	349,40
Aprendiz de dieciséis años	92,23	102,38	113,77	123,04	132,60	143,19	153,28	161,71	173,02
Aprendiz de diecisiete años	96,69	107,33	119,27	128,99	139,01	150,10	166,30	175,45	187,73
Jefe Administrativo	236,52	262,55	291,76	315,54	340,04	367,19	393,07	414,69	443,72
Jefe de Sección	217,93	241,90	268,81	290,72	313,30	338,31	362,16	382,08	408,46
Contable	208,08	231,17	256,89	277,83	299,41	323,31	346,10	365,14	390,71
Oficial Administrativo	198,59	220,44	244,96	264,93	285,50	308,30	330,02	348,17	372,66
Auxiliar Administrativo (Caja)	180,00	199,80	222,03	240,13	258,78	279,43	299,13	315,58	337,67
Aspirante de dieciséis años	92,23	102,38	113,16	123,04	132,60	143,19	153,28	161,71	173,02
Aspirante de diecisiete años	96,69	107,33	119,27	128,99	139,01	150,10	166,30	175,45	187,73
Mozo	180,00	199,77	170,82	240,13	258,78	279,43	299,13	315,58	337,67
Personal de limpieza	156,20	173,37	S.M.I	S.M.I	S.M.I	S.M.I	S.M.I	S.M.I	S.M.I

Tabla 19. Comparación salarial (ajustado a euros) por categoría profesional. Años 1981-1989. Elaboración propia.

El incremento salarial experimentado por el personal de la oficina de farmacia en los años ochenta fue de un 87,5%, es decir, entre 1981 y 1989 los salarios prácticamente se duplicaron. Las subidas salariales anuales fueron estables y continuas, proporcionalmente mayores con respecto a la cuantía del sueldo al comienzo de la década y nunca superaron el 11% del total del mismo.

COMPARACIÓN SALARIAL (AJUSTADO A EUROS) POR CATEGORÍA PROFESIONAL, AÑOS 1990-1999										
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Facultativo	658,55	717,56	772,38	825,67	850,03	886,58	913,17	935,09	959,40	982,43
Auxiliar Mayor Diplomado	486,67	530,48	570,79	610,17	628,17	655,19	674,84	691,04	709,01	726,03
Auxiliar Diplomado	445,61	485,72	522,63	558,69	575,17	599,91	617,90	632,73	649,19	664,77
Técnico en Farmacia							617,90	632,73	649,19	664,77
Auxiliar	406,07	442,62	476,26	509,12	524,14	546,67	563,07	576,58	591,58	605,78
Ayudante	380,84	415,12	446,67	477,49	491,57	512,71	528,09	540,77	554,83	568,14
Aprendiz de dieciséis años	216,69	236,19	275,73	271,67	279,69	291,71	300,46	332,46	S.M.I	S.M.I
Aprendiz de diecisiete años	235,10	256,26	275,73	294,76	303,45	316,50	325,99	333,82	S.M.I	S.M.I
Jefe Administrativo	483,66	527,19	567,25	606,39	624,28	651,12	670,65	686,75	704,60	721,51
Jefe de Sección	445,62	485,72	522,63	558,69	575,17	599,91	617,90	632,73	649,19	664,77
Contable	425,86	464,19	499,46	533,93	549,68	573,32	590,52	604,69	620,42	635,31
Oficial Administrativo	406,07	442,62	476,26	509,12	524,14	546,67	563,07	576,58	591,58	605,78
Auxiliar Administrativo (Caja)	368,07	401,19	431,68	461,46	475,10	495,51	510,37	522,62	536,21	549,08
Aspirante de dieciséis años	216,69	236,19	254,14	276,69	279,69	291,71	300,46	332,46	S.M.I	S.M.I
Aspirante de diecisiete años	235,10	256,26	275,73	294,76	303,45	316,50	325,99	333,82	S.M.I	S.M.I
Mozo	368,07	401,20	431,68	461,46	475,08	495,51	510,37	522,62	536,21	549,08
Personal de limpieza	S.M.I	S.M.I	S.M.I	S.M.I	S.M.I	S.M.I	S.M.I	S.M.I	S.M.I	S.M.I

Tabla 20. Comparación salarial (ajustado a euros) por categoría profesional. Años 1990-1999. Elaboración propia.

El incremento salarial experimentado por el personal de la oficina de farmacia en la década de los años noventa fue de un 49,17%. Las subidas salariales anuales fueron estables y continuas.

El incremento salarial experimentado por el personal de la oficina de farmacia desde el Año 2000 hasta el 2008 fue de un 45%. Las subidas salariales anuales fueron estables y continuas.

Para el análisis gráfico del incremento salarial experimentando entre 1981 y 2008 para el personal de la oficina de farmacia se han tenido en cuenta únicamente al personal "facultativo y técnico" de las mismas (Facultativo, Auxiliar Mayor Diplomado, Auxiliar Diplomado, Técnico en Farmacia, Auxiliar, Ayudante, Aprendiz de dieciséis años y Aprendiz de diecisiete años), quedando de manifiesto que, siempre con respecto a 1981, en 1993 los salarios prácticamente se habían duplicado, mientras que en el año 2008 se habían quintuplicado (Ver gráfico 1 y tablas 20 y 21).

COMPARACIÓN SALARIAL (AJUSTADO A EUROS) POR CATEGORÍA PROFESIONAL, AÑOS 2000-2008									
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Facultativo	1022,02	1094,66	1143,98	1202,00	1238,00	1290,00	1350,00	1417,00	1481,00
Auxiliar mayor diplomado	755,29	808,98	845,41	889,00	916,00	954,00	999,00	1048,00	1096,00
Auxiliar diplomado	691,56	740,71	774,08	814,00	839,00	873,00	915,00	960,00	1004,00
Técnico en farmacia	691,56	740,72	774,08	814,00	839,00	873,00	915,00	960,00	1004,00
Auxiliar	630,17	674,98	705,38	741,00	763,00	795,00	832,00	873,00	913,00
Ayudante	591,03	633,05	661,57	695,00	716,00	746,00	781,00	819,00	856,00
Aprendiz de dieciséis años	S.M.I	S.M.I	S.M.I	S.M.I	S.M.I	S.M.I	S.M.I		
Aprendiz de diecisiete años	S.M.I	S.M.I	S.M.I	S.M.I	S.M.I	S.M.I	S.M.I		
Jefe administrativo	750,59	803,94	840,16	883,00	909,00	948,00	991,00	1041,00	1088,00
Jefe de Sección	691,56	740,71	774,08	814,00	838,00	873,00	915,00	960,00	1044,00
Contable	660,91	707,89	739,77	778,00	801,00	835,00	874,00	917,00	959,00
Administrativo								917,00	959,00
Oficial administrativo	630,19	674,98	705,38	741,00	763,00	795,00	832,00	873,00	913,00
Auxiliar administrativo (Caja)	571,20	611,80	639,36	672,00	692,00	721,00	755,00	792,00	828,00
Aspirante de dieciséis años	S.M.I	S.M.I	S.M.I	S.M.I	S.M.I	S.M.I	S.M.I		
Aspirante de diecisiete años	S.M.I	S.M.I	S.M.I	S.M.I	S.M.I	S.M.I	S.M.I		
Mozo	571,20	611,80	639,36	672,00	692,00	721,00	755,00	792,00	828,00
Personal de limpieza	S.M.I	S.M.I	S.M.I	S.M.I	540,00	644,00	755,00	792,00	828,00

Tabla 21. Comparación salarial (ajustado a euros) por categoría profesional. Años 2000-2008. Elaboración propia.

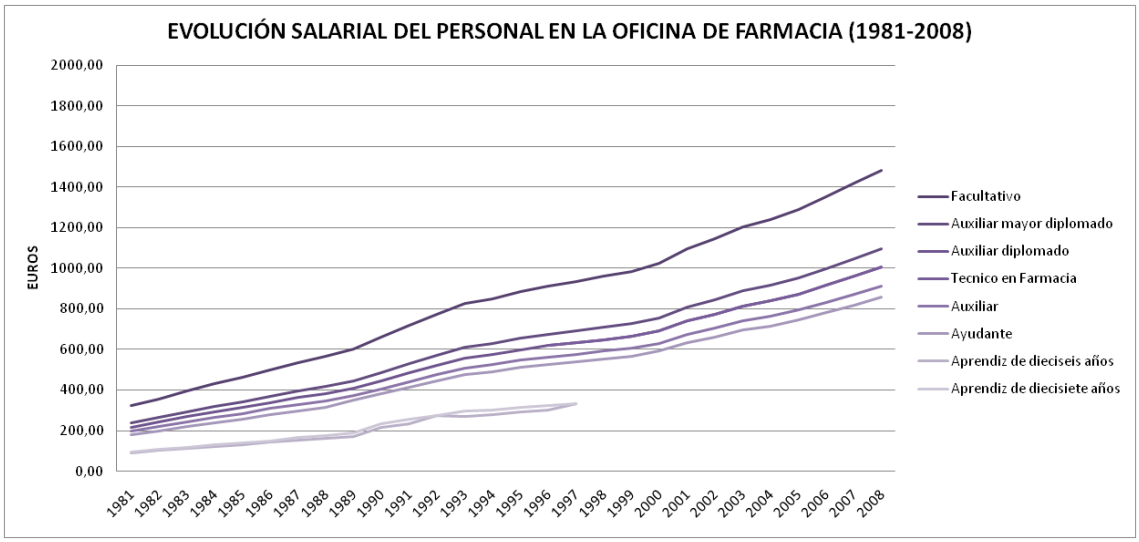


Gráfico 1. Evolución salarial del personal "facultativo y técnico" de la oficina de farmacia. Años 1981-2008. Elaboración propia

Si se analizan los incrementos salariales que se han practicado en cada una de las categorías profesionales se obtienen los siguientes resultados gráficos, correspondientes a cada una de ellas:



Gráfico 2. Evolución salarial del personal de la oficina de farmacia: Facultativos. 1981-2008. Elaboración propia.

El salario medio establecido por convenio del facultativo en la oficina de farmacia se cuadruplicó entre el año 1981 y el año 2008, en concreto, en el año 2008 el salario era 4,59 veces superior al de 1981.

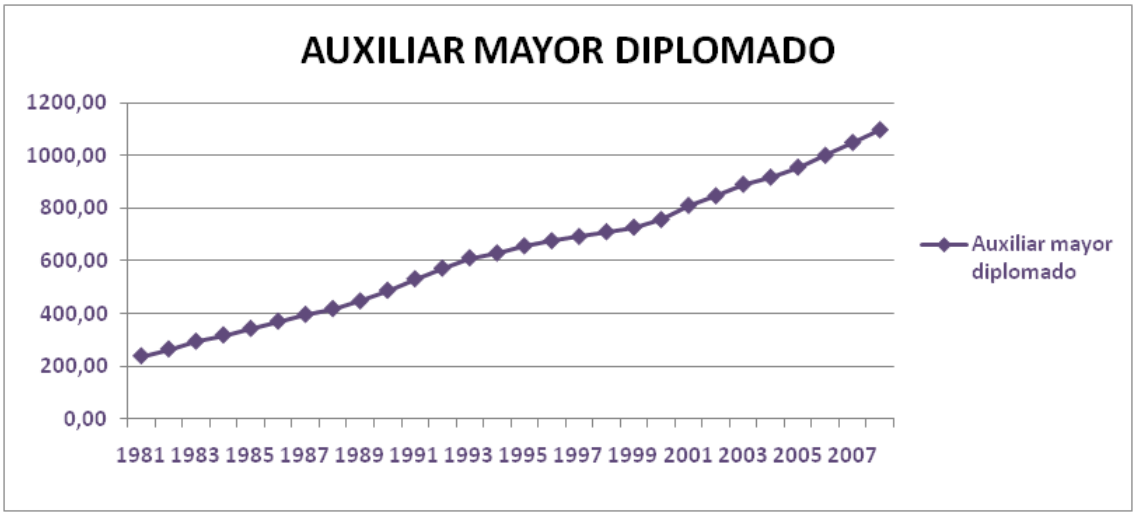


Gráfico 3. Evolución salarial del personal de la oficina de farmacia: Auxiliar Mayor Diplomado. 1981-2008. Elaboración propia.

El salario medio establecido por convenio del Auxiliar Mayor Diplomado en la oficina de farmacia se cuadruplicó entre el año 1981 y el año 2008, en concreto, en el año 2008 el salario era 4,60 veces superior al de 1981 (Ver gráfico 3).

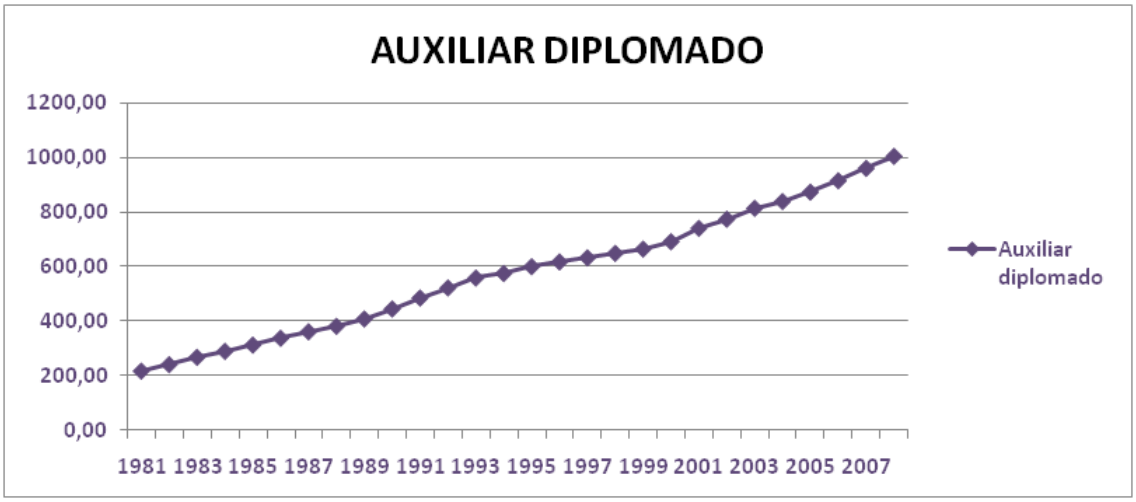


Gráfico 4. Evolución salarial del personal de la oficina de farmacia: Auxiliar Diplomado. 1981-2008. Elaboración propia.

El salario medio establecido por convenio del Auxiliar Diplomado en la oficina de farmacia se cuadruplicó entre el año 1981 y el año 2008, en concreto, en el año 2008 el salario era 4,61 veces superior al de 1981 (Ver gráfico 4).

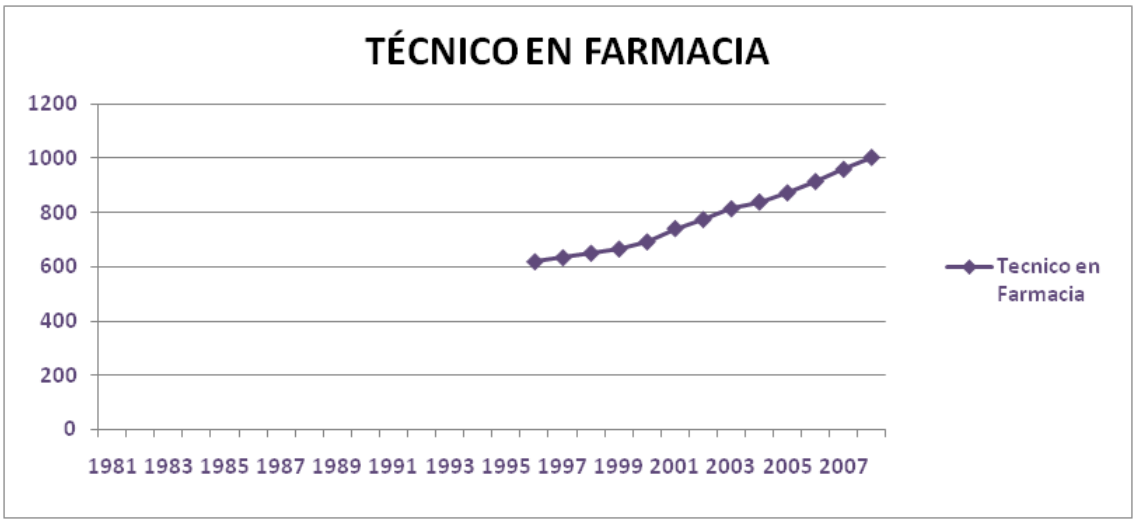


Gráfico 5. Evolución salarial del personal de la oficina de farmacia: Técnico en Farmacia. 1996-2008. Elaboración propia.

El salario medio establecido por convenio del Técnico en Farmacia en la oficina de farmacia en el año 2008, con respecto al año 1996, en que aparece esta nueva figura profesional, era 1,6 veces superior (Ver gráfico 5).

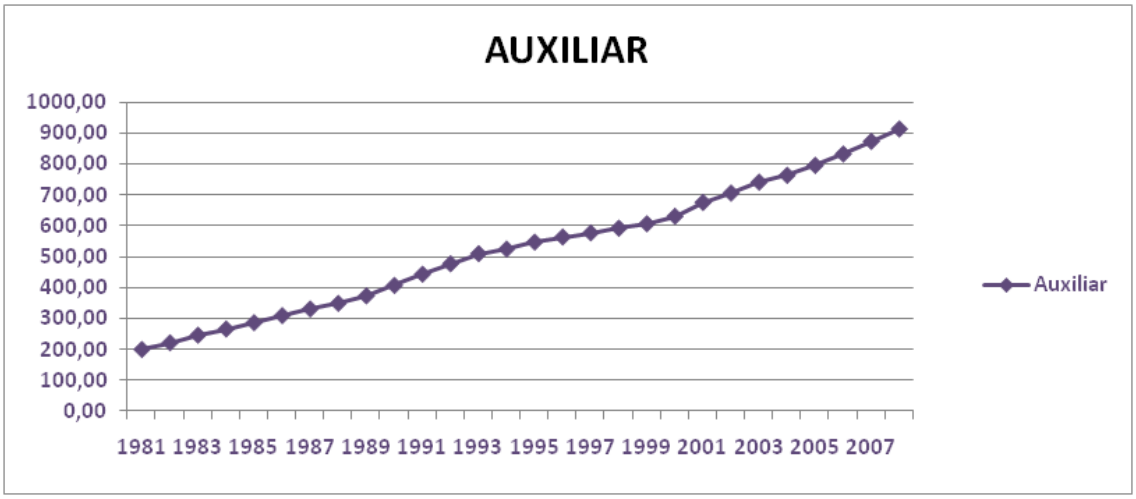


Gráfico 6. Evolución salarial del personal de la oficina de farmacia: Auxiliar. 1981-2008. Elaboración propia.

El salario medio establecido por convenio del Auxiliar en la oficina de farmacia se cuadruplicó entre el año 1981 y el año 2008, en concreto, en el año 2008 el salario era 4,59 veces superior al de 1981 (Ver gráfico 6).

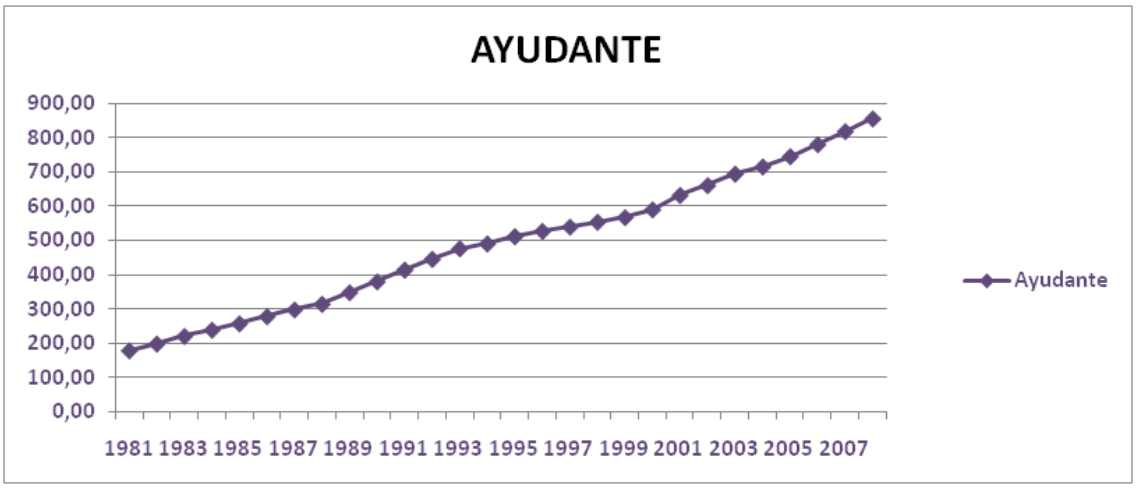


Gráfico 7. Evolución salarial del personal de la oficina de farmacia: Ayudante. 1981-2008. Elaboración propia.

El salario medio establecido por convenio del Ayudante en la oficina de farmacia se cuadruplicó entre el año 1981 y el año 2008, en concreto, en el año 2008 el salario era 4,75 veces superior al de 1981 (Ver gráfico 7).

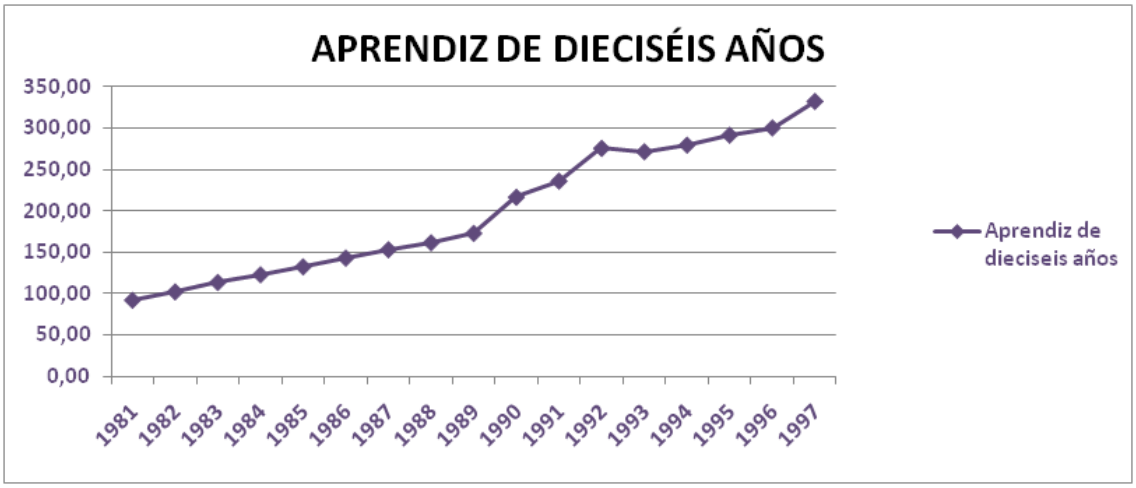


Gráfico 8. Evolución salarial del personal de la oficina de farmacia: Aprendiz de dieciséis años. 1981-1997.[185] Elaboración propia.

En el año 1997, los salarios de los aprendices de dieciséis y diecisiete años se adaptaron al salario mínimo interprofesional (SMI), aunque puede apreciarse un incremento salarial significativo entre 1981 y 1997 en ambos casos.

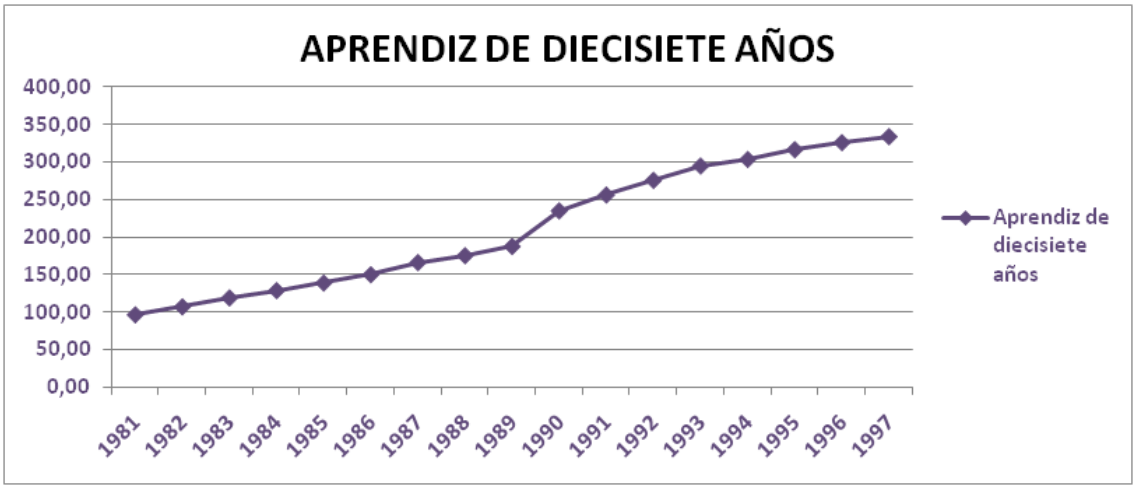


Gráfico 9. Evolución salarial del personal de la oficina de farmacia: Aprendiz de diecisiete años. 1981-1997 (185) Elaboración propia.

[185] Los gráficos 8 y 9 sólo contempla la evolución salarial del Aprendiz de dieciséis años y de diecisiete años desde 1981 hasta 1996. A partir de 1996 el salario del aprendiz de dieciséis años se correspondió con el Salario Mínimo Interprofesional.

IV.3.3.ANÁLISIS DEL NÚMERO DE HORAS TRABAJADAS

Si estudiamos el número de horas trabajadas por los asalariados de las oficinas de farmacia, observamos que los convenios contemplan , respecto al año 1981 una reducción considerable de las mismas, pasando de 1957 horas a 1762, lo q supone un porcentaje de reducción. Este hecho, unido al aumento salarial experimentado por los empleados de la oficina de farmacia, va en detrimento de la figura del farmacéutico titular de la oficina de farmacia en su faceta de empleador, y por el contrario, supone una mejora laboral para sus empleados impuesta por las negociaciones colectivas del sector farmacia de año en año (Ver tabla 21 y gráfico 10).

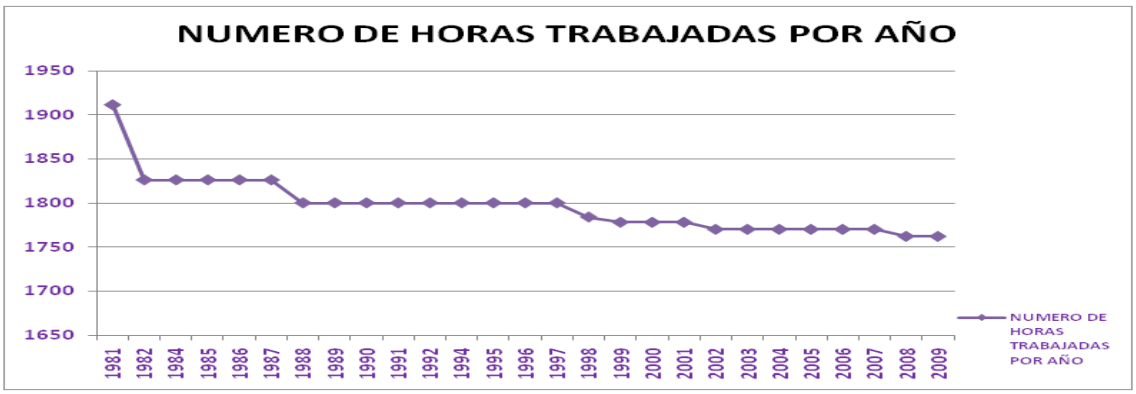


Gráfico 10. Número anual de horas trabajadas en Oficina de Farmacia. Años 1981-2010. Elaboración propia.[186]

[186] El gráfico 10 contempla el número de horas trabajadas entre 1981 y 2010, pues el Convenio Colectivo de Farmacia XXIII para los años 2007-2010 las establece no sólo para 2007y 2008, sino para 2009 y 2010.

AÑO	Nº DE HORAS TRABAJADAS POR AÑO EN OFICINA DE FARMACIA
1981	1957
1982	1911
1984	1826
1985	1826
1986	1826
1987	1826
1988	1826
1989	1800
1990	1800
1991	1800
1992	1800
1994	1800
1995	1800
1996	1800
1997	1800
1998	1800
1999	1784
2000	1778
2001	1778
2002	1778
2003	1770
2004	1770
2005	1770
2006	1770
2007	1770
2008	1770
2009	1762
2010	1762

Tabla 22. Número de horas trabajadas en Oficina de Farmacia. Años 1981-2010. Elaboración propia.[187]

[187] La tabla 22 contempla el número de horas trabajadas entre 1981 y 2010, pues el Convenio Colectivo de Farmacia XXIII para los años 2007-2010 las establece no sólo para 2007 y 2008, sino para 2009 y 2010.

IV.4. PROBLEMÁTICA SUSCITADA POR EL XXIII CONVENIO COLECTIVO MARCO PARA OFICINAS DE FARMACIA 2007-2010

IV.4.1. ASPECTOS PREVIOS DE LA NEGOCIACIÓN DEL XXIII CONVENIO COLECTIVO MARCO PARA OFICINAS DE FARMACIA: POSTURAS DESENCONTRADAS ENTRE SINDICATOS Y PATRONAL

En junio de 2007 se cerró un calendario de reuniones junto con el esquema estructural del XXIII Convenio Colectivo Marco para Oficinas de Farmacia con la intención de gestionar gran parte de la negociación colectiva antes del inicio del periodo vacacional. Todo un logro teniendo en cuenta el desencuentro de posturas entre sindicatos y patronal y el retraso experimentado en las negociaciones por la no inclusión de la Federación Nacional de Oficinas de Farmacia (FENOFAR)[188] en la composición de la mesa negociadora, como se verá en epígrafes posteriores.

Los sindicatos[189] se marcaron como objetivo lograr la estabilidad de los trabajadores de las oficinas de farmacia a través de un texto de dos o tres años de vigencia que actualizara los contenidos del anterior convenio, pues estaba "desfasado" y contravenía en algunos casos el propio Estatuto de los Trabajadores (118). Sus reivindicaciones principales se centraron en el incremento salarial y la reducción de la jornada laboral, pidiendo un 4% por encima del Índice

[188] FENOFAR, nace en junio de 2006 con sede en Madrid, teniendo como misión dar repuesta a la necesidad de representación a nivel nacional y para potenciar la defensa de los intereses de las oficinas de farmacia.
Surge a partir de distintas asociaciones empresariales de diferentes ámbitos territoriales, como son las Asociaciones de Farmacéuticos de Barcelona (AFB), Tarragona (AFET), Lleida (AFELL), Girona (AGFE), Cartagena (AEFFCC) y Madrid (ADEFARMA).
En palabras de FENOFAR, su vocación es claramente integradora dentro del sector farmacéutico buscando la proximidad a la Oficina de Farmacia y la defensa inequívoca de la misma, estando abierta a propuestas de otras Federaciones Empresariales territoriales. Su primer intento de actuación sectorial fue el XXIII Convenio Colectivo Marco para Oficinas de Farmacia 2007-2010, comunicando a los sindicatos intervinientes su pretensión de participación debido a la amplia representación que ostenta a nivel nacional, hecho intrínsecamente relacionado con las características de las asociaciones territoriales que la configuran.

[189] CORREO FARMACÉUTICO. Semana del 4 al 10 de Junio de 2007 http://www.correofarmaceutico.com/2007/06/04/al-dia/profesion/sindicatos-piden-subir-los-sueldos-en-farmacias-un-4-sobre-el-ipc, 14-04-2011.

de Precios al Consumo (IPC) que sería negociable en función de los acuerdos obtenidos en la reducción de la jornada laboral aunque no se dejó de lado el negociar aspectos como la igualdad de género, el calendario laboral y la estabilidad del empleo, en la medida de que el Convenio Colectivo para Oficinas de Farmacia 2003-2006 recogía, en su opinión, demasiadas categorías y tipos de contratos que podrían perjudicar los contratos fijos .

CONVENIO COLECTIVO PARA OFICINAS DE FARMACIA 2003-2006[190]	PROPUESTAS XXIII CONVENIO COLECTIVO MARCO PARA OFICINAS DE FARMACIA 2007-2010
Retribuciones	
***En vigor*: Incremento salarial del 0,5% en 2003 por encima del IPC y del 1% para 2004,2005 y 2006.**	*Propuesta:* Subida salarial del 4% sobre el IPC.
Jornada Laboral	
***En vigor:* De 2003 a 2006 un total de 1770 horas anuales**	*Propuesta:* 1755 horas anuales.
Horas de guardia	
***En vigor:* establece el valor de cada hora trabajada, especificando si es diurna, nocturna, festivo, etc.**	*Propuesta:* Establecimiento de la figura del descanso compensatorio.
Jubilación	
***En vigor:* 65 años**	*Propuesta:* Jubilación parcial en concepto de permiso retribuido.

Tabla 22. Resumen de situación en las negociaciones del XXIII Convenio Colectivo Marco para Oficinas de Farmacia 2007-2010. Elaboración propia.

IV.4.2. RESULTADOS DE LA NEGOCIACIÓN DEL XXIII CONVENIO COLECTIVO MARCO PARA OFICINAS DE FARMACIA

El 10 de julio de 2008 se publicó en el BOE el XXIII Convenio Colectivo Marco para Oficinas de Farmacia[191]. En él se exponen los resultados de la polémica negociación colectiva llevada a cabo a lo largo de 2007 y el primer trimestre de 2008.

Las diferencias más destacables entre el XXIII Convenio Colectivo Marco (191) y los anteriores convenios[192] se aprecian en:

[190] FARMACIA PROFESIONAL. Vol.18, nº4. Abril de 2004.
[191] XXIII Convenio Colectivo Marco para Oficinas de Farmacia. BOE nº 166, 10-07-2008, p.30408-30423. (Derogado).
[192] FEDERACIÓN EMPRESARIAL DE FARMACÉUTICOS ESPAÑOLES (2008) Diferencias más destacables entre el XXIII CONVENIO COLECTIVO MARCO y los anteriores Convenios (15-09-2008).Disponible en: http://www.fefe.com/documentosdeinteres2.asp?tipo=CONVENIO, 12-6-2009.

1. *La Jornada laboral ordinaria, distribución de la jornada y las horas complementarias. (Artículos 29, 33 y 34)*

La principal novedad del XXIII Convenio Colectivo para Oficinas de Farmacia, es la inclusión de las horas complementarias, las cuales se definen como el número de horas que excediendo de la Jornada Ordinaria anual, vienen impuestas a la oficina de farmacia por la Administración competente como horario mínimo de apertura al público (artículo 29), entre las que han de incluirse, en todo caso, las horas trabajadas en el servicio de guardia (artículo 34). Por ello sólo tendrán la consideración de horas extraordinarias las que no estén incluidas en la Jornada Ordinaria anual y no tengan la consideración de horas complementarias (artículo 33). Es de destacar que corresponde al Farmacéutico titular la organización del trabajo en su oficina de farmacia, teniendo en cuenta que a los efectos de distribución de la jornada todos los días del año (a excepción de los días señalados en el artículo 36) son laborales, por lo que la contratación del trabajador se podrá realizar, por ejemplo de martes a lunes, de forma que dentro de su jornada anual ordinaria se incluya el domingo.

Con respecto a las horas complementarias se estableció en el Convenio una retribución mediante las Tablas salariales, que suponen un pequeño incremento con respecto a lo percibido por el trabajador por hora de trabajo ordinaria y, bastante, inferior a la hora extraordinaria. Además, las horas complementarias que se puedan realizar por el trabajador por el servicio de guardia podrán compensarse por tiempo de descanso (1 hora complementaria – 1 hora de inactividad), según lo dispuesto en el artículo 34.3.

2. *La retribución salarial.*

En aras de una mayor facilidad para determinar la retribución de los empleados, se ha abandonado el antiguo sistema de fórmulas para hallar la cuantificación de las horas extraordinarias ya diurna ya nocturna o festiva, estableciéndose una tablas salariales que cuantifican el valor de cada hora sea esta complementaria (festiva o laborable), hora extraordinaria diurna (festiva o laborable) o nocturna (festiva o laborable), por lo que no hay que realizar operación alguna para hallar la remuneración por cada una de las horas que excedan de la jornada ordinaria y simplemente hay que remitirse a las Tablas Salariales Incluidas en el Anexo I del Convenio (Ver tabla 24).

Para la correcta aplicación de las tablas salariales, se ha establecido un riguroso y pormenorizado articulado en el que se definen cada una de las categorías de las horas que puede desempeñar el trabajador en la Oficina de Farmacia: así la jornada ordinaria y las horas extraordinarias tienen una regulación mucho más precisa que en convenios anteriores, lo que, junto con la regulación *ex novo* de las horas complementarias, permite que su aplicación sea más fácil y clara entre las partes.

3. *Periodo vacacional.*

Teniendo en cuenta las necesidades de las Oficinas de Farmacia, en especial las turísticas, se ha ampliado el período preferente para el disfrute de las vacaciones por los empleados, período que se amplía a los seis meses de Mayo a Octubre. Lo que sin duda simplifica la confección del calendario laboral por parte del titular de la Oficina de Farmacia.

4. *Incrementos salariales*.

Los incrementos salariales estarán referenciados a los parámetros que determine el Gobierno en la actualización anual que debe establecer al Real Decreto 5/2000[193], por el que se establecen los márgenes, deducciones y descuentos correspondientes a la dispensación de medicamentos. Dichos incrementos no afectarán sólo al Salario Base Mensual, sino también a las Tablas Salariares del Anexo I, por lo que la simplicidad del nuevo modelo se mantendrá durante toda la vigencia del Convenio.

5. *Formación Profesional.*

El Capítulo XVIII del Convenio está dedicado, en exclusiva, a la **formación profesional**.

Los artículo 52, 53, 54 y 55 regulan los Planes de Formación y se detallan los objetivos de esta orientación, entre los que se encuentran, entre otros, la capacitación del personal para adaptarse a los avances y nuevas demandas, la actualización de los conocimientos profesionales o facilitar el reciclaje profesional del personal que se reintegra al puesto de trabajo, tras períodos de excedencia, bajas de larga duración, etcétera.

[193]Real Decreto-ley 5/2000, de 23 de junio, de Medidas Urgentes de Contención del Gasto Farmacéutico público y de racionalización del Uso de los Medicamentos.BOE nº 151, 24-06-2000, p.22438-22440.

ANEXO I

Tablas salariales

Tabla de Retribuciones para el año 2007 Convenio Oficinas de Farmacia

	Salario base mensual 2007 €	Plus nocturnidad por hora €	HE diurna laborable €	HE diurna festiva €	HE nocturna laborable €	HE nocturna festiva €	Total hora complementaria laborable €	Total hora complementaria festiva €	Complemento diario Guardia Rural laborable €	Complemento diario Guardia Rural festivo €	Plus mensual farmacéutico Regente €	Plus mensual farmacéutico sustituto €	Plus mensual farmacéutico adjunto €
Facultativos	1.417	1,8	21,0	26,2	26,2	28,8	13,6	18,4	12,0	13,8	114,6	114,6	62,5
Auxilia Mayor Diplomado (a extinguir)	1.048	1,3	15,5	19,4	19,4	21,3	10,1	13,6	9,0	10,4			
Auxiliar Diplomado (a extinguir)	960	1,2	14,2	17,7	17,7	19,5	9,2	12,5	8,0	9,2			
Técnico en Farmacia	960	1,2	14,2	17,7	17,7	19,5	9,2	12,5	8,0	9,2			
Auxiliar de Farmacia	873	1,1	12,9	16,1	16,1	17,8	8,4	11,3	8,0	9,2			
Ayudante (a extinguir)	819	1,0	12,1	15,1	15,1	16,7	7,9	10,6	8,0	9,2			
Jefe Administrativo	1.041	1,3	15,4	19,2	19,2	21,2	10,0	13,5					
Jefe Sección (a extinguir)	960	1,2	14,2	17,7	17,7	19,5	9,2	12,5					
Contable (a extinguir)	917	1,2	13,6	16,9	16,9	18,7	8,8	11,9					
Administrativo	917	1,2	13,6	16,9	16,9	18,7	8,8	11,9					
Oficial Administración (a extinguir)	873	1,1	12,9	16,1	16,1	17,8	8,4	11,3					
Auxiliar Administrativo Caja (a extinguir)	792	1,0	11,7	14,6	14,6	16,1	7,6	10,3					
Mozo	792	1,0	11,7	14,6	14,6	16,1	7,6	10,3					
Personal de limpieza	792	1,0	11,7	14,6	14,6	16,1	7,6	10,3					

Tabla de Retribuciones para el año 2008 Convenio Oficinas de Farmacia

	Salario base mensual 2007 €	Plus nocturnidad por hora €	HE diurna laborable €	HE diurna festiva €	HE nocturna laborable €	HE nocturna festiva €	Total hora complementaria laborable €	Total hora complementaria festiva €	Complemento diario Guardia Rural laborable €	Complemento diario Guardia Rural festivo €	Plus mensual farmacéutico Regente €	Plus mensual farmacéutico sustituto €	Plus mensual farmacéutico adjunto €
Facultativos	1.481	1,9	22,0	27,4	27,4	30,1	14,2	19,2	12,5	14,4	119,8	119,8	65,3
Auxilia Mayor Diplomado (a extinguir)	1.096	1,4	16,2	20,2	20,2	22,3	10,5	14,2	9,4	10,9			
Auxiliar Diplomado (a extinguir)	1.004	1,3	14,9	18,5	18,5	20,4	9,6	13,0	8,4	9,6			
Técnico en Farmacia	1.004	1,3	14,9	18,5	18,5	20,4	9,6	13,0	8,4	9,6			
Auxiliar de Farmacia	913	1,2	13,5	16,9	16,9	18,6	8,8	11,8	8,4	9,6			
Ayudante (a extinguir)	856	1,1	12,7	15,8	15,8	17,4	8,2	11,1	8,4	9,6			
Jefe Administrativo	1.088	1,4	16,1	20,1	20,1	22,1	10,5	14,1					
Jefe Sección (a extinguir)	1.004	1,3	14,9	18,5	18,5	20,4	9,6	13,0					
Contable (a extinguir)	959	1,2	14,2	17,7	17,7	19,5	9,2	12,4					
Administrativo	959	1,2	14,2	17,7	17,7	19,5	9,2	12,4					
Oficial Administrativo (a extinguir)	913	1,2	13,5	16,9	16,9	18,6	8,8	11,8					
Auxiliar Administrativo Caja (a extinguir)	828	1,1	12,3	15,3	15,3	16,8	8,0	10,7					
Mozo	828	1,1	12,3	15,3	15,3	16,8	8,0	10,7					
Personal de limpieza	828	1,1	12,3	15,3	15,3	16,8	8,0	10,7					

Tabla 24. Anexo I del XXIII Convenio Colectivo Marco para Oficinas de Farmacia. Tablas salariales para 2007 y 2008. Fuente: BOE.

6. *Creación del Observatorio Sectorial de Oficinas de Farmacia.*

Dentro del Anexo IV del XXIII Convenio Colectivo Marco para Oficinas de Farmacia se contempla la creación de un Observatorio Sectorial de Oficinas de Farmacia, constituido como órgano independiente, con carácter consultivo e investigador. Se establece como instrumento vivo para el intercambio de opiniones y experiencias que contribuyan eficazmente a la mejora de la capacidad y el conocimiento del Sector de Oficinas de Farmacia y así poder gestionar e incluso predecir las transformaciones que se vayan a producir apoyándose en un marco de colaboración sindico-empresarial.

"El Observatorio Sectorial de Oficinas de Farmacia se constituye asimismo con la finalidad de realizar análisis y propuestas en las materias que a continuación se indican, sin perjuicio de que se asuman cualesquiera otras, si así se estima conveniente por los integrantes de este órgano.

Materias:

a. *Conocimiento de la situación, el desarrollo económico y la competitividad del Sector de las Oficinas de Farmacia en cualquier ámbito.*
b. *La evolución del empleo en las Oficinas de Farmacia.*
c. *Estudios sobre cualificación, formación y promoción profesional del personal al servicio de las Oficinas de Farmacia.*
d. *Estudios de productividad y gestión económica en el Sector.*
e. *Promover la institucionalización de este Órgano y sus relaciones con las Administraciones Públicas, así como la participación, como Órgano consultivo, en la elaboración de todas las disposiciones legales de carácter reglamentario que afecten o puedan afectar al Sector, antes de su promulgación y durante el período de alegaciones, de acuerdo con lo dispuesto en el Artículo 24.1.c) de la Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno."*[194]

En resumen, lo más destacado del XXIII Convenio Colectivo Marco para Oficinas es, por un lado la creación del Observatorio Sectorial de Oficinas de Farmacia, como observatorio vinculante para el sector, por medio del cual se recogerá la realidad social y económica de las oficinas de farmacia y servirá como "herramienta de presión" para las Administraciones Públicas y otros agentes del sector a la hora de tomar decisiones, y por otro lado, los ajustes salariales en función de las actualizaciones de las escalas que fijan el dinero que tienen que aportar las farmacias según su volumen de ventas, es decir en función de la revisión anual del R.D. 5/2000. Otros aspectos comentados han sido los logros en torno a las horas complementarias y al canje de las mismas por horas de descanso (aparición de la figura del descanso compensatorio) y la reducción de la jornada laboral en 2009 y 2010 pasando a ser de 1762 horas.

[194] Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno. BOE nº 166, 10-07-2008, p.30422.

	ANTERIORES AL CONVENIO	XXIII CONVENIO
JORNADA LABORAL	1770 horas.	2007 y 2008: 1770 horas 2009 y 2010: 1762 horas.
DISTRIBUCIÓN JORNADA LABORAL	Corresponde al Titular.	Se reitera aquí la distribución de la jornada corresponde al titular de la Oficina.
RETRIBUCIÓN SALARIAL	Se establece Salario Base Mensual y el resto de horas a computar mediante fórmulas.	Las tablas salariales establecen el Salario Base Mensual y el coste de la hora según su clasificación sin realizar operación alguna para averiguar su coste
HORAS COMPLEMENTARIAS	No existen. Todas las horas que exceden de la jornada ordinaria se satisface como horas extraordinarias.	Innovación. Mediante esta nueva categoría se satisface las horas que excediendo de la Jornada ordinaria sean exigidas a la Oficina de Farmacia por la Administración competente. Obligatoria para el trabajador. Retribución más cara que la hora de la jornada ordinaria y más barata que la extraordinaria.
TRABAJO NOCTURNO	Apenas se regula esta modalidad.	Se regula pormenorizadamente el trabajo nocturno.
DISFRUTE DE VACACIONES	Junio, Julio, Agosto y Septiembre	Se incluyen además los meses de Mayo y Octubre.
CATEGORÍAS PROFESIONALES	Se mantienen las regulaciones anteriores.	Se simplifican las categorías, eliminando para nuevas contrataciones determinadas categorías.
COMPLEMENTO PERSONAL DE GARANTIA	No existe. Complemento *Ad personam.*	Innovación. Sustituye al Complemento *Ad personam,* si procede, de acuerdo con la previsto en el art. 51.
EXPEDIENTE SANCIONADOR	No existe regulación en el Convenio.	Se incluye una regulación para tramitar expedientes sancionadores. Aparición de la figura del Instructor.
SALUD LABORAL, FORMACIÓN PROFESIONAL, PERMISOS, LICENCIAS, EXCEDENCIAS	Regulación escasa.	Se introduce una regulación sistemática de cada supuesto y se adecuan los mismos a las nuevas normas laborales.
INCREMENTO SALARIAL	Referenciado exclusivamente al IPC.	Para los años 2009 y 2010 se ha previsto que los incrementos se realicen con referencia al R.D. 5/2000 (194), con un mínimo del IPC más un 0,5%.

Tabla 25. Diferencias más destacables entre el XIII Convenio Colectivo Marco y los anteriores convenios. Elaboración propia. Fuente: FEFE. Documentos de interés: 15/09/2008 (192).

CONVENIO COLECTIVO PARA OFICINAS DE FARMACIA 2003-2006	PROPUESTAS XXIII CONVENIO COLECTIVO MARCO PARA OFICINAS DE FARMACIA 2007-2010	XXIII CONVENIO COLECTIVO MARCO PARA OFICINAS DE FARMACIA 2007-2010
	Retribuciones	
***En vigor*: Incremento salarial del 0,5% en 2003 por encima del IPC y del 1% para 2004,2005 y 2006.**	*Propuesta:* Subida salarial del 4% sobre el IPC.	En vigor*: Para los años 2009 y 2010 se ha previsto que los incrementos se realicen con referencia al R.D. 5/2000, con un mínimo del IPC más un 0,5%.
	Jornada Laboral	
***En vigor:* De 2003 a 2006 un total de 1770 horas anuales**	*Propuesta:* 1755 horas anuales.	En vigor*: 2007 y 2008: 1770 horas anuales; 2009 y 2010: 1762 horas anuales.
	Horas de guardia	
***En vigor:* establece el valor de cada hora trabajada, especificando si es diurna, nocturna, festivo, etc.**	*Propuesta:* Establecimiento de la figura del descanso compensatorio.	En vigor*: Establecimiento de la figura del descanso compensatorio.
	Jubilación	
***En vigor:* 65 años**	*Propuesta:* Jubilación parcial en concepto de permiso retribuido.	En vigor*: 65 años. *: En vigor como "Convenio Extra-Estatuario" hasta Enero 2011 por publicación en BOE

Tabla 26. Análisis comparativo de situación entre los Convenios Colectivos de Farmacia 2003-2006 y 2007-2010, incluyendo las propuestas de negociación transitorias entre uno y otro convenio. Elaboración propia. Fuente: FEFE.

IV.4.3. LA NO INCLUSIÓN DE FENOFAR EN LA MESA NEGOCIADORA Y OTROS

La problemática suscitada por el XXIII Convenio Colectivo Marco para Oficinas de Farmacia 2007-2010 tiene origen en las pretensiones de FENOFAR de participar en la negociación de un convenio de ámbito nacional junto a la FEFE y los sindicatos: CEAFAEF (Coordinadora Estatal de Asociaciones y Federaciones de Ayudantes-Auxiliares y Empleados de Farmacia), Comisiones Obreras- CCOO y FETRAFA (Federación de Trabajadores de Farmacia) que actuaban en calidad de representantes acreditados y mayoritarios del sector. FENOFAR recurrió la negociación colectiva ante la Audiencia Nacional cuya sentencia, de 21 de julio de 2008, declara, entre otros aspectos, "*la nulidad del denominado XXIII Convenio Colectivo Marco de Oficinas de Farmacia como convenio colectivo estatutario de eficacia general*"[195], esta sentencia ha sido recurrida por la FEFE ante el Tribunal Supremo por considerar que no se ajusta a derecho[196], pues el Estatuto de los Trabajadores específica las condiciones que debe cumplir toda

[195] Sentencia de la Audiencia nacional 0046/2008 relativa al Texto XXIII Convenio Colectivo Marco para Oficinas de Farmacia 2007-2010. BOE nº 200, 19-08-2008, p.34907-34909.
[196] FEDERACIÓN EMPRESARIAL DE FARMACÉUTICOS ESPAÑOLES (2008) Circular: Septiembre 2008. Disponible en: http://www.fefe.com/documentosdeinteres.asp , 12-06-2009.

asociación o federación empresarial que manifieste ser de ámbito nacional para entrar a formar parte de la negociación del Convenio Colectivo y estos requisitos de representatividad son los que se le solicitaron a FENOFAR y no fueron cumplidos en el momento procesal oportuno ante la Mesa Negociadora legalmente constituida[197].

Este hecho ha generado una gran incertidumbre en el panorama laboral de la oficina de farmacia española pues en tanto en cuanto no se resuelva el citado recurso de casación o se negocie y publique un nuevo convenio, el XXIII Convenio Colectivo Marco para Oficinas de Farmacia 2007-2010 (191) no queda anulado, sino que según la patronal empresarial mayoritaria (FEFE) se convierte en un "convenio extra-estatuario" de obligado cumplimiento para los firmantes del mismo (FEFE, CEAFAEF, CCOO y FETRAFA), excluyendo a aquellas Comunidades Autónomas o Provincias que tengan un convenio colectivo específico para oficina de farmacia vigente. Además, se ofreció la posibilidad de adhesión al mismo a todas aquellas farmacias que quisieran estabilizar la situación laboral de sus trabajadores y evitar situaciones de indefensión jurídico-laboral. Para ello, la FEFE elaboró un documento de adhesión al XXIII Convenio Colectivo Marco para Oficinas de Farmacia 2007-2010 (191). (Ver documento 3).

Sin embargo, desde FENOFAR (y sus asociaciones provinciales como ADEFARMA) se insta[198] a los farmacéuticos a seguir las directrices del Convenio Colectivo para Oficias de Farmacia 2003-2006 en virtud de lo expuesto en el artículo 3 del mismo: *"La duración de este Convenio será de cuatro años naturales que comienzan el día 1 de Enero del año 2003 y terminará el 31 de Diciembre del 2006, siendo sus efectos económicos los que se indican en el artículo 27. El abono de las diferencias salariales que se originen por la aplicación del presente Convenio se realizará coincidiendo con la nómina del mes siguiente a su publicación en el B.O.E., devengando las mismas a partir de esa fecha el 10% de interés de demora que marca la ley. El Convenio quedará automáticamente denunciado por las partes que forman la Comisión Negociadora del mismo, el día 31 de diciembre del año 2006, comprometiéndose las partes a iniciar nuevas negociaciones para el Convenio del año 2007 a la mayor brevedad posible a partir de dicha fecha. Denunciado el Convenio con arreglo al párrafo precedente quedará vigente su contenido*

[197] FEDERACIÓN EMPRESARIAL DE FARMACÉUTICOS ESPAÑOLES (2008) Posicionamiento de FEFE ante la publicación en el BOE de la sentencia de la Sala de lo Social de la Audiencia Nacional sobre el XXIII Convenio Colectivo Marco (25-08-2008*).*
Disponible en: http://www.fefe.com/documentosdeinteres2.asp?tipo=CONVENIO, 12-6-2009.
[198] ADEFARMA EXPRESS INFORMATIVO nº 33. Noviembre 2008.
Disponible en: http://www.adefarma.es/docs/2008/ADEFARMA_EXPRESS_33.pdf, 14-04-2011.

normativo hasta nuevo acuerdo global que lo sustituya en el nuevo Convenio" y de las opiniones de diversos expertos en Derecho Laboral[199], como D. Fernando Lujan autor del recurso ante la Audiencia Nacional que ha originado la sentencia de anulación del convenio. Según el Sr. Lujan *"una vez publicada la sentencia en el BOE es firme al margen de los recursos que se presenten"* y basa esta afirmación en el artículo 164.2. de la Ley de Procedimiento Laboral[200] que establece que *"la sentencia que se dictara dentro de los tres días siguientes, se comunicará a la autoridad laboral y será ejecutiva desde el momento en que se dicte, no obstante el recurso que contra ella pudiera interponerse[201]".* La misma opinión es sustentada por el especialista en Derecho Laboral Miguel Forteza que recuerda que además de la Ley de Procedimiento Laboral, el Real Decreto 1040/1981[202] que establece, en materia de impugnación de convenios colectivos, que *"la sentencia es ejecutiva en el momento que se dicta".* Esta peculiaridad de la legislación laboral, según el Dr. Forteza, obedece a una necesidad de eficacia social ya que una serie de recursos dilataría de manera extraordinaria la aplicación de decisiones judiciales y causaría evidentes perjuicios en una materia tan sensible socialmente.

Ante las dudas generadas por la aplicabilidad o no del XXIII Convenio Colectivo Marco para Oficinas de Farmacia, la postura adoptada para resolverlas por el CGCOF se basa en el antes citado artículo 164.2. de la Ley de Procedimiento Laboral (202). Esta postura se resume en la aceptación de la sentencia de la Audiencia Nacional de 21 de Julio de 2008 (196) y por tanto la nulidad del XXIII Convenio Colectivo (191). Cabe destacar que esta postura ha sido cuestionada por algunos entes colegiales provinciales que consideran que aun habiendo dudas razonables sobre la aplicación del convenio, tras la sentencia de la Audiencia Nacional (196) lo acordado compromete a los firmantes, postura en la tónica con las actuaciones de FEFE.

[199] CORREO FARMACÉUTICO. Semana del 1 al 7 de septiembre de 2008. Disponible en: http://www.correofarmaceutico.com/2008/09/01/al-dia/profesion/el-texto-de-hace-8-anos-es-el-unico-vigente-segun-la-legislacion-laboral, 14-04-2011.

[200] Real Decreto Legislativo 2/1995, de 7 de abril, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Procedimiento Laboral. BOE nº 86, 11-04-1995, p.10695-10734.

[201] *Ibídem*, 10717.

[202] Real Decreto 1040/1981, de 22 de mayo, sobre registro y depósito de Convenios Colectivos de Trabajo. BOE nº 135, 6-6-1981, p.12734-12736.

ENVIAR A FEFE: FAX: 91-577.57.43 – TELF: 91-575.43.86 Y A SU GESTORÍA DE NÓMINAS

ADHESIÓN AL XXIII CONVENIO COLECTIVO DE OFICINAS DE FARMACIA

FARMACIA-D/ Dª:_____

NIF:_____TELF.:_____

CALLE:_____Nº:_____

LOCALIDAD:_____PROVINCIA:_____CP:_____

SE ADHIERE AL XXIII CONVENIO COLECIVO DE OFICINAS DE FARMACIA

Con el consentimiento de sus trabajadores

Y, para que conste a los efectos oportunos a los firmantes del XXIII Convenio Colectivo

Fdo._____

Documento 3. Boletín de adhesión XXIII Convenio Colectivo Marco para Oficinas de Farmacia 2007-2010 elaborado por FEFE.

La situación de incertidumbre y enrarecimiento del clima laboral en la oficina de farmacia motivó a muchos titulares en el año 2008 a aplicar el convenio anulado en sus boticas en concepto de cantidades a cuenta, de forma que no se someta a los empleados a un régimen de retribución desfasado. Este hecho viene respaldado por una encuesta realizada a través de la web de la publicación semanal del sector farmacia Correo Farmacéutico, en la cual se preguntaba a los internautas: "*La Audiencia Nacional ha anulado el convenio estatal para trabajadores de oficina de farmacia ¿Qué opina?".* Un 61,50% de los internautas contestaron[203]: "*Es un desastre. Era un buen convenio y puede pasar mucho tiempo sin que se actualice",* frente a un 15,85% que afirma "*Estoy de acuerdo. En la mesa no estaban representadas todas las partes"* o un 13,20% que dice "*Me parece correcto: el acuerdo no era satisfactorio".*

[203]Locus cit. en nota 200.
El número de internautas que contestaron la pregunta al cierre de la edición era de 303.

Pero no solo FENOFAR reclamó el derecho a que se reconociera su representatividad y por tanto la necesidad de su participación en la mesa negociadora, también FETRAFA (Federación de Trabajadores de Farmacia de Extremadura) presentó un recurso ante la Audiencia Nacional en desacuerdo con la constitución de la mesa. La Audiencia Nacional falló a favor de FETRAFA el 18 de Marzo de 2008[204], pero la aplicación de esta sentencia fue rápidamente subsanada con la aceptación de la decisión judicial por las partes, la constitución de una nueva mesa con FETRAFA presente y volviendo a firmar el mismo texto con el que la agrupación recurrente no tenía discrepancias.

En palabras de los firmantes, el XXIII Convenio Colectivo Marco para Oficinas de Farmacia (191) se hace eco de la situación económica del sector farmacéutico y afronta los retos de la gestión del marco de los recursos humanos de la oficina de farmacia dentro de una crisis mundial incipiente. Con la publicación del Real Decreto Ley 5/2000 (193) y el Real Decreto 2402/2004[205], se introdujeron en el Sector Farmacéutico en España modificaciones legislativas que ocasionaron el descenso progresivo de los márgenes comerciales de las Oficinas de Farmacia. Este hecho se ha agravado posteriormente por la falta de la preceptiva actualización anual de dichas disposiciones y por la entrada en vigor de los Real Decreto 4/2010 (21) y 8/2010 (22), lo cual ha dado como resultado la desincentivación de las inversiones en los gastos, entre otros, de personal. Sin embargo, FENOFAR discrepa con la forma de gestionar diversos aspectos de la negociación relacionados con la desincentivación de las inversiones en la oficina de farmacia. El fallo a favor de FENOFAR de la Audiencia Nacional (196) tiene distinto alcance que el de FETRAFA (205) pues FENOFAR plantea condiciones laborales que modifican de manera sustancial el texto anulado, pues considera que a pesar de los problemas que tienen los farmacéuticos como empleadores a la hora de cubrir las vacantes en las oficinas de farmacia estas no pueden asumir los aumentos salariales acordados (que deberían ajustarse al 2% que platean la Confederación Española de Organizaciones Empresariales) o los incentivos laborales que se prometen en el XXIII Convenio (191), entre los que destacan la disminución de ocho horas en la jornada laboral, pasando de 1.770 a 1.762 o restar de la jornada diaria de ocho horas 20 minutos de descanso o disminuir hasta casi 100 horas el trabajo nocturno,

[204] Sentencia de Audiencia Nacional 0015/2008, Sala de lo Social de 15 de marzo 2008.

[205] Real Decreto 2402/2004, de 30 de diciembre, por el que se desarrolla el artículo 104 de la Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento, para las revisiones coyunturales de precios de especialidades farmacéuticas y se adoptan medidas adicionales para la contención del gasto farmacéutico.BOE nº 315, 31-12-2004, p.42819-42905.

pasando de 1.770 horas a 1.681.[206]Las acciones de FENOFAR no solo irían encaminadas a matizar estos aspectos sino que incidirían a la hora de negociar en el concepto de "productividad", tan importante en épocas de crisis.

En diciembre de 2008 surgen las primeras voces dentro de las agrupaciones que forman FENOFAR, en concreto desde la Federación de Asociaciones de Farmacias de Cataluña (FEFAC)[207] pidiendo un convenio nuevo o un entendimiento con la FEFE debido a que el vacío estatuario está creando un paisaje desigual en las oficinas de farmacia. Cabe destacar que en este contexto de crispación, derivado de la anulación del XXIII Convenio Colectivo (191), las distintas interpretaciones de las sentencias de la Audiencia Nacional por las dos empresariales y las malas relaciones entre las presidencias de ambas han hecho imposible un entendimiento. No han faltado mediadores para impulsar un acuerdo que la crisis económica hace más urgente, así por ejemplo, la mediación realizada por la Confederación Española de Organizaciones Empresariales (CEOE)[208] fracasó, pero otras como la realizada por el Instituto Laboral de Madrid[209] solicitada por la patronal madrileña de oficinas de farmacia (ADEFARMA)[210], en calidad de miembro integrante de FENOFAR y respaldada por el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid. El 14 de Enero de 2009 el Instituto Laboral de Madrid citó a FENOFAR para escuchar sus argumentos y mediar en el conflicto y estableció un calendario para escuchar al resto de agentes e intentar desbloquear el conflicto a nivel nacional.[211] Pero el intento fue en vano pues la FEFE rechazó la mediación[212] del Instituto Laboral de Madrid afirmando que no estaban adheridos a ningún acuerdo o convenio que les obligara a aceptar la intervención del Instituto, y de otra parte, consideraron que el Convenio Colectivo de Oficinas de Farmacia es de ámbito estatal y por tanto improcedente el recurrir a un organismo local. Por este motivo, y aunque los intentos de acercamiento y de "limar asperezas" se sucedieron

[206] CORREO FARMACÉUTICO. Semana del 28 de julio al 31 de agosto de 2008. Disponible en: http://www.correofarmaceutico.com/archivo?archiveDate=2008/07/28, 10-07-2009.

[207] CORREO FARMACÉUTICO. Semana del 8 al 14 de diciembre de 2008. Disponible en: http://www.correofarmaceutico.com/2008/12/08/al-dia/profesion/fefac-quiere-que-haya-ya-un-convenio-nuevo-o-un-entendimiento-con-fefe, 3-10-2009.

[208] http://www.ceoe.es/ceoe/portal.portal.action, 29-03-2011.

[209] El Instituto Laboral de Madrid es un organismo dependiente de la Confederación Empresarial de Madrid (CEIM), del que forman parte también los sindicatos integrantes del XXIII Convenio Colectivo Marco para Oficinas de Farmacia y tiene como misión mediar en este tipo de conflictos.

[210] EL GLOBAL. Semana del 22 al 28 de diciembre de 2008. Disponible en: http://www.elglobal.net/documentacionpdf/globalpdf/2008/411.pdf, 2-10-2009.

[211] EL GLOBAL. Semana del 12 al 18 de Enero de 2009. Disponible en: http://www.elglobal.net/documentacionpdf/globalpdf/2009/412.pdf, 2-10-2009.

[212] EL GLOBAL. Semana del 19 al 25 de Enero de 2009. Disponible en: http://www.elglobal.net/documentacionpdf/globalpdf/2009/413.pdf, 2-10-2009.

durante todo el año 2009[213, 214] la postura adoptada fue la de esperar la sentencia del Tribunal Supremo sobre el recurso de FEFE contra la anulación a nivel nacional del XXIII Convenio Colectivo Marco para Oficina de Farmacia 2007-2010 (191) aunque tuviera un coste de tiempo elevado.

La resolución al recurso presentado por FEFE[215] ante la Sala Cuarta de lo Social del Tribunal Supremo llegó con la sentencia de 13 de julio, sentencia que confirma la anterior sentencia de la Audiencia Nacional de 8 de julio de 2007 por la que se declaró el derecho de la Federación Nacional de Oficinas de Farmacia a formar parte de la mesa negociadora del Convenio Colectivo Nacional de Farmacia al considerarse acreditado que FENOFAR ostenta legitimación inicial para negociar al formar parte de dicha asociación al menos el 10% de los empresarios comprendidos en el ámbito de aplicación del Convenio y, además, que dichas empresas ocupan al menos el 10% de los trabajadores afectados por aquel, tal y como se exige por el artículo 87.3 del Estatuto de los Trabajadores[216] y declarándose a su vez la nulidad del denominado XXIII Colectivo Marco para Oficinas de Farmacia como convenio colectivo estatutario de eficacia general.[217]

V.4.4. DESENLACE DEL CONFLICTO

El fin del conflicto suscitado por el XXIII Convenio Colectivo Marco para Oficinas de Farmacia (191) se inició en septiembre de 2010 cuando el vicepresidente primero de la Federación Empresarial de Farmacéuticos Españoles y de la comisión negociadora del convenio colectivo anulado en julio por el Supremo, Juan Vacas, convocó vía burofax a las distintas empresariales y sindicatos de farmacia a una reunión el 20 de septiembre en la sede de FEFE en Madrid cuyo objetivo era, "dar cumplimiento" al fallo del Tribunal Supremo (215). En esta reunión se dieron los primeros pasos hacia la conciliación y el diálogo dentro de la negociación colectiva del

[213] CORREO FARMACÉUTICO. Semana del 23 al 29 de marzo de 2009. Disponible en: http://www.correofarmaceutico.com/2009/03/23/al-dia/profesion/primer-acercamiento-de-adefarma-y-fefe-en-madrid-para-limar-asperezas, 26-04-2009.

[214] CORREO FARMACÉUTICO. Semana del 29 de junio al 5 de julio de 2009 Disponible en: http://www.correofarmaceutico.com/2009/06/29/al-dia/profesion/dirigentes-fefe-insisten-mala-situacion-botica-espana, 7-08-2009.

[215] Sala Cuarta de lo Social del Tribunal Supremo. Sentencia de 13 de julio de 2010.Recurso de Casación Ordinaria 112/2008

[216] Locus cit. en 118, p.9682.

[217] CORREO FARMACÉUTICO. Semana del 26 de julio al 1 de agosto de 2010. Disponible en: http://www.correofarmaceutico.com/2010/07/26/al-dia/profesion/el-supremo-confirma-la-nulidad-del-convenio-de-la-farmacia, 28-07-2010.

convenio de farmacias, pues se dio entrada a FENOFAR a través de la creación de una nueva mesa negociadora[218] y a partir de ahí se estableció el debate central: fijar un nuevo convenio o ratificar el anulado[219] por la sentencia del Tribunal Supremo hasta finales de 2010 con el compromiso de reunirse para negociar un nuevo convenio en 2011.

Después de quedar constituida la nueva mesa negociadora en septiembre, en la que FENOFAR y la Unión General de Trabajadores (UGT) quedaban incluidas, se convocó una reunión el 18 de octubre de 2010 en un intento de nueva negociación donde FENOFAR estaría dispuesta a rubricar el texto del XXIII Convenio, pero con reservas pues existían puntos dentro del texto articulado que esta patronal no compartía, en concreto los referentes a la reducción de horas, el aumento salarial y los permisos por enfermedad para familiares de segundo grado. De hecho, esta reunión puso fin al conflicto suscitado en la negociación colectiva pues FENOFAR firmó el texto del convenio, texto que no sufrió modificaciones pues no se permitió a FENOFAR plasmar en el acta los puntos en los que mostraba discordancia aunque sí queda recogida la existencia de un informe que resume estos puntos discordantes. El único que no refrendó el texto fue el sindicato UGT, por discrepar con el preámbulo del XXIII Convenio Colectivo, en el cual los incrementos salariales se ven condicionados por los Reales Decretos que afecten a la oficina de farmacia en vez de por los incrementos del IPC, planteamiento que el sindicato no comparte y por el cual no refrendó la firma del Convenio. Independientemente de este hecho UGT consideró positiva la firma del Convenio y no se planteó emprender ninguna medida que interfiriera en su validación y posterior publicación en el BOE pues el hecho de no firmar no impide que adquiera carácter general al haber sido refrendado por la mayoría.

Una vez firmado el texto del XXIII Convenio Colectivo Marco para las Oficinas de Farmacia se envió a la Dirección General de Trabajo para su validación donde encontró un nuevo escollo. A mediados de diciembre de 2010 la Dirección General Trabajo envió una notificación solicitando cambios que obligan a rectificar su redacción de cara a adaptarse a la normativa legal vigente en materia laboral[220]. Las modificaciones exigidas hacen referencia a dos artículos concretos:

---

[218] CORREO FARMACÉUTICO. Semana del 6 al 12 de septiembre de 2010. Disponible en: http://www.correofarmaceutico.com/2010/09/06/al-dia/profesion/fenofar-planteara-a-fefe-que-se-cree-una-nueva-mesa-negociadora, 1-01-2011.

[219] EL GLOBAL. Semana del 20 al 26 de diciembre de 2010. Disponible en: http://www.elglobal.net/documentacionpdf/globalpdf/2010/488.pdf, 1-01-2011.

[220] CORREO FARMACÉUTICO. Semana del 20 al 26 de diciembre de 2010. Disponible en. http://www.correofarmaceutico.com/2010/12/20/al-dia/profesion/trabajo-pide-cambiar-redaccion-de-dos-articulos-del-convenio-colectivo-1, 1-01-2011.

- Artículo 44, punto 3: referente a la jubilación parcial que deberá adaptarse a la normativa en vigor sobre esta materia, pues la Ley 40/2007 [221]a la que hace referencia el texto ha sido derogada por el Real Decreto-Ley 8/2010, de 20 de mayo, por el que se adoptan las medidas extraordinarias para la reducción del déficit público (22), que ha eliminado el régimen transitorio de la jubilación parcial (esto es, la aplicación paulatina y gradual prevista en la mencionada disposición transitoria de la Ley General de la Seguridad Social en relación con los diferentes requisitos exigidos para acceder a la jubilación parcial), haciendo que los convenios colectivos suscritos con posterioridad a la entrada en vigor del Real Decreto-Ley 8/2010 (22) deban ajustarse a la normativa establecida[222] en el Estatuto de los Trabajadores (118) y al artículo 166.2 de la Ley General de Seguridad Social[223] en su redacción actual (haber cumplido la edad de 61 años o de 60 años si se cumplen los requisitos legalmente previstos; acreditar un periodo de antigüedad en la empresa de, al menos, 6 años inmediatamente anteriores a la fecha de la jubilación parcial; que la reducción de su jornada de trabajo se halle comprendida entre un número mínimo de 25% y un máximo del 75%, pudiendo alcanzar el 85% si el trabajador relevista es contratado a jornada completa mediante un contrato de duración indefinida, y se cumplen los demás requisitos legales, (un período previo de cotización de 30 años).

- Artículo 46: que trata el descuelgue salarial y deberá dar entrada en las rectificaciones a las circunstancias recogidas en la Ley 35/2010, de 17 de septiembre, de medidas urgentes para la reforma del mercado de trabajo y a las indicaciones sobre cómo deben operar las empresas en esta materia[224]. Ahora se establece un nuevo procedimiento de inaplicación salarial cuando la situación y perspectivas de la empresa pudieran verse dañadas como consecuencias del régimen salarial establecido en los convenios colectivos de ámbito superior a la empresa afectando a las posibilidades de mantenimiento de empleo. Por tanto será necesario introducir una cláusula que contemple el descuelgue salarial adaptándose a este nuevo procedimiento de inaplicación salarial (222).

[221] Ley 40/2007, de 4 de diciembre, de medidas en materia de Seguridad Social. BOE nº 291, 5-12-2007, p.50186-50200.
[222] MUNDO FARMACÉUTICO nº 244. Enero 2011.
[223] Real Decreto legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. BOE nº154, 29-06-1994, p.20690.
[224] Ley 35/2010, de 17 de septiembre, de medidas urgentes para la reforma del mercado de trabajo. BOE nº 227, 18-09-2010, p.79278-79326.

El 16 de diciembre, la mesa negociadora se volvió a reunir con el objeto de hacer efectivas las modificaciones solicitadas por la Dirección General de Trabajo y que la publicación en el BOE del Convenio no se demore más y permita a las partes empezar a trabajar en la negociación colectiva de 2011.

Tras la firma del XXIII Convenio Colectivo Marco para las Oficinas de Farmacia, y a la espera de su publicación, patronal y sindicatos han comenzado a analizar y abordar el XXIV Convenio Colectivo para 2011 con un planteamiento de base: "No corren buenos tiempos para el sector farmacéutico y en concreto para la oficina de farmacia" que esperemos no empañe la consecución de objetivos que satisfagan a todas las partes (patronal y sindicatos). La preocupación principal del farmacéutico como empleador en 2011 pasa por cómo hacer frente a los recortes del más del 20% en sus ingresos y a la incertidumbre sobre los medios de pago de la factura farmacéutica manteniendo los puestos de trabajo actuales de su oficina de farmacia con capacidad operativa para la remuneración de los mismos. Por ese motivo, se prevé que las patronales aborden el XXIV Convenio con la idea de compartir esfuerzos revisando al alza la jornada laboral y a la baja las tablas laborales.

IV.4.5. CONSECUENCIAS DE LA APLICACIÓN DEL XXIII CONVENIO EN LA OFICINA DE FARMACIA

La noticia de la firma del XXIII Convenio Colectivo llega a la oficina farmacia suscitando polémica por varios motivos, siendo el principal la cantidad de dudas que plantea al farmacéutico como empleador a la hora de ajustar los salarios.

El convenio es de obligado cumplimiento desde su publicación en el BOE, afecta a todos los trabajadores estén o no en activo en la empresa y tiene carácter retroactivo desde 2007 (inicio del periodo de vigencia del convenio) hasta 31 de diciembre de 2010, fecha en la que aun no había sido publicado y por tanto seguía sin ser Estatutario ni de obligado cumplimiento. La publicación del XXIII Convenio Colectivo para Oficinas de Farmacias (24) en el BOE tuvo lugar el 24 de Enero de 2011, cuando a tenor de las fechas deberían haber empezado ya las negociaciones de un nuevo convenio colectivo.

Según la Unión de Trabajadores de Farmacia, en noviembre de 2010 sólo el 15% de las oficinas de farmacias tenían los salarios desactualizados frente al 75% de farmacias que habían

realizado una actualización parcial de los mismos. Esta es una buena noticia si se tiene en cuenta que el texto del convenio firmado por la mesa negociadora fija el tiempo en que han de hacerse efectivos los pagos de la actualización de los salarios en un mes, "plazo corto y falto de flexibilidad para que las farmacias obtengan liquido con el que pagar los atrasos"[225] y quizás tengan que recurrir las entidades financieras y al crédito para hacer frente a los pagos.

FEFE puntualizó en un comunicado de prensa, realizado el 10 de Noviembre de 2010, que una vez sea publicado el XXIII Convenio en el BOE todas las farmacias que desde el año 2007 hayan mantenido congelados los salarios de sus trabajadores deberán hacer una paga extra de atrasos teniendo en cuenta dos aspectos:

- La jornada ordinaria en 2008 se mantiene en 1.770 horas anuales de trabajo efectivo, igual que en 2007, y se establece una reducción de 8 horas anuales para 2009-10.

- Respecto a las retribuciones, los conceptos recogidos en las tablas salariales para todos los grupos profesionales se actualizarán en 2008, 2009 y 2010 según los parámetros que determine el Gobierno en la actualización anual del RDL 5/2000 y RD 2402/2004, por el que se establecen los márgenes, deducciones y descuentos correspondientes a la dispensación de medicamentos.

Como puede apreciarse, la aplicación del XXIII Convenio no estará exenta de polémica, se espera que la conflictividad laboral derivada de su obligado cumplimiento y en concreto, por la actualización de salarios, sea mínima.

[225] CORREO FARMACÉUTICO. Semana del 8 al 14 de noviembre de 2010. Disponible en: http://www.correofarmaceutico.com/2010/11/08/gestion/convenio-colectivo-sepa-que-hacer-para-aplicarlo-correctamente, 17-11-2010.

IV.5. CONVENIOS PROVINCIALES PARA OFICINA DE FARMACIA

Los convenios colectivos marco del sector farmacia nacen con una clara pretensión de ser convenios en los que se regule de manera pormenorizada cada uno de los aspectos de la oficina de farmacia en su ámbito laboral, garantizando así una homogeneidad en las prestaciones sociales de la oficina de farmacia a sus empleados, constriñendo a los convenios de ámbito territorial inferior a respetar el mismo, los cuales sólo podrán regular materias relativas a retribuciones y jornada laboral con la única finalidad de mejorar las establecidas por los convenios de ámbito nacional.

Debido a la descentralización en materia laboral y sanitaria, ya analizada en profundidad en capítulos anteriores de este trabajo, se ha disparado el afán normativo territorial, aunque este afán no ha afectado de manera directa a los convenios colectivos provinciales para oficina de farmacia, que tienen diversos orígenes debido a circunstancias históricas o contractuales concretas. En todo caso, a la hora de analizar los Convenios Provinciales Para Oficina de Farmacia es imprescindible tener en cuenta que los Convenios Colectivos Marcos de ámbito Nacional toman como base el artículo 83 del Estatuto de los Trabajadores que en su epígrafe segundo establece que: "*mediante acuerdos interprofesionales o por convenios colectivos, las organizaciones sindicales y asociaciones patronales más representativas, de carácter estatal o de Comunidad Autónoma, podrán establecer la estructura de la negociación colectiva, así como fijar las reglas que han de resolver los conflictos de concurrencia entre convenios de distintos ámbitos y los principios de complementariedad de las diversas unidades de contratación, fijándose siempre en este último supuesto las materias que no podrán ser objeto de negociación de ámbitos inferiores",* y por tanto, todo convenio colectivo provincial estará subordinado al Convenio Marco de ámbito nacional, que tendrá carácter de condiciones mínimas, y en consecuencia se respetarán las condiciones más beneficiosas que en virtud de otros convenios o pactos disfruten los trabajadores.

Hoy en día es fácil encontrarse con Convenios Provinciales para Oficina de Farmacia, véanse los siguientes: Convenio Colectivo Para Oficinas de Farmacia de la Provincia de Alicante[226],

[226] Convenio del sector Oficinas de Farmacia de Alicante. BOPA Nº 64, 28-03-2007, p.17-18, BOPA n.º 205, 24-10-2008, p.24-29 y BOPA 20-01-2009

Convenio del sector Oficinas de Farmacia de Asturias[227], Convenio Colectivo de Oficinas de Farmacia de Barcelona[228] Convenio laboral de Oficinas de farmacia de Cádiz,[229] Convenio laboral provincial de Oficinas de farmacia de Vizcaya[230], Convenio provincial de Guipúzcoa para los años 2007 a 2010[231] o los intentos de constitución en el año 2009 de una Mesa Negociadora del Convenio Colectivo exclusivo para las farmacias de la Comunidad de Madrid[232]. Esto se ha debido en parte a que las transferencias realizadas a las Comunidades Autónomas han activado el ímpetu regulador del ámbito laboral dentro del sector farmacia y en parte ha estado condicionado por el intento de paliar el "vacío de convenio" originado por la anulación por los Tribunales del polémico XXIII Convenio Colectivo Marco para Oficinas de Farmacia pero hoy en día este último rige en todo el territorio nacional.

[227] Convenio del sector Oficinas de Farmacia de Asturias. BOPA nº 89, 18-04-2007.
[228] Convenio Colectivo de Oficinas de Farmacia de Barcelona 2005-2008. DOGC nº 4499, 28-10-2005. Convenio Colectivo de Oficinas de Farmacia de Barcelona. DOGC nº 110, 8-05-2010.
[229] Convenio laboral de Oficinas de farmacia de Cádiz. BOPC nº 34, 8-10-2005.
[230] Convenio laboral provincial de Oficinas de farmacia de Vizcaya. BOPV nº 46, 7-03-2006.
[231] Convenio provincial de Guipúzcoa para los años 2000 a 2002.BOGuipuzcoa nº 246, 9-08-2000. Convenio provincial de Guipúzcoa para los años 2007 a 2010. BOGuipuzcoa nº 15, 11-02-2011. Ambos textos disponibles en: https://ssl4.gipuzkoa.net/boletin/asp/index.asp, 27-03-2011.
[232] CORREO FARMACÉUTICO. Semana del 1 al 7 de diciembre de 2008. Disponible en: http://www.correofarmaceutico.com/2008/12/01/al-dia/profesion/adefarma-prepara-un-convenio-para-las-boticas-de-madrid, 2-03-2009.


SEGUNDA PARTE:
CONTEXTO SOCIAL
Y ECONÓMICO

V. ENTORNO SOCIAL Y ECONÓMICO MUNDIAL

V. 1. OBJETIVO INTERNACIONAL

Distintos informes sobre el empleo sanitario vieron la luz en la década de los setenta del siglo pasado, pero no fue hasta comienzos del siglo XXI, y en concreto hasta la publicación del *"The World Health Report"* (8) en el año 2006, cuando los problemas de la mano de obra sanitaria cobraron fuerza suficiente para promover la investigación y la acción internacional que propiciara un cambio en los recursos humanos sanitarios a nivel mundial. Estas investigaciones, conjuntamente con *"The World Health Report"* (8), fueron la fuerza motriz principal para alcanzar los *"Millennium Development Goals"*[233] relacionados con la salud.

Dentro del ámbito profesional sanitario los farmacéuticos son, por detrás de enfermeras y médicos, el tercer grupo más numeroso. *"The Global Health Workforce Alliance"*[234], que se

[233] ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (2000) The United Nations Millennium Declaration. Disponible en:
http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/about/es/index.html, 18-04-10 y en:.
http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/, 18-04-10.
"Millennium Development Goals u Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)" de las Naciones Unidas son ocho objetivos que los 191 Estados Miembros de las Naciones Unidas acordaron tratar de alcanzar para 2015. La Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, firmada en septiembre de 2000, compromete a los dirigentes mundiales a luchar contra la pobreza, el hambre, la enfermedad, el analfabetismo, la degradación del medio ambiente y la discriminación contra la mujer. Los ODM, dimanantes de esa Declaración, tienen metas e indicadores específicos. Los ocho Objetivos de Desarrollo del Milenio son:

1. erradicar la pobreza extrema y el hambre;
2. lograr la enseñanza primaria universal;
3. promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer;
4. reducir la mortalidad infantil;
5. mejorar la salud materna;
6. combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades;
7. garantizar la sostenibilidad del medio ambiente; y
8. fomentar una asociación mundial para el desarrollo.

Tres de los ocho objetivos y ocho de las dieciocho metas guardan relación directa con la salud. Algunos países en desarrollo han realizado progresos extraordinarios hacia la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud, sus metas e indicadores. http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/about/es/index.html, 18-04-10.
http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/, 18-04-10.

[234] ''*The Global Health Workforce Alliance (The Alliance*)" se creó en el año 2006 como plataforma para la acción ante las necesidades de personal sanitario de la población mundial en relación con los objetivos del milenio. "*The Alliance*" es miembro colaborador de los gobiernos de distintos países, de sociedades civiles, agencias internacionales, instituciones financieras, centros de investigación, educación y profesorado y de asociaciones profesionales dedicadas a identificar, implementar y plantear soluciones a los retos sanitarios del planeta. Los profesionales sanitarios son el alma de los sistemas de salud. Actualmente, el mundo se enfrenta a un problema crónico de difícil solución: la necesidad de 4, 2 millones de profesionales sanitarios para cubrir las vacantes existentes. Se ha reconocido a nivel internacional que la falta de profesionales de la salud dificulta el progreso sanitario y la consecución de los objetivos de salud de la Organización Mundial de la Salud para el siglo XXI a nivel global. La visión de

estableció para acelerar el progreso de las profesiones sanitarias hacia los objetivos del milenio; tiene entre sus cometidos identificar e implementar instrumentos y soluciones para paliar los problemas generados por la "mano de obra sanitaria", siendo el problema principal la escasez de profesionales.

La escasez internacional de profesionales de la salud existe, con distintos grados de severidad dependiendo de la profesión sanitaria y el país de procedencia. Sin embargo, debido a la creciente superposición de los roles profesionales y a la necesidad de trabajar en equipo, es esencial que los países trabajen con todos los profesionales sanitarios de manera conjunta a la hora de desarrollar planes de gestión de los recursos humanos en el sector salud.

Las prioridades en el cuidado de la salud varían entre los distintos países y las diferentes culturas y un sistema de salud universal o un modelo de mano de obra sanitaria estático global no proporcionaría la atención sanitaria requerida por la población de manera eficiente. Para la profesión farmacéutica el grado de escasez de profesionales y el impacto subsecuente sobre servicios de farmacia depende del papel que el farmacéutico desempeñe en cada país.

Global health workforce, by density

WHO region	Total health workforce		Health service providers		Health management and support workers	
	Number	Density (per 1000 population)	Number	Percentage of total health workforce	Number	Percentage of total health workforce
Africa	1 640 000	2.3	1 360 000	83	280 000	17
Eastern Mediterranean	2 100 000	4.0	1 580 000	75	520 000	25
South-East Asia	7 040 000	4.3	4 730 000	67	2 300 000	33
Western Pacific	10 070 000	5.8	7 810 000	78	2 260 000	23
Europe	16 630 000	18.9	11 540 000	69	5 090 000	31
Americas	21 740 000	24.8	12 460 000	57	9 280 000	43
World	59 220 000	9.3	39 470 000	67	19 750 000	33

Note: All data for latest available year. For countries where data on the number of health management and support workers were not available, estimates have been made based on regional averages for countries with complete data.

Data source: *(3)*.

Tabla 27. Recursos Humanos Sanitarios a nivel mundial, por densidad. Fuente: The World Health Report 2006 (8), http://www.who.int/whr/2006/en/, 18-04-2010.

"The Alliance" es proporcionar a todos y en todos los lugares del mundo un profesional sanitario cualificado, motivado y respaldado dentro del sistema sanitario. De esta visión deriva la misión principal de la organización, proponer y catalizar acciones globales o nacionales para resolver la crisis surgida con los recursos humanos sanitarios y de esta manera conseguir los objetivos del milenio relacionados con la salud colectiva. http://www.who.int/workforcealliance/about/en/, 18-04-2010.

"The World Health Report 2006" (8) llama a la acción para paliar los problemas planteados por la falta de recursos humanos sanitarios, incluyendo una mejor preparación del personal para conseguir un personal sanitario más cualificado, mejores prácticas de contratación y un mayor control sobre los movimientos migratorios. Los tres factores que condicionan la consecución de los objetivos del informe en el ámbito del trabajo sanitario son: **el número de trabajadores sanitarios, la distribución de los trabajadores sanitarios y las políticas de salud**.

Las investigaciones y el análisis de las políticas farmacéuticas relacionadas con la contratación laboral y la mano de obra farmacéutica han sido escasos, esto implica que en la actualidad se carezcan de datos veraces que permitan la planificación de los recursos humanos farmacéuticos. Trabajos recientes realizados en Australia, Canadá, Gran Bretaña y EE.UU. junto con *"The 2006 FIP Global Pharmacy Workforce and Migration report"*[235] arrojan luz sobre los problemas del sector farmacéutico en este ámbito.

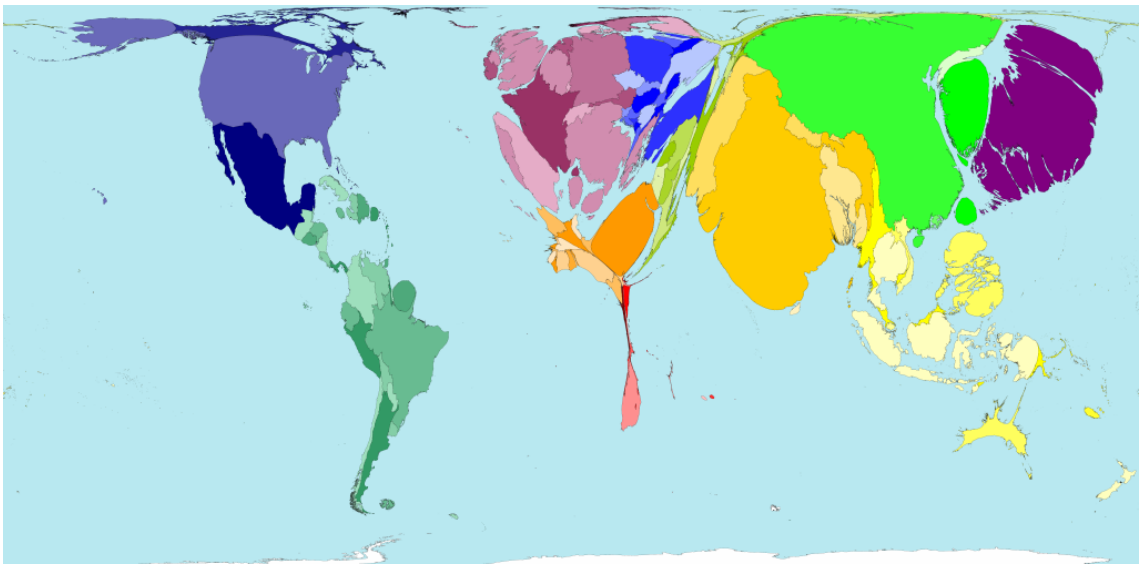
V.2. PANORAMA MUNDIAL DE LA PROFESIÓN FARMACÉUTICA

La Organización Mundial de la Salud aboga por un plan de trabajo que propicie un acercamiento al desarrollo sistemático de estrategias para mejorar los recursos humanos sanitarios a nivel mundial. Dentro de estas recomendaciones se encuentran las encaminadas al fomento de políticas que financien la educación y las acciones que contribuyan a reducir las desigualdades en salud. La OMS denuncia que en muchos países existe escasez de farmacéuticos y mala distribución de la mano de obra sanitaria dentro de los propios países, contribuyendo estos hechos de manera negativa en la salud de la población y fomentando las desigualdades en salud dentro de los individuos de una misma aldea, pueblo, ciudad, zona, región, país o continente.

El mapa 3[236] muestra las desigualdades en la distribución del personal farmacéutico a nivel mundial, subrayando los países más afectados por la escasez de mano de obra, particularmente en el África Sub-Sahariana. En este mapa el tamaño del país es representativo

[235] CHAN XH, WULIJI T. (2006) Global Pharmacy Workforce and Migration Report – a Call for Action. International Pharmaceutical Federation. http://www.fip.org, 25-04-2010.
[236] http://www.worldmapper.org/images/largepng/217.png; 25-04-2010.

de la media global de farmacéuticos que trabajan en él, es decir, a menor número de farmacéuticos menor representación geográfica del país y viceversa.



Mapa 3. Desigualdades en la distribución del personal farmacéutico a nivel mundial. Fuente: Worldmaper.org, 25-04-2010.

La calidad de los trabajadores sanitarios determina el estado de salud de la población. Los recursos de los sistemas sanitarios, incluidas las medicinas, podrían ser desperdiciados o infrautilizados si no son manejados por personal sanitario formado y motivado. Además los farmacéuticos, como otros trabajadores sanitarios, están concentrados en zonas urbanas mientras que las aéreas rurales y los lugares remotos carecen de asistencia sanitaria básica. A este problema de distribución geográfica se le añade la existencia de una distribución del personal sanitario a favor del sector privado en comparación con el sector público, hecho que acelera las desigualdades dentro de los sistemas sanitarios particularmente en los países en vías de desarrollo. El número de profesionales farmacéuticos operativos depende de una serie de determinantes como pueden ser el número de farmacéuticos en el mercado de trabajo que estén en edad de trabajar, el porcentaje de farmacéuticos que están trabajando y de la disponibilidad de aquellos que no están trabajando pero que podrían volver a ocupar un puesto como farmacéuticos (235).

Entre las prioridades de evaluación para poder elaborar un informe completo sobre la situación del personal farmacéutico se encuentran la identificación de los niveles, las causas y las implicaciones de los ingresos entre las distintas cohortes de farmacéuticos; la suficiencia y la conveniencia de la formación de los licenciados; los niveles de satisfacción en el trabajo, las

aspiraciones de los farmacéuticos, sus motivaciones y el compromiso de los farmacéuticos con su trabajo, su carrera, la ética profesional, las organizaciones colegiales y la profesión farmacéutica en general.

Existe una necesidad acuciante de desarrollar modelos flexibles que permitan entender las necesidades y circunstancias del personal farmacéutico basados en el número de farmacéuticos en ejercicio necesarios en una zona y las habilidades requeridas para poder proporcionar los servicios. En este sentido se enmarca la hipótesis de esta tesis, en la cual se insta a mirar al futuro de la contratación laboral desde modelos prospectivos que ayuden a dilucidar las necesidades de personal y las cualidades que debe presentar el mismo para realizar un servicio farmacéutico de calidad.

Actualmente el número de farmacéuticos no se distribuye de acuerdo a las necesidades regionales y locales existentes. Los países desarrollados resultan muy atractivos, como lugar de trabajo, a los profesionales de la salud, lo que se debe fundamentalmente a una mayor satisfacción profesional y económica que conduce a la migración de los países subdesarrollados o en vías de desarrollo a los países de economías desarrolladas. Sin embargo, incluso en los países desarrollados puede encontrarse, a menudo, escasez de farmacéuticos y de personal auxiliar. Los resultados de diversas encuestas muestran que la mayor parte de la población estadounidense vive en áreas que presentan dificultades moderadas para cubrir los puestos vacantes de farmacéuticos. “De hecho, en algunos lugares de Estados Unidos se prevé que desde ahora hasta 2020 se necesiten cubrir hasta 150.000 puestos de farmacéuticos, y en Australia las previsiones para los próximos años apuntan a que la demanda alcanzará los 17.200 profesionales”.[237] Las organizaciones sanitarias internacionales son conscientes de que la excesiva demanda de farmacéuticos está ralentizando el desarrollo de la farmacia en general. En áreas rurales de países como Canadá, Australia o Nueva Zelanda es difícil contratar farmacéuticos jóvenes y los farmacéuticos en ejercicio en esas áreas están en un rango de edad superior a los 55 años.

Todos los cambios acontecidos a nivel sanitario, y en concreto en la práctica farmacéutica, derivados de la innovación, la diversificación y la orientación profesional; hacia las necesidades del paciente crean un impacto en el ejercicio profesional de los farmacéuticos. El incremento del volumen de prescripciones, el envejecimiento de la población, el uso de tecnología en el

[237] CORREO FARMACÉUTICO. Semana del 17 al 23 de julio de 2006. Disponible en: http://www.correofarmaceutico.com/archivo?archiveDate=2006/07/17, 25-04-2008.

proceso de dispensación de medicinas como la receta electrónica, la robotización de las farmacias, el control automatizado del stock, el avance de la biotecnología y la personalización de los tratamientos médicos han obligado a cambiar los esquemas de trabajo de las oficinas de farmacia, tanto en los países con "Modelo Anglosajón" de farmacia como aquellos que tienen un "Modelo mediterráneo" de farmacia, no solo en lo referente a la dinámica de trabajo sino también en el modelo de desarrollo de negocio (mayor corporativización entendida en los países con modelo anglosajón, tendencia, planteamiento o puesta en funcionamiento del corporativismo mismo en los países tradicionalmente mediterráneos, por ejemplo: Portugal). La burocracia administrativa que rodea la tramitación de las prescripciones médicas bien sea cuando se efectúa su pago por compañías aseguradoras, o bien por los sistemas sanitarios nacionales, ha obligado al farmacéutico titular a evolucionar del mero experto en fármacos a un trabajador especializado en el que se integra la preocupación por el aspecto técnico y social de la dispensación con el conocimiento y realización de los procedimientos administrativos necesarios, de modo que sin perder la vocación de servicio sanitario muestra cualidades comerciales para el desarrollo de la farmacia como negocio. Esto se ha contextualizado a nivel mundial dando lugar al llamado **cambio de rol del farmacéutico**, rol influido por dos aspectos:

1. La mayoría de los farmacéuticos que trabajan en farmacia comunitaria (como empleados) no lo hacen de manera vocacional sino condicionados por las circunstancias profesionales, personales y económicas del momento. Este hecho convierte en una constante el descontento de los mismos, la fluctuabilidad en puestos de mando medio en la oficina de farmacia (farmacéuticos adjuntos) y el interés del desarrollo de su carrera profesional en otros ámbitos distintos a la farmacia comunitaria.

2. El altísimo porcentaje de mujeres en la profesión. Mujeres contentas con el trabajo que desempeñan, por tanto, haciendo de la farmacia un empleo estable para el sexo femenino, pero con una salvedad: el tipo de jornadas que realizan. Generalmente abogan por una jornada profesional continua o media jornada, independientemente de sus aspiraciones profesionales o su cargo dentro de la farmacia, pues es un empleo que permite, siempre que se elija uno de los dos tipos de jornadas laborales especificadas, la conciliación de la vida laboral con la familiar. Aspecto que hace más atractivo el empleo farmacéutico a la mujer, condicionada por su rol de madre de manera psicológica a la hora de elegir un trabajo.

A todo lo expuesto ha de añadirse los cambios de actitud operados en las distintas generaciones que están al frente de las farmacias, así las dirigidas por farmacéuticos jóvenes presentan un modelo más estructurado e integrado del trabajo con roles profesionales definidos pero flexibles que permiten hacer frente a los cambios que está sufriendo la profesión adaptándose de forma mucho más rápida mientras que en aquellas que están bajo la responsabilidad de farmacéuticos más mayores, pertenecientes a generaciones previas, nacidos y educados en otro tipo de coyuntura económica y social, reina un modelo de trabajo más "paternalista" que dificulta la adaptación a los cambios.

El clima económico mundial está afectando de manera efectiva al panorama laboral, la crisis económica global dificulta la contratación de personal en la oficina de farmacia debido, en primer lugar, al recorte en los ingresos de las farmacias como resultado de las políticas intervencionistas a nivel sanitario como medida paliativa de la crisis y, en segundo lugar, a la incertidumbre social y económica reinante. Aunque la crisis podría no ser del todo negativa para el panorama sanitario mundial, desde el punto de vista de la contratación laboral, sí podría redundar de forma positiva en la distribución de la mano de obra sanitaria, y en concreto la farmacéutica, pues si en las partes desarrolladas o urbanas del planeta (en función del tipo de migración de la mano de obra: país en vía de desarrollo a país desarrollado o de zona rural a zona urbana) bajan las posibilidades de contratación el personal sanitario buscará alternativas de colocación que podrían mejorar el mapa mundial de distribución de profesionales sanitarios pasando los mismos a ocupar plazas que en periodo de bonanza estarían descubiertas. Esta hipótesis podrá ser comprobada dentro de unos años, a la luz de los resultados del análisis de los datos de contratación mundial de farmacéuticos.

La OMS centra parte de sus esfuerzos en conseguir una atención sanitaria digna en los países en vías de desarrollo donde existe escasez de recursos humanos sanitarios cualificados, para eso ha de mantener un número mínimo de profesionales trabajando en esos países. En este sentido la UE planteó la Estrategia de acción de la UE relativa a la escasez de recursos humanos en el sector sanitario en países en desarrollo[238], adoptada en diciembre de 2005, y el Programa de acción europeo para hacer frente a la grave escasez de personal sanitario en los países en

[238]COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS (2005) Estrategia de acción de la UE relativa a la escasez de recursos humanos en el sector sanitario en los países en desarrollo. Comunicación de la Comisión al Consejo y al Parlamento. Bruselas, COM (2005) 642.

desarrollo (2007-2013)[239], adoptado un año más tarde, reconocieron que la UE tiene la responsabilidad de tomar medidas para lograr su propio objetivo de proporcionar una atención sanitaria de alta calidad sin tener un impacto negativo en la situación de los países no pertenecientes a la UE. Por este motivo y tal como afirma el Libro Verde (68) sobre el personal sanitario europeo[240], la UE está promoviendo una política común de inmigración que incluye medidas para no socavar las perspectivas de desarrollo de terceros países fomentando la migración circular. Estas medidas forman parte del Planteamiento Global sobre la Migración.[241,242]

La migración circular fue definida por el Foro Global sobre Migración y Desarrollo[243] como "el movimiento fluido de personas entre países, incluyendo movimiento temporal o más permanente que, cuando ocurre voluntariamente y es relacionada con las necesidades laborales en el país de origen y de destino, puede ser beneficioso para todos". En este sentido la UE considera que las migraciones circulares son "el desplazamiento de personal a otro país para formarse o adquirir experiencia, y su posterior regreso a los países de origen con nuevos conocimientos y aptitudes", de hecho, esta migración, sería una carrera laboral negociada, de modo que la persona que regresa vuelva a un puesto y reciba un sueldo que reconozca la experiencia adquirida, también podría ser un incentivo pues se comporta como una forma de migración que se gestiona de una manera que hace posible cierto grado de movilidad legal entre dos países en uno y otro sentido, esta definición está apoyado por los estudios del Consortium for Applied Research on International Migration (CARIM)[244] que afirman que las migraciones circulares son de tipo provisionales, renovables, con movilidad durante cada periodo, legales, respetuosas con los derechos de migrantes y que a su vez combinan la oferta de trabajo de un país con las necesidades de trabajo de otro que involucra el compromiso continuo del migrante con su país de origen y por tanto con el retorno al mismo.

---

[239] COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS (2008) Una política común de emigración para Europa: Principios, Medidas e Instrumentos. Comunicación de la Comisión al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité e las Regiones. Bruselas, COM (2008) 359.

[240] http://ec.europa.eu/health/ph_systems/docs/workforce_gp_es.pdf, 26-01-2010.

[241] COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS (2006) El Planteamiento global sobre la migración un año después: Hacia una política global europea en materia de migración**.** Comunicación de la Comisión al Consejo y al Parlamento Europeo. Bruselas, COM (2006) 735.

[242] COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS (2007) Aplicación del «Planteamiento global sobre la migración» a las regiones orientales y sudorientales vecinas de la Unión Europea**.** Comunicación de la Comisión al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité e las Regiones. Bruselas, COM (2007) 247.

[243] http://www.gfmd.org/es.html, 26-01-2010.

[244] http://www.carim.org/, 26-10-2010.

La UE contempla explícitamente la contratación ética en sectores, como el sanitario, que sufren carencias de personal comprometiéndose a desarrollar un código de conducta para la contratación ética de personal sanitario procedente de terceros países, así como a adoptar otras medidas para minimizar las consecuencias negativas para los países en desarrollo de la emigración de personal sanitario a la UE, y maximizar las consecuencias positivas[245]. La necesidad de cumplir estos compromisos se reitera en el informe provisional sobre la aplicación del Programa de acción adoptado en septiembre de 2008[246] junto con establecimiento de un conjunto de principios que guíen la contratación de profesionales de la salud procedentes de países en desarrollo e introducir métodos de control.

WHO Region	Countries
Africa *(10)*	Ethiopia, Ghana, Kenya, Mali, Nigeria, Rwanda, Tanzania, Chad, Uganda, Zimbabwe
Eastern Mediterranen *(7)*	Egypt, Iraq, Jordan, Kuwait, Pakistan, Sudan, Syria
Europe *(21)*	Albania, Austria, Belgium, Croatia, Czech Republic, Denmark, Finland, France, Germany, Great Britain, Hungary, Iceland, Israel, Italy, Malta, Portugal, Republic of Macedonia, Serbia, Spain, Switzerland, Turkey
Pan- America *(10)*	Argentina, Brazil, Canada, Chile, Colombia, Costa Rica, Mexico, Paraguay, Uruguay, USA
South East Asia *(3)*	India, Indonesia, Nepal
Western Pacific *(5)*	Australia, Japan, Republic of Korea, Singapore, Vietnam

Tabla 28. Países analizados por el informe 2009 International Pharmaceutical Federation (FIP) "Global Pharmacy Workforce and Migration Report – a Call for Action". Fuente: http://www.fip.org, 25-04-2010.

[245] COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS (2006) Programa de acción europeo para hacer frente a la grave escasez de personal sanitario en los países en desarrollo (2007-2013) Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo y al Consejo. Bruselas, COM (2006) 870.

[246] COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS (2008) European programme for action to tackle the critical shortage of health workers in developing countries (2007 – 2013) Progress report on implementation. Commision Staff working Document. Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo y al Consejo. Bruselas, SEC (2008) 2476.

V.2.1. EL PERSONAL FARMACÉUTICO A NIVEL MUNDIAL EN CIFRAS

A la hora de estudiar las cifras definitorias del personal farmacéutico a nivel mundial han de tenerse en cuenta distintos determinantes de la profesión farmacéutica como son la densidad de farmacéuticos por 10.000 habitantes/país y la densidad de oficinas de farmacia por 10.000 habitantes/país a partir de los cuales se podrán elaborar los mapas mundiales de la profesión farmacéutica que permitan planificar políticas encaminadas a optimizar los recursos humanos relacionados con la salud. Para ello será importante no sólo tener en cuenta las cifras globales de farmacéuticos sino correlacionarlas con el estatus económico de un país, con el número de profesionales en activo y poder establecer la composición del personal de las oficinas de farmacias al igual que la distribución del empleo farmacéutico (Ver gráfico 11).

La densidad media de farmacéuticos por cada 10.000 habitantes varía enormemente de unos países a otros (de los 0,04 farmacéuticos por 10000 habitantes en Chad a los 18, 88 farmacéuticos por 10.000 habitantes de Malta). El gráfico 12 representa la densidad de farmacéuticos (total) y de farmacias (total incluyendo las farmacias comunitarias, las hospitalarias, los botiquines rurales, etc…) por cada 10.000 habitantes.

En la mayoría de países es mayor la densidad de farmacéuticos que de farmacias aunque algunos países (Uruguay, Vietnam, Pakistán, Nepal, Ruanda, etc…) presentan un mayor número farmacias que de farmacéuticos con la consiguiente falta de adecuación de los servicios farmacéuticos.

Como se aprecia en el gráfico 13 existe una relación positiva entre la densidad de farmacias (entendidas como servicios de dispensación de medicamentos) y la densidad de farmacéuticos. **Los países con una mayor densidad de farmacéuticos tienden a presentar una mayor densidad de farmacias** ($R= 0, 239$, $p < 0,001$).

La mayoría de las farmacias que engloban este total podrían ser consideradas como “farmacias comunitarias” mientras que solo un 10 % de las farmacias estudiadas son consideradas como “farmacias hospitalarias”.

La peor situación se observa en el África subsahariana donde no existen apenas farmacias ni farmacéuticos, lo cual tiene implicación directa en el acceso al medicamento por la población generando por un lado, un inadecuado acceso a los puntos de distribución que puede llevar

parejo una distribución no equitativa del mismo y por otro lado, una falta total de atención farmacéutica a la población.

Contar con un mapa global de la profesión farmacéutica facilita planificar las políticas encaminadas a la optimización de los recursos humanos relacionados con la salud, que es uno de los objetivos principales de la OMS. Estos mapas permitirán establecer comparativas mundiales a lo largo de los años (series temporales). A continuación, se muestra un ejemplo en el mapa 4.

En ese sentido la FIP en su informe "Global Pharmacy Workforce and Migration Report: a Call for Action" planteó un análisis en 50 países en el cual se correlacionaban el estatus económico de un país medido como Producto o Ingreso Nacional Bruto (Gross National Income, GNI) y la densidad de farmacéuticos obteniéndose como resultado que existe una relación entre la situación económica del país y la densidad de farmacéuticos ($R=0,413$, $p<0,001$). Esto se puede traducir como **"el desarrollo de los recursos humanos en función del desarrollo económico"**.

Los datos para el análisis del estado económico de los 50 países integrantes del estudio proceden de los informes del Banco Mundial del año 2007 y se ha utilizado para el cálculo el Ingreso Nacional Bruto (GNI) ajustado por paridad en poder adquisitivo (PPP) en dólares americanos (US$). Se ha podido comprobar que el número total de farmacéuticos no se corresponde e incluso puede llegar a no ser representativo con respecto al número de farmacéuticos en activo. La relación existente entre el número total de farmacéuticos frente al número de farmacéuticos en activo en cada uno de los países estudiados se puede apreciar en el gráfico 14.

La proporción de farmacéuticos en activo puede ser inferior al 55% en países como la Republica de Corea, lo cual tiene una implicación significativa a la hora de planificar los recursos humanos farmacéuticos del país. Ha de tenerse en cuenta que muchos países carecen de mecanismos para identificar los farmacéuticos en activo y por tanto en estos países se dificulta aún más la planificación de los recursos humanos farmacéuticos (Ver gráfico 15).

Con respecto a la densidad de técnicos en farmacia (personal auxiliar) por 10.000 habitantes, los ratios varían enormemente pues se pasa del 0,005 de Chad a los 9,4 de Turquía. Muchos países como Brasil, la República de Corea, Japón, etc… carecen de técnicos en farmacia o personal auxiliar equivalente. Por el contrario, en algunos países, el papel del técnico en

farmacia es clave pues comprende más del 70% de los recursos humanos del sector farmacéutico, este es el caso de Pakistán donde el 75% del personal de las farmacias son técnicos en farmacia. En el gráfico 16 se puede apreciar la composición del personal de las farmacias en porcentaje (Farmacéuticos *versus* Técnicos en farmacia).

La distribución de género del personal farmacéutico muestra una tendencia a la "feminización" del mismo en muchos países, hecho que potencialmente puede estar relacionado con el cambio experimentado por el rol femenino y con la facilidad para desempeñar trabajos de media jornada en las oficinas de farmacia. La proporción total de farmacéuticos que son mujeres varía del 20 al 80% en función del país, como se puede apreciar en el gráfico 17. Por ejemplo, casi el 80% de los farmacéuticos de la República Checa son mujeres frente al 20% de mujeres que son farmacéuticas en Uganda.

Para el análisis de la distribución del personal farmacéutico por áreas de empleo, el *"Global Pharmacy Workforce and Migration Report: a Call for Action "* (235) utilizó las llamadas WHO Regions (Regiones de la Organización Mundial de la salud), que dividen al globo terráqueo en seis regiones: **África, América, Mediterráneo, Europa, Sudeste Asiático y Pacífico** y las áreas de empleo fueron definidas como: docencia e investigación, **farmacia comunitaria**, farmacia hospitalaria, industria farmacéutica, registros y otros.

Si se analiza la distribución del personal farmacéutico por sectores se aprecia que a nivel mundial la media de farmacéuticos que trabajan en farmacias comunitarias es de un 58% frente a un 12% de profesionales trabajando en farmacia hospitalaria, otro 12 % en la industria, un 4% en investigación y docencia y un 4% en registros, dejando un 10% para otros posibles empleos (Ver gráfico 18).El África Subsahariana tiene menos del 5% de su potencial farmacéutico empleado en la industria farmacéutica, hecho que contrasta con que el 55% de los farmacéuticos del Sudeste Asiático estén empleados en la industria farmacéutica.

Las variaciones intra-continentales son muy amplias pues existen diferencias significativas en función del desarrollo industrial y económico de cada uno de los países, por ese motivo, en la figura 18 aparecen las líneas de error sobre cada una de las barras pertenecientes a los principales sectores de empleo farmacéutico.

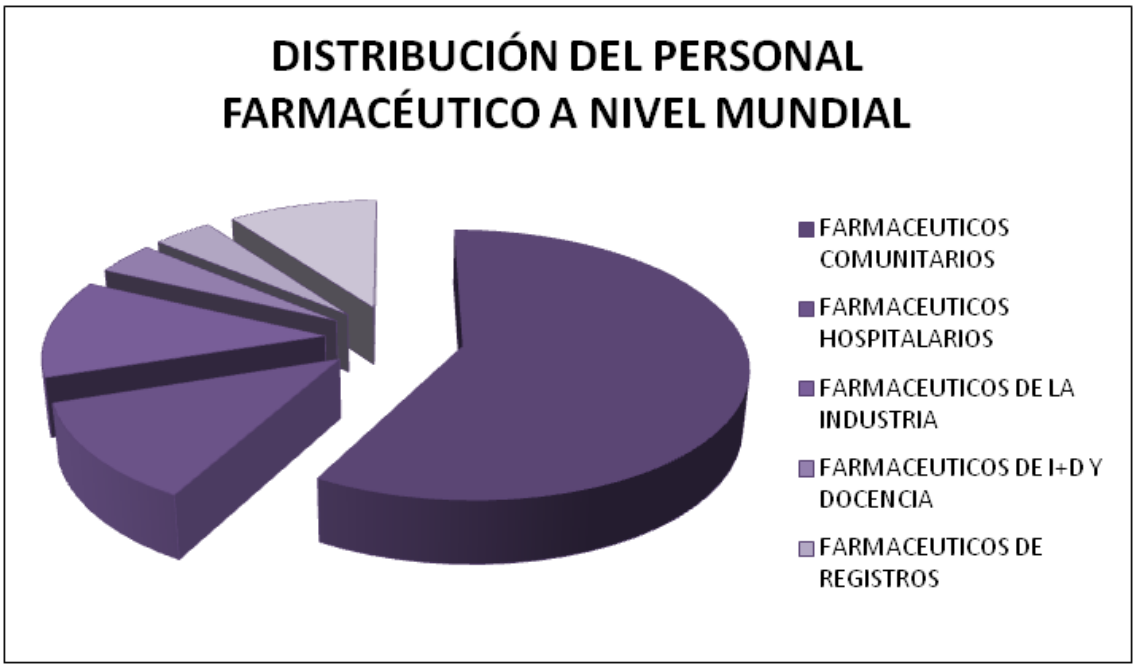


Gráfico 11. Distribución del personal farmacéutico a nivel mundial. Elaboración propia.

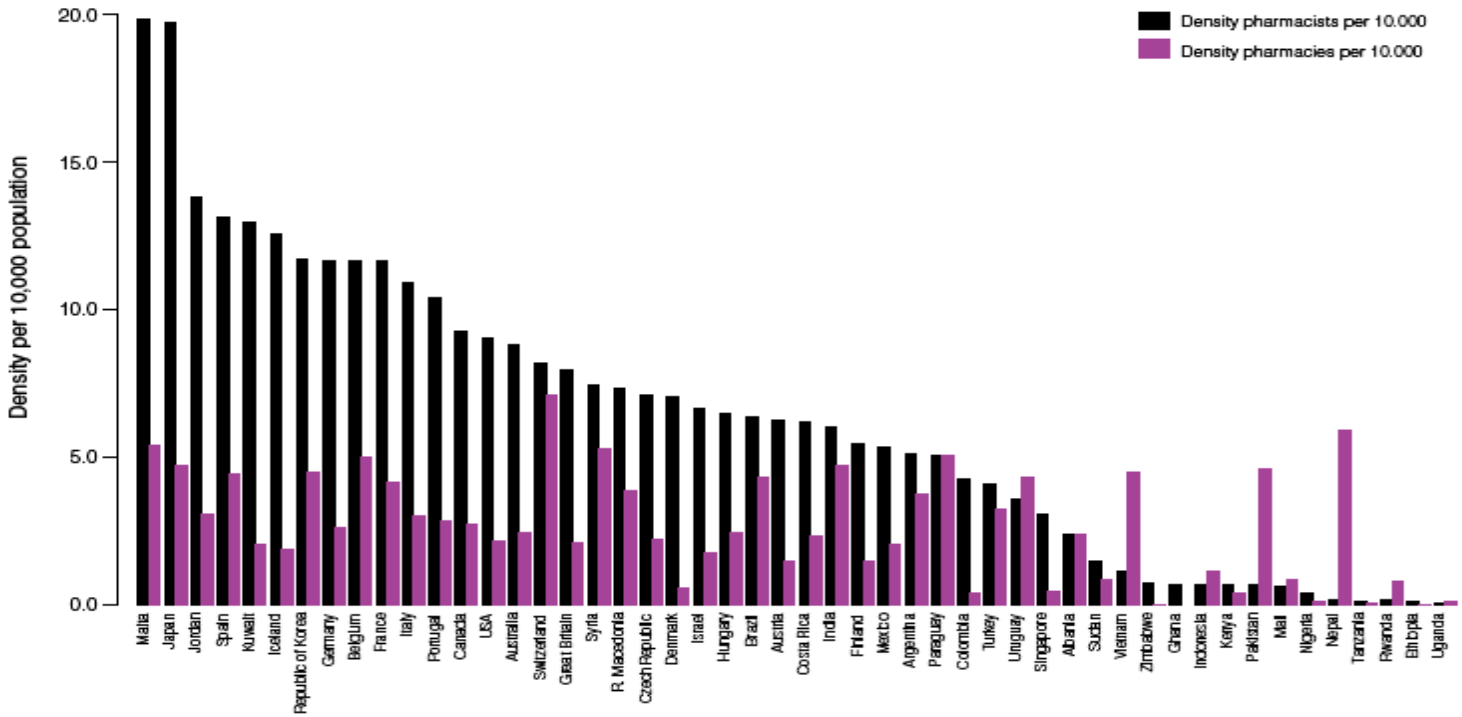


Gráfico 12. Densidad de farmacéuticos y farmacias por cada 10.000 habitantes. [Análisis de 50 países por el informe "Global Pharmacy Workforce and Migration Report – a Call for Action" (235)]. Fuente: http://www.fip.org, 25-4-2010.

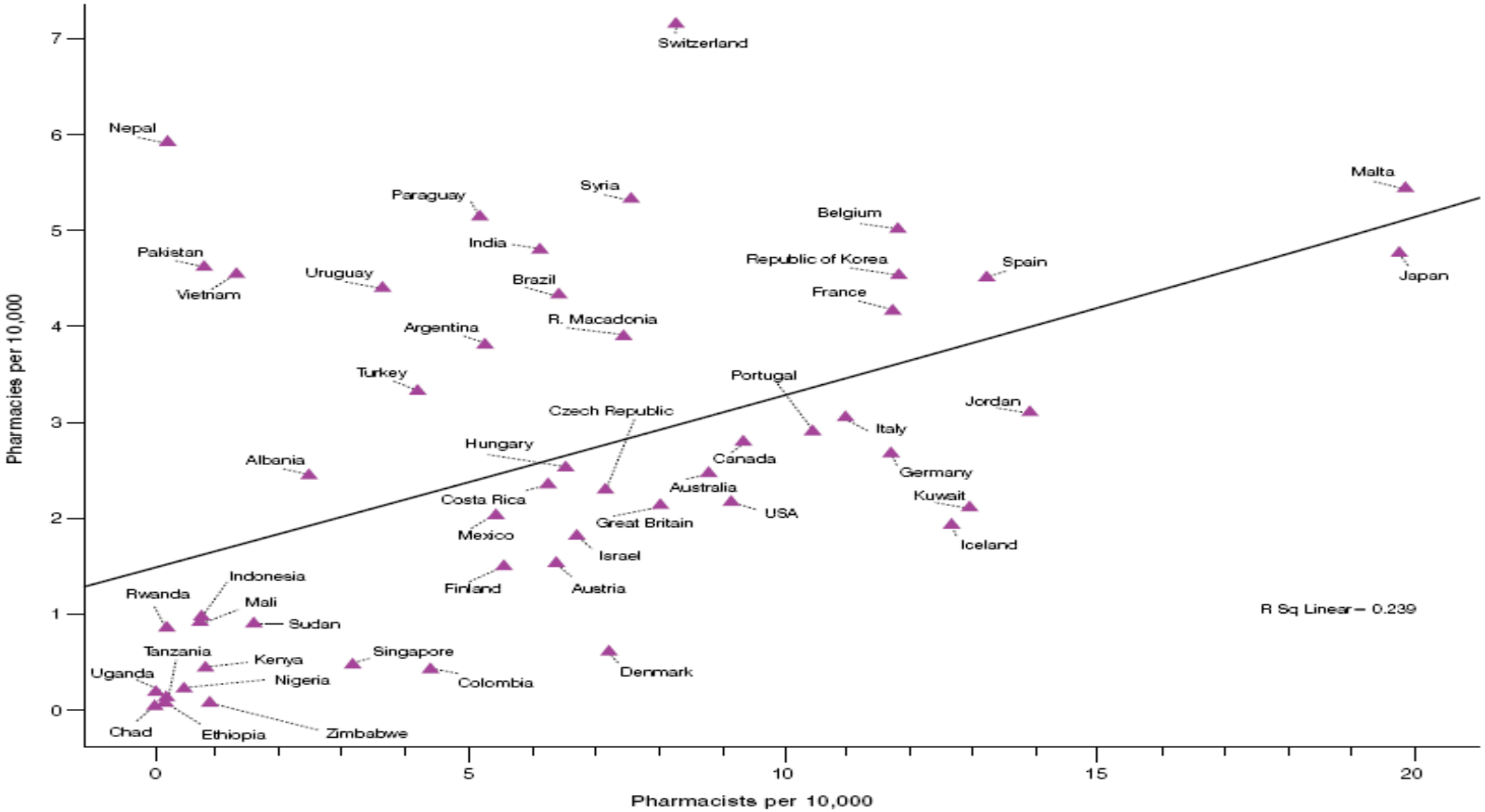
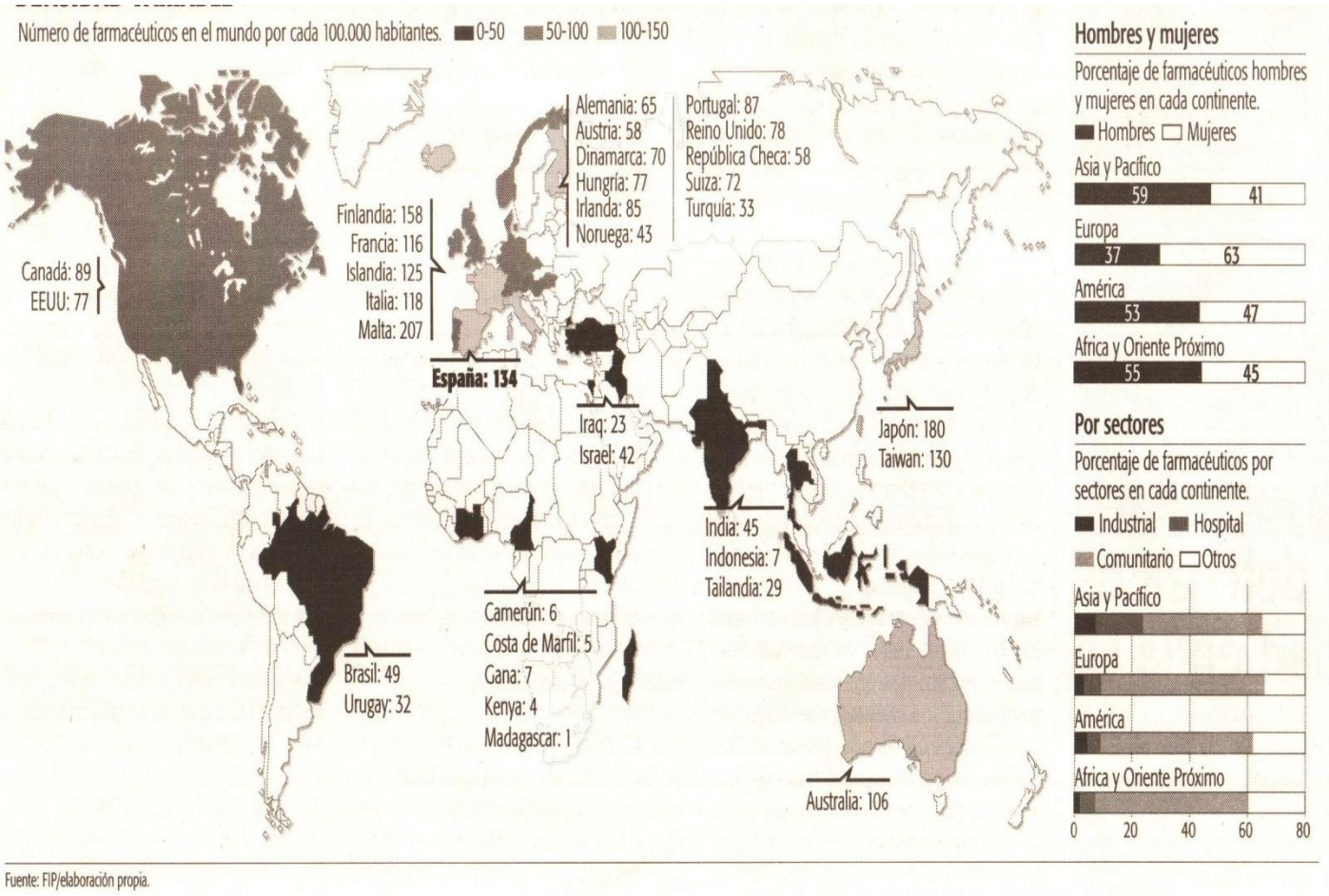
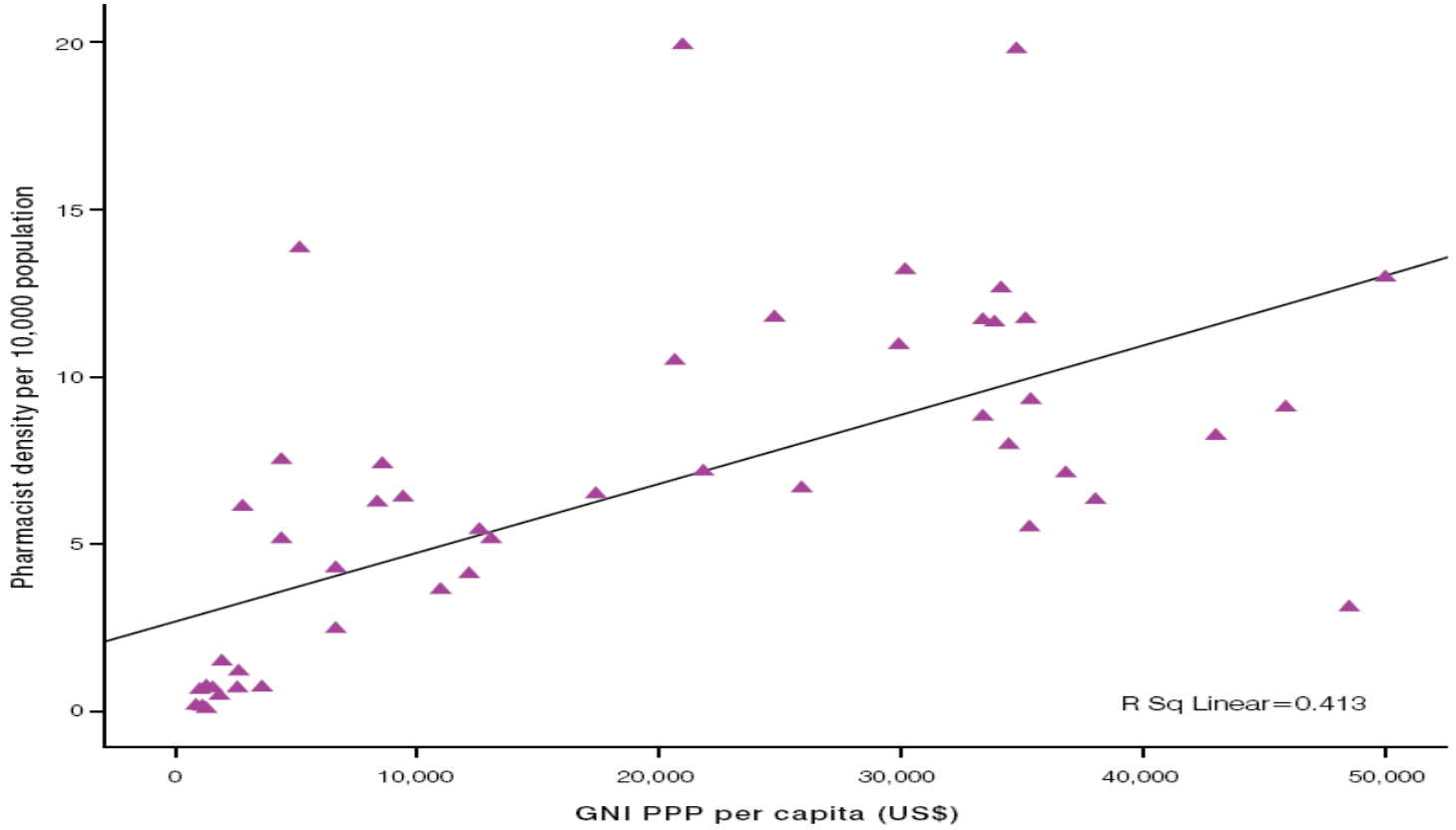


Gráfico 13. Densidad de farmacéuticos y farmacias por cada 10.000 habitantes II. [Análisis de 50 países por el informe "Global Pharmacy Workforce and Migration Report – a Call for Action" (235)]. Fuente: http://www.fip.org, 25-4-2010.

Mapa 4. Distribución de farmacéuticos por cada 10.000 habitantes. Fuente: Correo Farmacéutico, http://www.correofarmaceutico.com/archivo, 25-4-2010.





GNI data source: World Bank 2007. GNI adjusted for purchasing power parity(PPP) in US$.

Gráfico 14. Densidad de farmacéuticos por 10.000 habitantes y por GNI en 50 países. [Análisis de 50 países por el informe "Global Pharmacy Workforce and Migration Report – a Call for Action" (235)]. Fuente: http://www.fip.org, 25-4-2010.

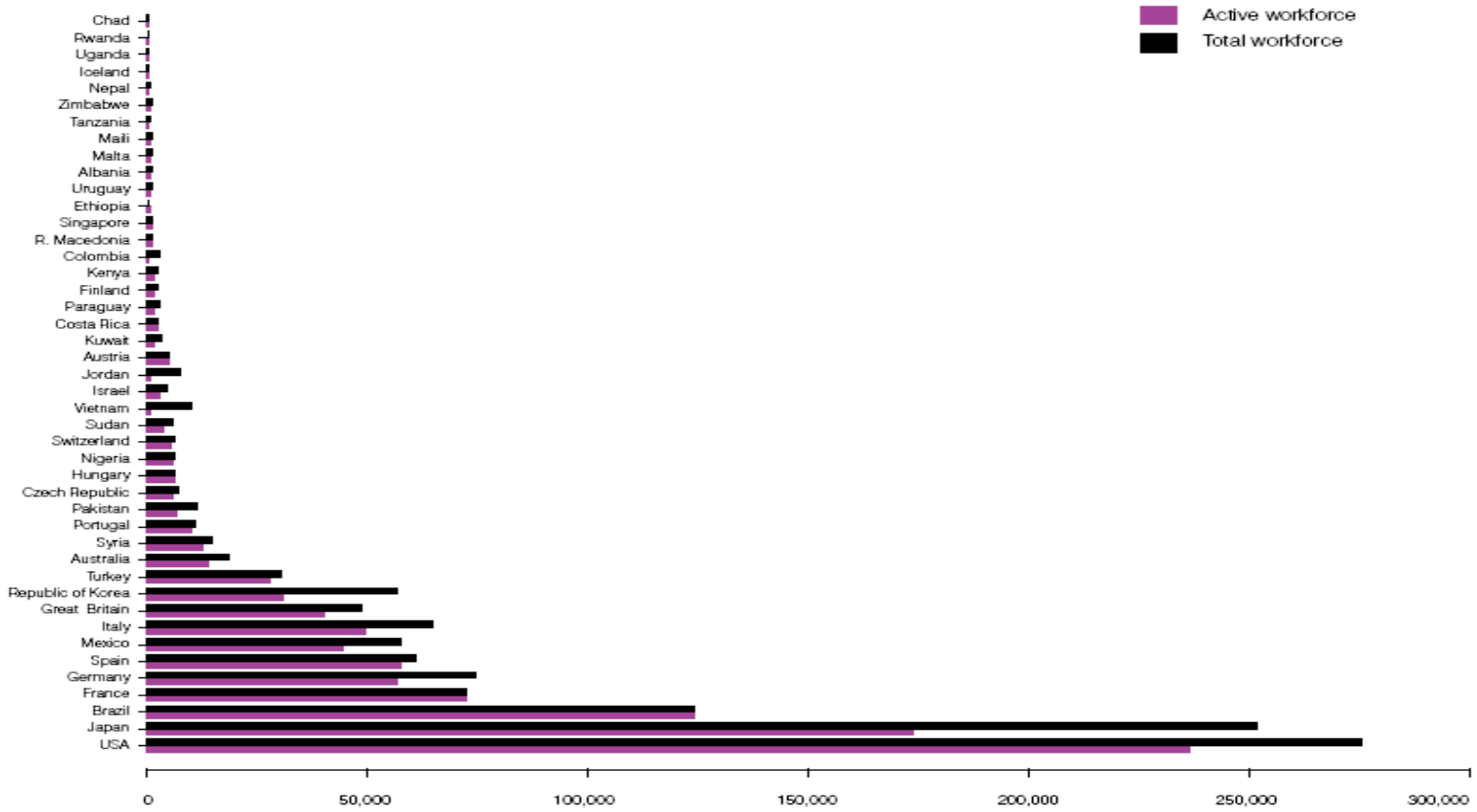


Gráfico 15. Número total de farmacéuticos y número total de farmacéuticos en activo por países. [Análisis de 44 países por el informe "Global Pharmacy Workforce and Migration Report – a Call for Action" (235)]. Fuente: http://www.fip.org, 25-04-2010.

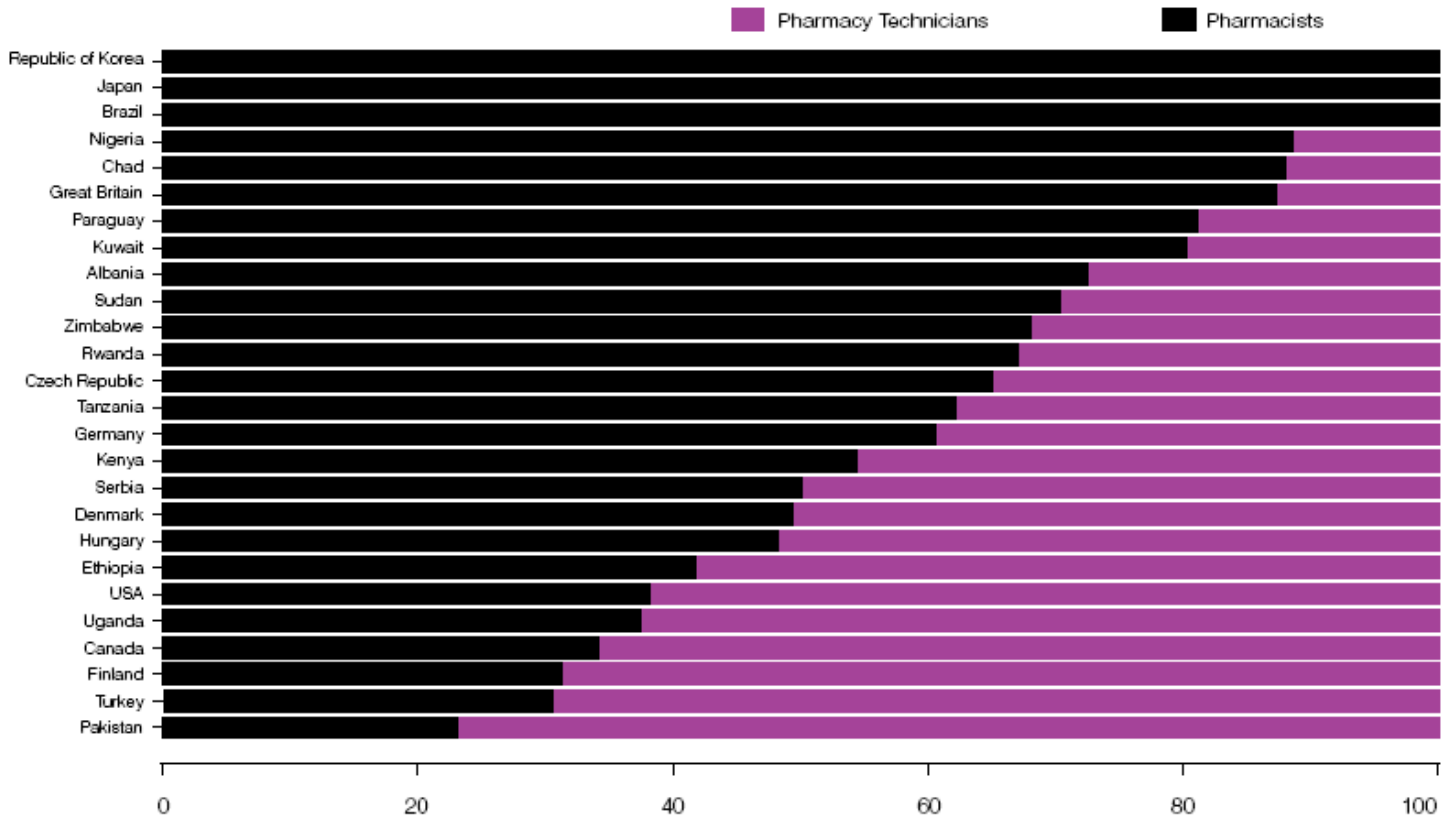


Gráfico 16. Composición del personal de las farmacias en porcentaje (Farmacéuticos versus Técnicos en farmacia) por países. [Análisis de 26 países por el informe "Global Pharmacy Workforce and Migration Report – a Call for Action" (235)]. Fuente: http://www.fip.org, 25-04-2010.

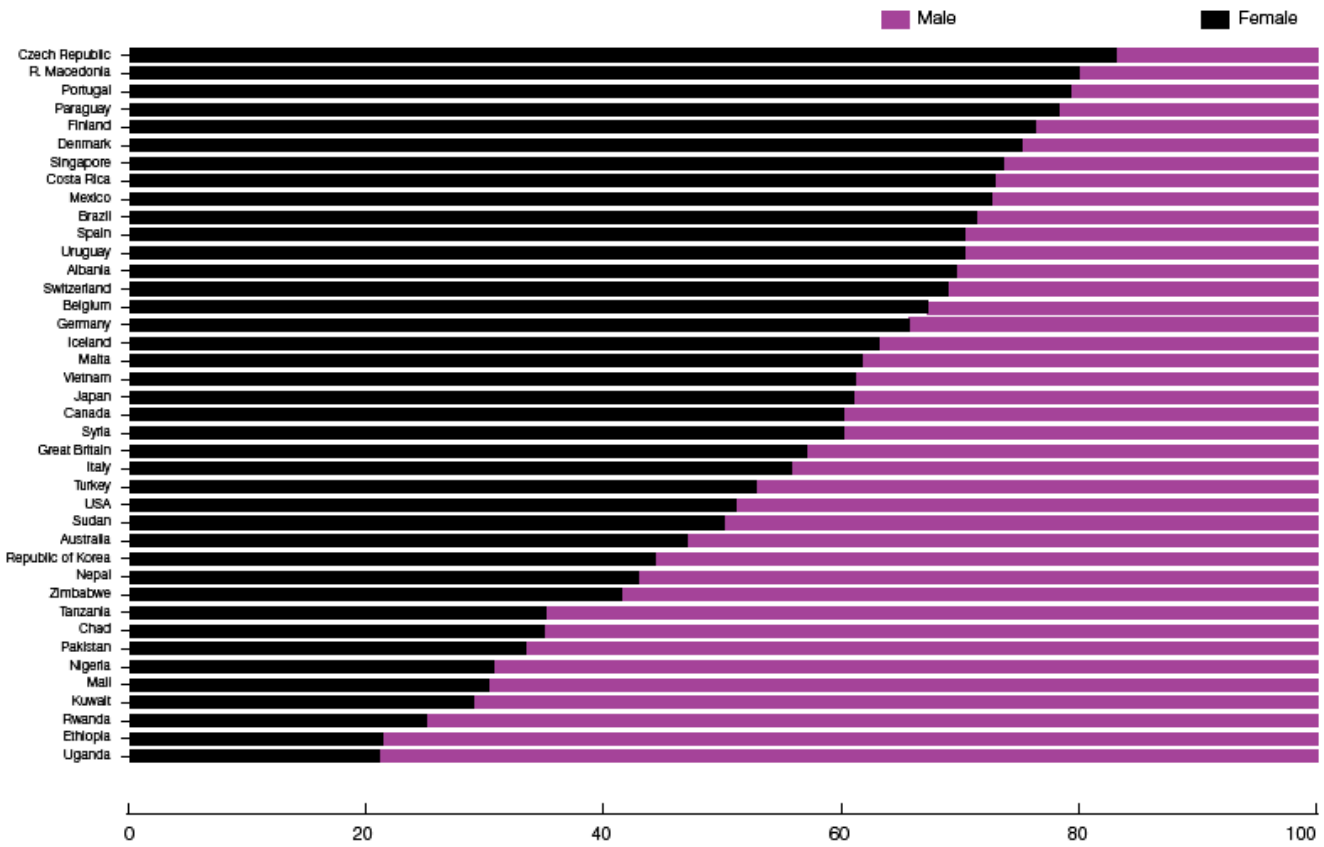


Gráfico 17. Distribución de género del personal farmacéutico en porcentaje (%). [Análisis de 40 países por el informe "Global Pharmacy Workforce and Migration Report – a Call for Action" (235)]. Fuente: http://www.fip.org, 25-04-2010.

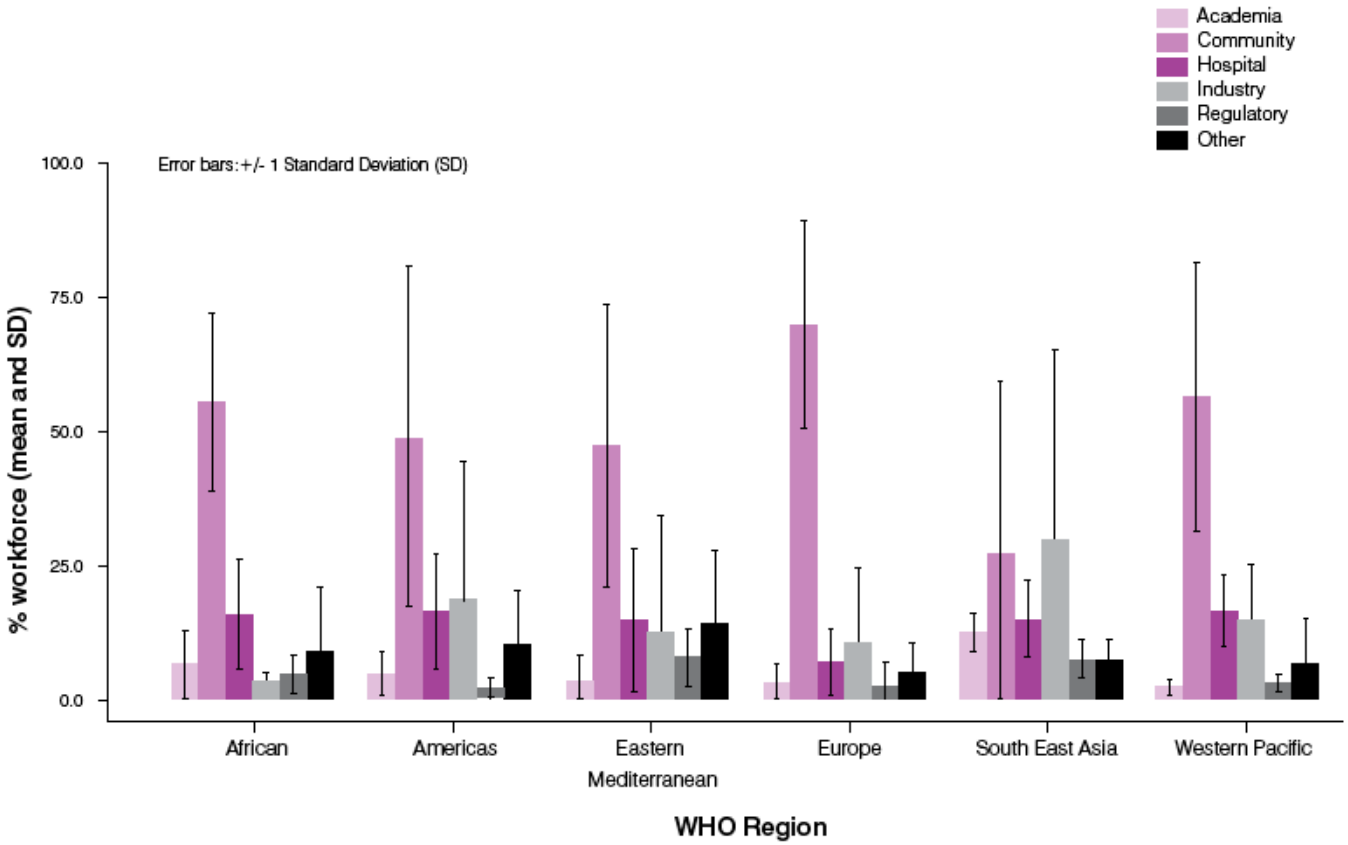
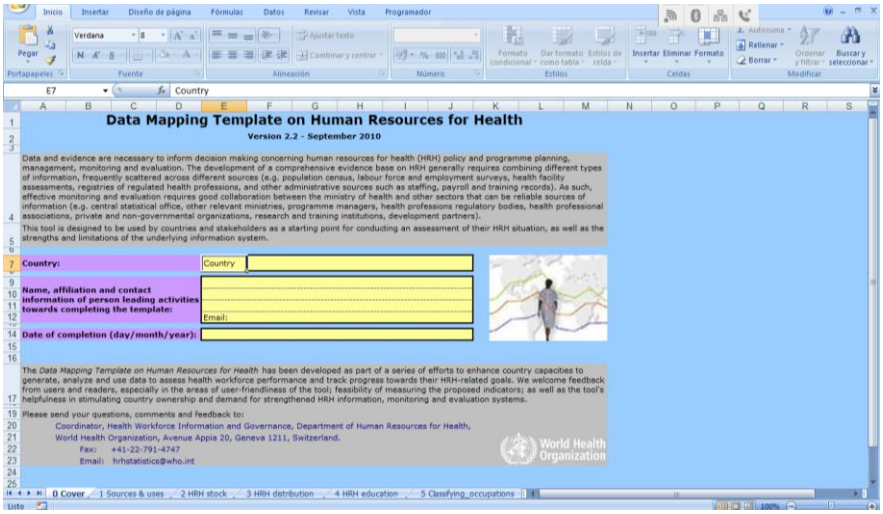


Gráfico 18. Distribución del empleo farmacéutico en porcentaje (%) por sectores. [Análisis de 45 países por el informe "Global Pharmacy Workforce and Migration Report – a Call for Action" (235)]. Fuente: http://www.fip.org, 25-4-2010.

El 24 de septiembre de 2010 la OMS lanzó una nueva herramienta dentro de su página web en el apartado de Herramientas y Guías sobre Recursos Humanos en Salud[247] consistente en una plantilla para el mapeo de datos a nivel mundial de recursos humanos en salud *("Data mapping template on Human Resources for Health"*). Constituye un punto de inicio en la recogida, análisis y síntesis de datos y evidencias en recursos humanos para la salud, así como para monitorizar las fortalezas y las limitaciones de los sistemas de información en salud. Esta herramienta ha sido desarrollada como parte de una serie de esfuerzos realizados por los distintos países para realzar las capacidades de generar, analizar y usar los datos para evaluar el funcionamiento del personal sanitario y determinar las necesidades para la consecución de los objetivos en salud planteados por la OMS en materia de recursos humanos sanitarios.

La hoja de cálculo establecida como plantilla puede ser usada sola o en conjunto con el *"Libro de mano para la monitorización y evaluación de los recursos humanos en salud"*[248] y/o el *"Kit de herramientas para la monitorización de la fortaleza de los sistemas de salud"*[249]. En todos ellos se tienen en cuenta diversos indicadores y medidas estratégicas que cubren los componentes básicos de los sistemas de salud, incluyendo los recursos humanos. A continuación se muestra una captura de pantalla de la herramienta diseñada por la OMS, de fácil manejo en formato Excel (.xls) para la cuantificación y el mapeo de los recursos humanos en salud.



Documento 4. Pantalla 0 o Cover del Data Mapping Template on Human Resources for Health. Fuente: OMS.

[247] http://www.who.int/hrh/tools/en/, 24-09-2010.

[248] ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2010) Libro de mano para la monitorización y evaluación de los recursos humanos en salud. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241547703_eng.pdf, 24-09-2010.

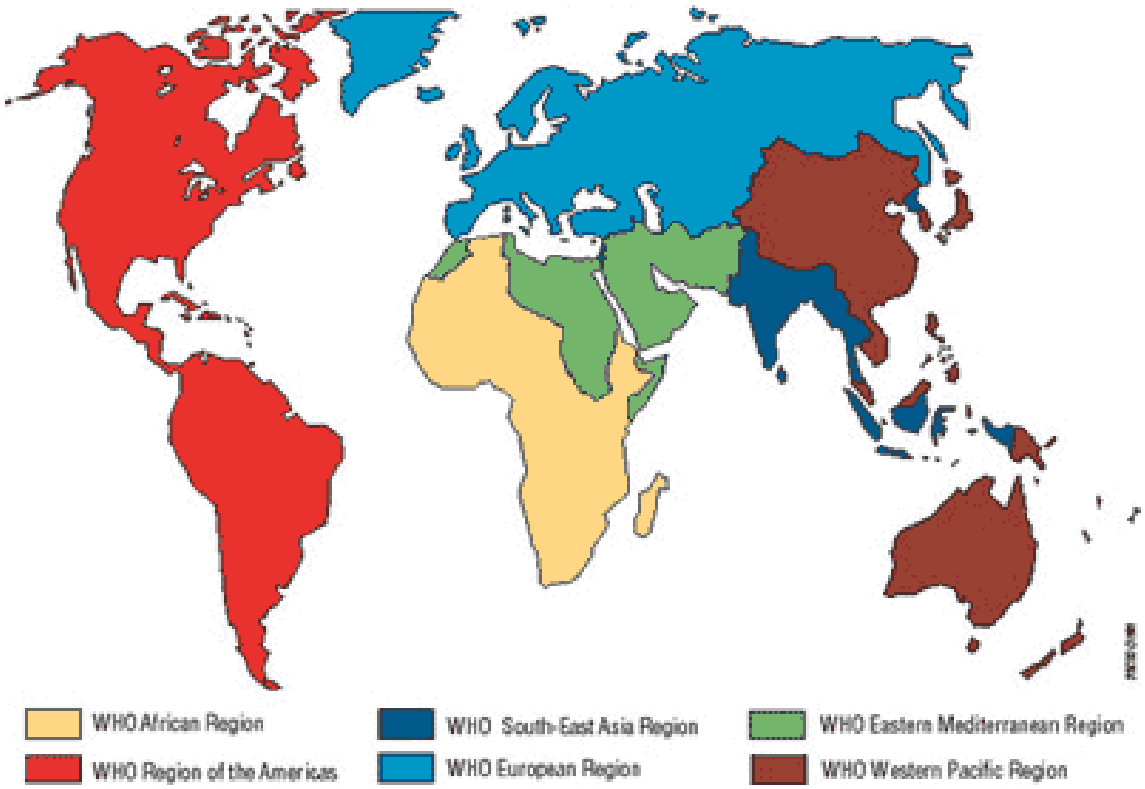
[249] ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2010) Kit de herramientas para la monitorización de la fortaleza de los sistemas de salud. Disponible en: http://www.who.int/healthinfo/statistics/toolkit_hss/en/index.html, 24-09-2010.

Para realizar el análisis detallado por Regiones del panorama laboral de la oficina de farmacia en el mundo, se ha seguido la clasificación de las Regiones establecidas por la OMS[250] para sus estados miembros. La OMS divide el globo terráqueo en seis regiones distintas: Región de África, Región de las Américas, Región de Asia Sudoriental, Región de Europa, Región del Mediterráneo Oriental y Región del Pacífico Occidental.

REGIÓN DE LA OMS	PAÍSES MIENBROS
Región de África	Angola, Argelia, Benín, Botsuana, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, Camerún, Chad, Comoras, Congo, Côte d'Ivoire, Eritrea, Etiopía, Gabón, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Guinea Ecuatorial, Kenya, Lesotho, Liberia, Madagascar, Malawi, Malí, Mauricio, Mauritania, Mozambique, Namibia, Níger, Nigeria, República Centroafricana, República Democrática del Congo, República Unida de Tanzania, Rwanda, Santo Tomé y Príncipe, Senegal, Seychelles, Sierra Leona, Sudáfrica, Swazilandia, Togo, Uganda, Zambia, Zimbabwe
Región de las Américas	Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Canadá, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América (USA), Granada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Suriname, Trinidad y Tobago, Uruguay, Venezuela
Región de Asia Sudoriental	Bangladesh, Bhután, India, Indonesia, Maldivas, Myanmar, Nepal, República Popular Democrática de Corea, Sri Lanka, Tailandia, Timor-Leste
Región de Europa	Albania, Alemania, Andorra, Armenia, Austria, Azerbaiyán, Belarús, Bélgica, Bosnia y Herzegovina, Bulgaria, Chipre, Croacia, Dinamarca, Eslovaquia, Eslovenia, España, Estonia, Ex República Yugoslava de Macedonia, Federación de Rusia, Finlandia, Francia, Georgia, Grecia, Hungría, Irlanda, Islandia, Israel, Italia, Kazajstán, Kirguistán, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Malta, Mónaco, Noruega, Países Bajos, Polonia, Portugal, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, República Checa, República de Moldova, República de Serbia, Rumania, San Marino, Suecia, Suiza, Tayikistán, Turkmenistán, Turquía, Ucrania, Uzbekistán
Región del Mediterráneo Oriental	Afganistán, Arabia Saudita, Bahréin, Djibouti, Egipto, Emiratos Árabes Unidos, Irán (República Islámica del), Iraq, Jamahiriya Árabe Libia, Jordania, Kuwait, Líbano, Marruecos, Omán, Pakistán, Qatar, República Árabe Siria, Somalia, Sudán, Túnez, Yemen
Región del Pacífico Occidental	Australia, Brunei Darussalam, Camboya, China, Fiji, Filipinas, Islas Cook, Islas Marshall, Islas Salomón, Japón, Kiribati, Malasia, Micronesia (Estados Federados de), Mongolia, Nauru, Niue, Nueva Zelandia, Palau, Papúa Nueva Guinea, República de Corea, República Democrática Popular Lao, Samoa, Singapur, Tonga, Tuvalu, Vanuatu, Vite Noam

Tabla 29. Países miembros de la OMS por regiones establecidas. Elaboración propia.

[250] ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Regiones establecidas por la OMS. Disponible en: http://www.who.int/countryfocus/country_offices/memberstatesbyregion/es/index.html, 10-08-2010.



Mapa 5. Países miembros de la OMS por regiones. Fuente: WHO.[251]

A partir de esta clasificación se ha analizado pormenorizadamente, por Regiones, el panorama laboral y social del empleo farmacéutico en el mundo. En él se cuantifican una serie de conceptos básicos relacionados con el empleo farmacéutico y el ejercicio profesional como son:

- País.
- Región.
- Población media en 2008.
- Número medio de farmacéuticos por cada 10.000 habitantes: se cuantifica el número medio de farmacéuticos por cada 10.000 habitantes para cada país, definiéndose al farmacéutico como el profesional del medicamento que, de acuerdo con las especificaciones legales de cada país, se encuentra capacitado para proveer servicios farmacéuticos en su país.

[251]ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Mapa de las Regiones establecidas por la OMS. http://www.who.int/about/regions/es/, 25-08-2010.

- Número total de farmacéuticos, definiéndose al farmacéutico como el profesional del medicamento que, de acuerdo con las especificaciones legales de cada país, se encuentra capacitado para proveer servicios farmacéuticos en su país.
- Número total de farmacéuticos mujeres, definiéndose farmacéutico mujer como farmacéutico de sexo femenino.
- Número total de farmacéuticos en ejercicio, dícese de aquellos farmacéuticos que se encuentran en activo en la provisión de servicios farmacéuticos en un determinado país.
- Número total de farmacéuticos en ejercicio mujeres, dícese de aquellos farmacéuticos de sexo femenino que se encuentran en activo en la provisión de servicios farmacéuticos en un determinado país.
- Número total de recién colegiados: se define recién colegiado como aquel colegiado que ha efectuado su registro en los entes colegiales de su país para poder proveer servicios farmacéuticos por primera vez en el año 2007.
- Número medio de técnicos en farmacia por cada 10.000 habitantes: se cuantifica el número medio de técnicos en farmacia por cada 10.000 habitantes definiéndose al técnico en farmacia como la persona que ayuda al farmacéutico en el desarrollo del trabajo cotidiano del servicio farmacéutico.
- Número total de técnicos en farmacia, definiéndose al técnico en farmacia como la persona que ayuda al farmacéutico en el desarrollo del trabajo cotidiano del servicio farmacéutico.
- Número total de recién registrados como técnicos en farmacia, dícese de aquellos técnicos en farmacia que se han acreditado para poder proveer servicios farmacéuticos por primera vez en el año 2007.

El número medio de farmacéuticos por cada 10.000 habitantes da una perspectiva clara de los servicios farmacéuticos del país. A mayor media de farmacéuticos por cada 10.000 habitantes, se presupone un mejor servicio farmacéutico y una mayor accesibilidad, por parte de la población, al medicamento y al profesional sanitario.

Para visualizar la profesión farmacéutica mundial se ha realizado un estudio globalizado de la media de farmacéuticos por cada 10.000 habitantes, utilizando medias ponderadas en función del volumen de población analizada en cada Región OMS, como se puede observar en el gráfico 19.

Independientemente de la situación global de la profesión farmacéutica, cada país presenta una situación concreta derivada de la idiosincrasia del mismo unida a los condicionantes socio-culturales, religiosos y económicos en los que se halle inserta la sociedad. Hechos que no sólo condicionan la media de farmacéuticos por cada 10.000 habitantes sino también el patrón de licenciado (más mujeres que hombres/ más hombres que mujeres/ paridad) y el patrón de profesionales en ejercicio (más mujeres que hombres/ más hombres que mujeres/ paridad). De manera global puede decirse que el número medio de farmacéuticos por cada 10.000 habitantes es mayor en la Región Pacífico Occidental, seguido por las Regiones de Europa, Las Américas y Asia Sudoriental (Ver gráfico 19). Un análisis completo cuantitativo de la profesión farmacéutica mundial por Regiones que incluye estos aspectos ofrece una visión específica del empleo farmacéutico.

La situación mundial de los servicios farmacéuticos condiciona de manera directa las características del empleo farmacéutico. Aquellos países con una menor media de farmacéuticos por cada 10.000 habitantes necesitaran más personal farmacéutico para cubrir las carencias sanitarias del mismo. A la hora de analizar el empleo farmacéutico de manera global no ha de perderse de vista que aproximadamente el 70% de los farmacéuticos ejercen en farmacia comunitaria y el 90% de los puestos de trabajo vacantes son para el ejercicio en la comunidad.

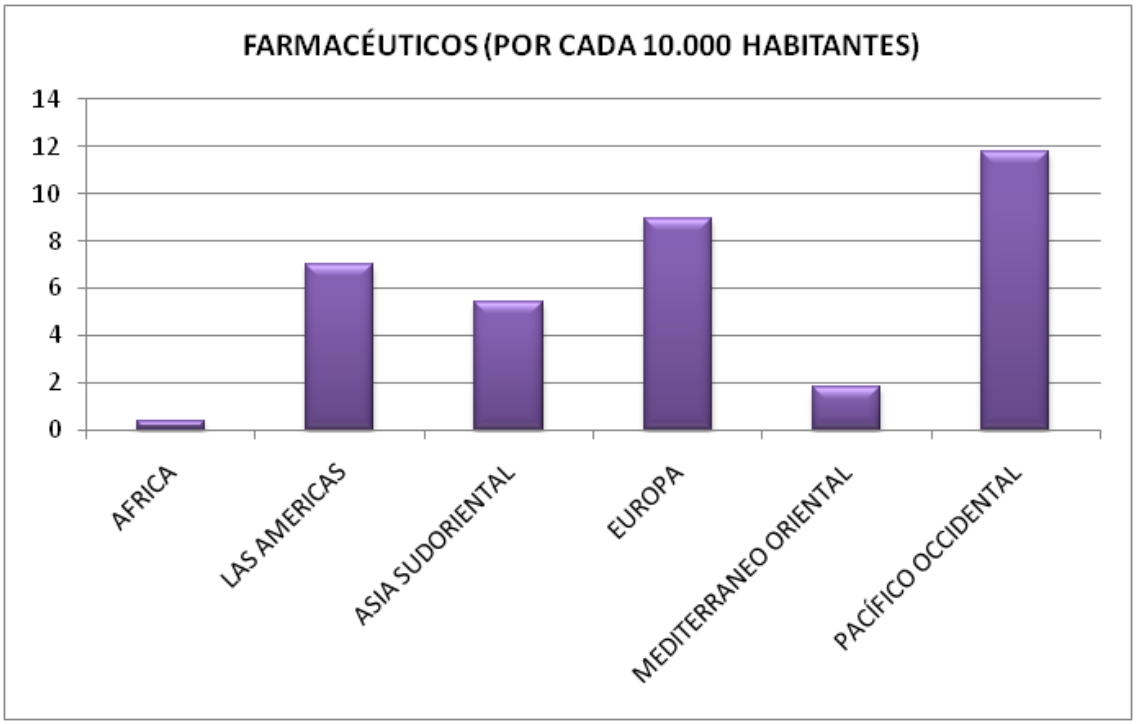


Gráfico 19. Número medio de farmacéuticos por cada 10.000 en las distintas Regiones de la OMS.

V.2.1.1. CARACTERÍSCAS DEL EMPLEO FARMACÉUTICO EN LA REGIÓN DE AFRICA

En el análisis de la Región de África de la OMS se han recogido datos de nueve países distintos que agrupan una población total de 4.0439.000 habitantes. **La media de farmacéuticos por 10.000 habitantes en esta Región OMS es de 0,38** (media ponderada poblacional); siendo mayor en Ghana y Kenia aunque en ninguno de los casos supera la cifra de un farmacéutico por cada 10.000 habitantes, por tanto, se puede deducir que el servicio farmacéutico en África es, cuanto menos, precario.

La profesión farmacéutica es **eminentemente masculina**, tanto en el total de licenciados como en el de farmacéuticos en ejercicio, siendo Zimbawe el único país que proporcionalmente presenta mayor número de licenciados mujeres, esto puede deberse al grado de analfabetismo femenino existente en África, derivado de los condicionantes socio-culturales, religiosos y económicos de este continente (Ver gráficos 20 y 21).

En esta Región de la OMS es difícil cuantificar el número de farmacéuticos en ejercicio.

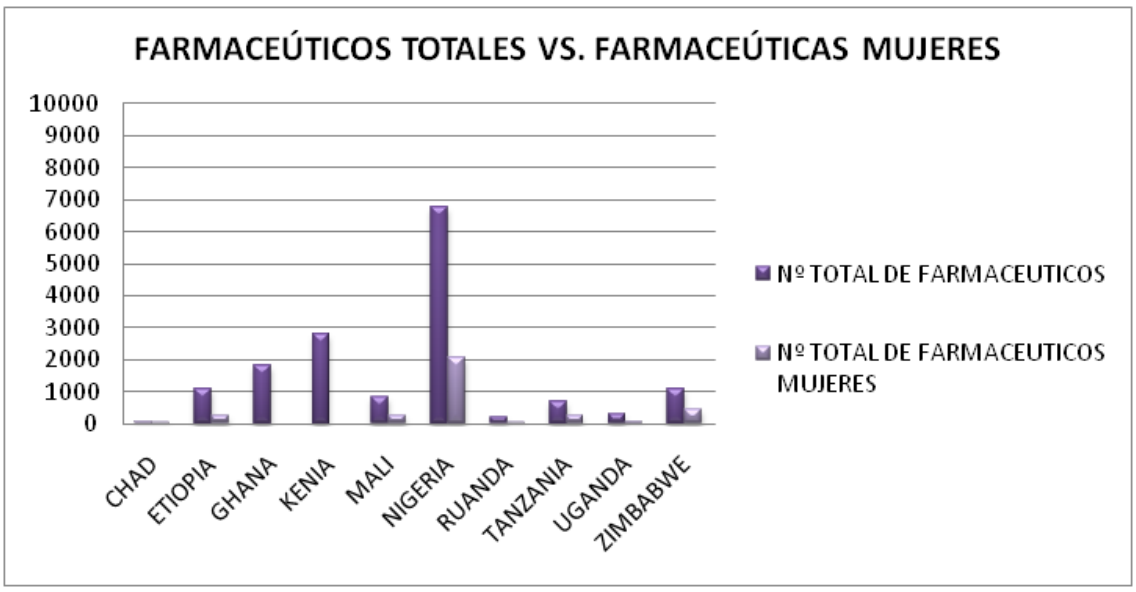


Gráfico 20. Comparación entre el número total de farmacéuticos licenciados y el número de farmacéuticos licenciados mujeres en la Región de África de la OMS. Elaboración propia. Fuente: FIP.

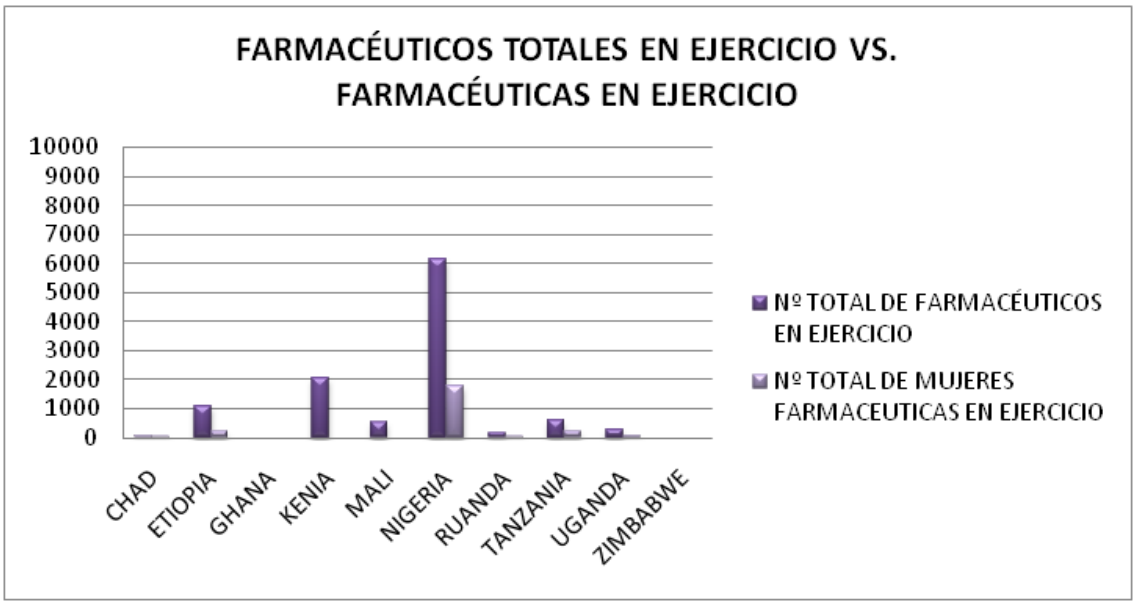


Gráfico 21. Comparación entre el número total de farmacéuticos en ejercicio y el número de farmacéuticas mujeres en ejercicio en la Región de África de la OMS. Elaboración propia. Fuente: FIP.

En cuanto a la propiedad de la oficina de farmacia en el continente africano cabe destacar que no hay un patrón continuo, en cuatro de los nueve países analizados está restringida únicamente a los farmacéuticos, en uno de ellos está restringido a profesionales sanitarios, en dos no está regulado y en otros dos depende de la región que se visite pues la regulación será de una manera u otra (Ver tabla 30).

PAISES	REGIÓN OMS	PROPIEDAD DE LA OFICINA DE FARMACIA
CHAD	África	RP
ETIOPIA	África	O
KENIA	África	O
MALI	África	RH
NIGERIA	África	RP
RUANDA	África	RP
TANZANIA	África	U
UGANDA	África	U
ZIMBABWE	África	RP

Tabla 30. Propiedad de la Oficina de Farmacia en los países de la Región de África de la OMS. Elaboración Propia. Fuente: FIP.

NOTA: RP: Restringido a Farmacéuticos; O: Distintas regulaciones; RH: Restringido a personal sanitario; U: Sin restricciones.

En la tabla 31 se muestra un resumen de características de la profesión farmacéutica en la Región de África de la OMS.

PAISES	POBLACIÓN MEDIA EN 2008	FARMACÉUTICOS (POR CADA 10000 HABITANTES)	Nº TOTAL DE FARMACEUTICOS	Nº TOTAL DE FARMACEUTICOS MUJERES	Nº TOTAL DE FARMACÉUTICOS EN EJERCICIO	Nº TOTAL DE MUJERES FARMACEUTICAS EN EJERCICIO	Nº TOTAL DE RECIEN LICENCIADOS	TECNICOS EN FARMACIA (POR CADA 10000 HABITANTES)	Nº TOTAL DE TECNICOS EN FARMACIA	Nº TOTAL DE RECIEN GRADUADOS
CHAD	10111000	0,04	44	15	44	15	0	0,1	6	0
ETIOPIA	79097000	0,14	1088	231	1088	219	180	0,19	1523	414
GHANA	23947000	0,75	1798	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
KENIA	37954000	0,73	2775	N/A	2063	N/A	100	0,61	2324	N/A
MALI	12716000	0,64	816	246	524	N/A	462	N/A	N/A	N/A
NIGERIA	148071000	0,46	6748	2067	6140	1794	484	0,06	879	359
RUANDA	9609000	0,21	200	50	180	45	58	N/A	N/A	N/A
TANZANIA	40213000	0,17	700	245	620	210	100	0,11	427	33
UGANDA	29194000	0,1	300	63	300	63	41	0,17	500	15
ZIMBABWE	13481000	0,8	1077	445	N/A	N/A	80	0,38	506	30

Tabla 31. Resumen de características de la profesión farmacéutica en la Región de África de la OMS. Elaboración propia. Fuente: FIP.

NOTA: N/A: Sin respuesta.

V.2.1.2. CARACTERÍSCAS DEL EMPLEO FARMACÉUTICO EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS

En el análisis de la Región de las Américas de la OMS se han recogido datos de nueve países distintos que agrupan una población total de 73.888.3000 habitantes. **La media de farmacéuticos por 10.000 habitantes en esta Región OMS es de 7,04** (media ponderada poblacional); siendo mayor en Canadá y USA.

La profesión farmacéutica es **eminentemente femenina**, tanto en el total de licenciados como en el de farmacéuticos en ejercicio, siendo USA la única excepción pues presenta paridad de sexos tanto en el número de licenciados como en el de farmacéuticos en ejercicio (Ver gráficos 22 y 23). En esta Región de la OMS es difícil cuantificar el número de farmacéuticos en ejercicio.

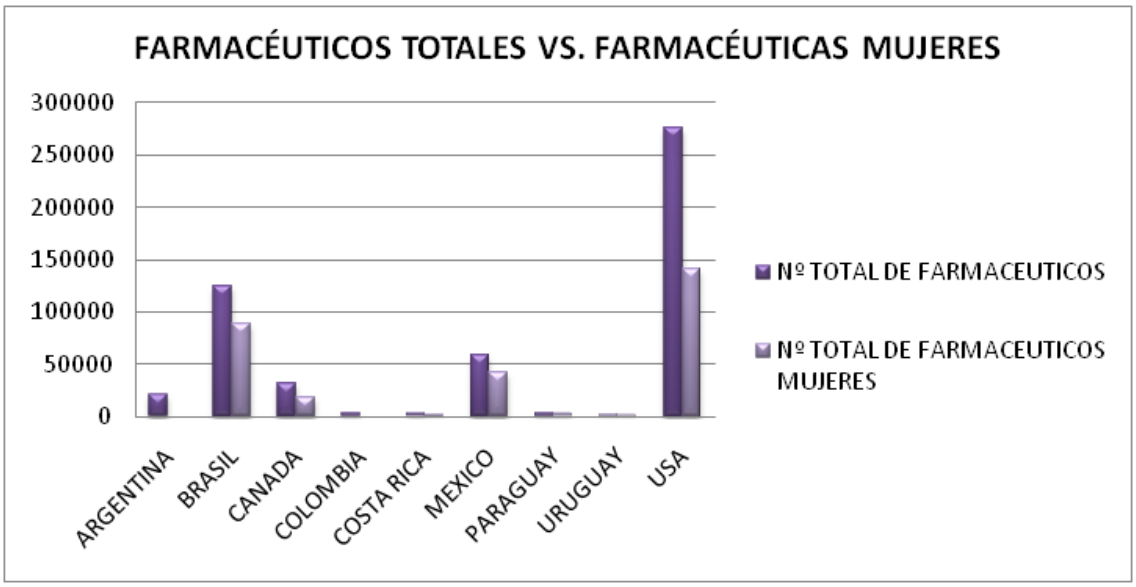


Gráfico 22. Comparación entre el número total de farmacéuticos licenciados y el número de farmacéuticos licenciados mujeres en la Región de las Américas de la OMS. Elaboración propia. Fuente: FIP.

En cuanto a la propiedad de la oficina de farmacia en el continente americano cabe destacar que en siete de los nueve países analizados la propiedad de la oficina de farmacia no está regulada y en dos de ellos varía entre las distintas regiones del propio país, ver tabla 32.

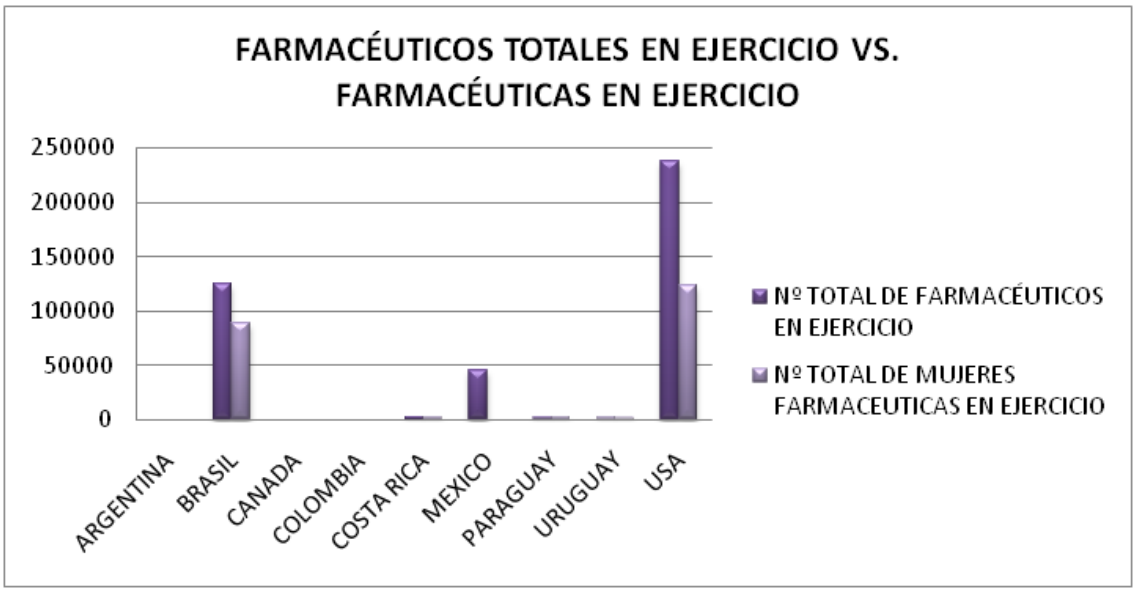


Gráfico 23. Comparación entre el número total de farmacéuticos en ejercicio y el número de farmacéuticas mujeres en ejercicio en la Región de las Américas de la OMS. Elaboración propia. Fuente: FIP.

PAISES	REGIÓN OMS	PROPIEDAD DE LA OFICINA DE FARMACIA
ARGENTINA	Las Américas	U
BRASIL	Las Américas	U
CANADA	Las Américas	O
CHILE	Las Américas	U
COLOMBIA	Las Américas	U
COSTA RICA	Las Américas	U
MEXICO	Las Américas	U
PARAGUAY	Las Américas	U
URUGUAY	Las Américas	O
USA	Las Américas	U

Tabla 32. Propiedad de la Oficina de Farmacia en los países de la Región de las Américas de la OMS. Elaboración Propia. Fuente: FIP.

NOTA: RP: Restringido a Farmacéuticos; O: Distintas regulaciones; RH: Restringido a personal sanitario; U: Sin restricciones.

En la tabla 33 se muestra un resumen de características de la profesión farmacéutica en la Región de América de la OMS.

PAISES	POBLACIÓN MEDIA EN 2008	FARMACÉUTICOS (POR CADA 10000 HABITANTES)	Nº TOTAL DE FARMACEUTICOS	Nº TOTAL DE FARMACEUTICOS MUJERES	Nº TOTAL DE FARMACÉUTICOS EN EJERCICIO	Nº TOTAL DE MUJERES FARMACEUTICAS EN EJERCICIO	Nº TOTAL DE RECIEN LICENCIADOS	TECNICOS EN FARMACIA (POR CADA 10000 HABITANTES)	Nº TOTAL DE TECNICOS EN FARMACIA	Nº TOTAL DE RECIEN GRADUADOS
ARGENTINA	39746000	5,15	20487	N/A	N/A	N/A	1395	N/A	N/A	N/A
BRASIL	195138000	6,39	124755	88896	124755	88896	8956	0	0	0
CANADA	33304000	9,31	31011	18607	N/A	N/A	931	18,2	60000	N/A
COLOMBIA	44447000	0,72	3213	N/A	N/A	N/A	220	N/A	N/A	1200
COSTA RICA	4519000	6,24	2819	2019	2640	1900	229	N/A	N/A	N/A
MEXICO	107677000	5,39	58000	42000	45000	N/A	2800	N/A	N/A	N/A
PARAGUAY	6230000	5,14	3200	2500	2200	1700	25	1,2	747	189
URUGUAY	3334000	3,63	1211	850	850	600	61	N/A	N/A	N/A
USA	304488000	9,06	275876	140696	236977	123344	9800	14,78	450000	N/A

Tabla 33. Resumen de características de la profesión farmacéutica en la Región de las Américas de la OMS. Elaboración propia. Fuente: FIP.

NOTA: N/A: Sin respuesta.

V.2.1.3. CARACTERÍSCAS DEL EMPLEO FARMACÉUTICO EN LA REGIÓN DE ASIA SUDORIENTAL

En el análisis de la Región de Asia Sudoriental de la OMS se han recogido datos de tres países distintos, India, Indonesia y Nepal, que agrupan una población total de 1.416.227.000 habitantes. **La media de farmacéuticos por 10.000 habitantes en esta Región OMS es de 5,44** (media ponderada poblacional); es una media baja para una población tan grande y por tanto hace suponer que el servicio farmacéutico presenta carencias al menos en las zonas más desfavorecidas. Las medias individuales de farmacéuticos por 10.000 habitantes de India, Indonesia y Nepal presentan grandes diferencias entre ellas, siendo mayor en India, aunque no alcanza la media de otras regiones OMS calificadas como desarrolladas. Es inviable cuantificar el papel de la mujer dentro de la profesión farmacéutica en Asia Sudoriental, pues se carece de datos objetivos al respecto.

PAISES	REGIÓN OMS	PROPIEDAD DE LA OFICINA DE FARMACIA
INDIA	Asia Sudoriental	U
INDONESIA	Asia Sudoriental	RP
NEPAL	Asia Sudoriental	O

Tabla 34. Propiedad de la Oficina de Farmacia en los países de la Región de Asia Sudoriental de la OMS. Elaboración Propia. Fuente: FIP.

NOTA: RP: Restringido a Farmacéuticos; O: Distintas regulaciones; RH: Restringido a personal sanitario; U: Sin restricciones.

En cuanto a la propiedad de la oficina de farmacia en Asia Sudoriental no existe ningún modelo concreto que sigan todos los países; en India la propiedad de la oficina de farmacia no se encuentra regulada, en Nepal depende de la región que se visite seguirá unas normas u otras la regulación de la propiedad farmacéutica; y en Indonesia la propiedad de las oficinas de farmacia se encuentra restringida a los licenciados en farmacia (Ver tabla 34).

En la tabla 35 se muestra un resumen de características de la profesión farmacéutica en la Región de Asia Sudoriental de la OMS.

PAISES	POBLACIÓN MEDIA EN 2008	FARMACÉUTICOS (POR CADA 10000 HABITANTES)	Nº TOTAL DE FARMACEUTICOS	Nº TOTAL DE FARMACEUTICOS MUJERES	Nº TOTAL DE FARMACÉUTICOS EN EJERCICIO	Nº TOTAL DE MUJERES FARMACEUTICAS EN EJERCICIO	Nº TOTAL DE RECIEN LICENCIADOS	TECNICOS EN FARMACIA (POR CADA 10000 HABITANTES)	Nº TOTAL DE TECNICOS EN FARMACIA	Nº TOTAL DE RECIEN GRADUADOS
INDIA	1149285000	6,09	700000	N/A	N/A	N/A	25000	N/A	N/A	N/A
INDONESIA	239945000	0,71	17000	N/A	N/A	N/A	3000	N/A	N/A	N/A
NEPAL	26997000	0,2	547	234	250	150	N/A	N/A	N/A	N/A

Tabla 35. Resumen de características de la profesión farmacéutica en la Región de Asia Sudoriental de la OMS. Elaboración propia. Fuente: FIP.

NOTA: N/A: Sin respuesta

V.2.1.4. CARACTERÍSCAS DEL EMPLEO FARMACÉUTICO EN LA REGIÓN DE EUROPA

Para el análisis del empleo farmacéutico en la Región de Europa de la OMS se han tenido en cuenta a 19 países y una población total de 468.707.000 personas. **La media de farmacéuticos por 10.000 habitantes es de 8,93** (media ponderada poblacional); siendo los países con mayor media de farmacéuticos Malta, España, Islandia, Bélgica y Francia.

Los resultados del análisis son concluyentes, en el 100% de los países estudiados los licenciados en farmacia son mayoritariamente mujeres, al igual que el empleo, que es **eminentemente femenino**, pues en todos ellos es mayor el número de mujeres en ejercicio profesional que el de varones. Ver gráficos 24 y 25. Turquía es la única excepción pues existe paridad en el empleo farmacéutico, de 27.968 farmacéuticos en ejercicio 14.000 son mujeres y 13.968 son varones; esta paridad puede deberse a distintos condicionantes socio-culturales y religiosos aún presentes en algunas regiones dentro de Turquía (Ver tabla 36).

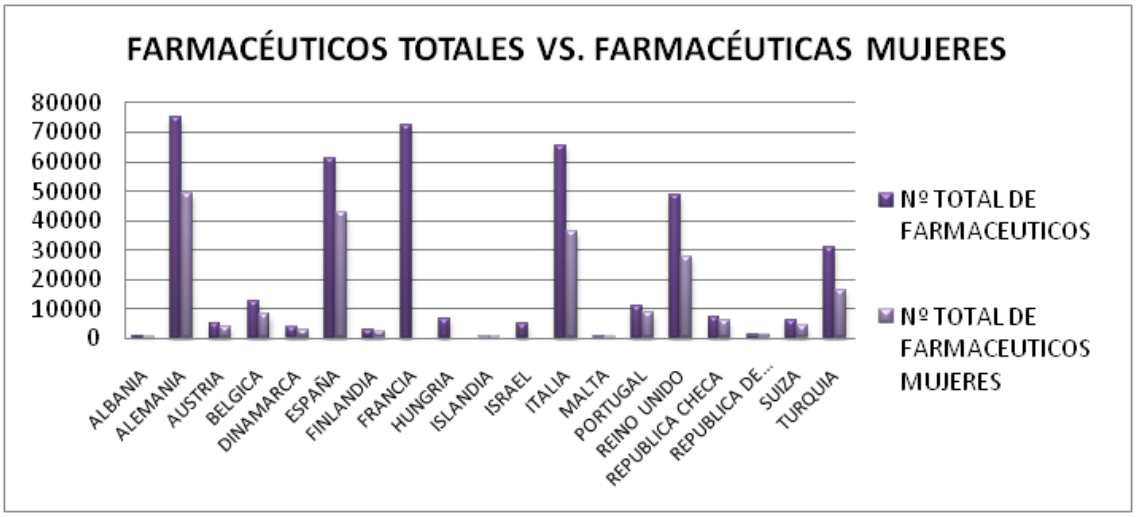


Gráfico 24 Comparación entre el número total de farmacéuticos licenciados y el número de farmacéuticos licenciados mujeres en la Región de Europa de la OMS. Elaboración Propia. Fuente: FIP.

En cuanto a la propiedad de la oficina de farmacia, cabe destacar que en 8 de los 19 países analizados está restringida únicamente a los farmacéuticos, vinculándose la propiedad con la titularidad, como se aprecia en la tabla 36.

En la tabla 37 se muestra un resumen de características de la profesión farmacéutica en la Región de Europa de la OMS.

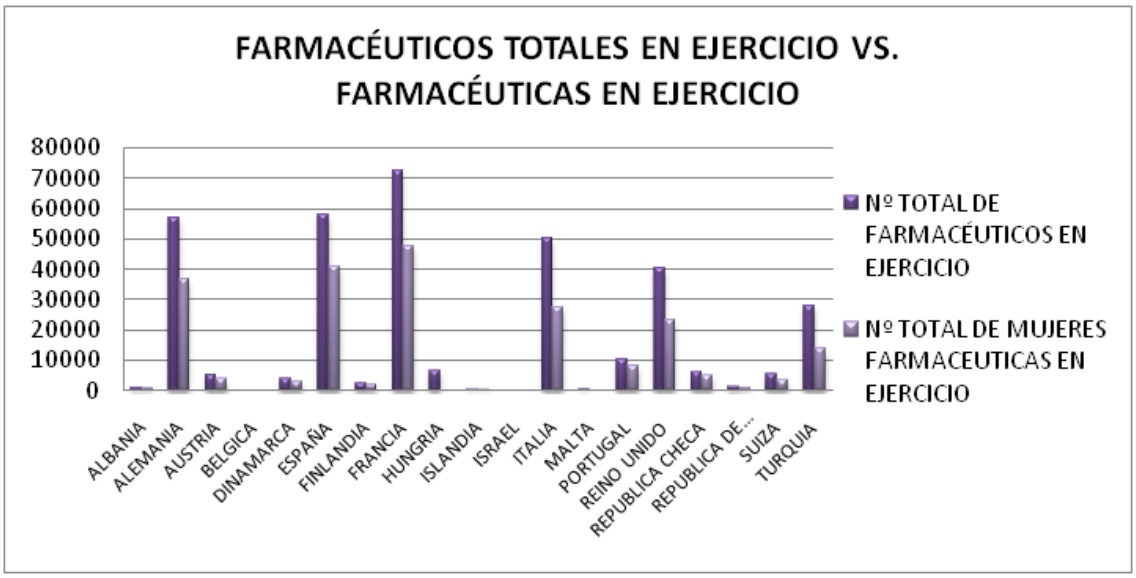


Gráfico 25. Comparación entre el número total de farmacéuticos en ejercicio y el número de farmacéuticas mujeres en ejercicio en la Región de Europa de la OMS. Elaboración Propia. Fuente: FIP.

PAISES	REGIÓN OMS	PROPIEDAD DE LA OFICINA DE FARMACIA
ALBANIA	Europa	U
ALEMANIA	Europa	RP
AUSTRIA	Europa	RP
BELGICA	Europa	U
CROACIA	Europa	U
DINAMARCA	Europa	RP
ESPAÑA	Europa	RP
FINLANDIA	Europa	RP
FRANCIA	Europa	RP
HUNGRIA	Europa	U
ISLANDIA	Europa	U
ISRAEL	Europa	U
ITALIA	Europa	RP
MALTA	Europa	U
PORTUGAL	Europa	U
REINO UNIDO	Europa	U
REPUBLICA CHECA	Europa	U
REPUBLICA DE MACEDONIA	Europa	U
SUIZA	Europa	U
TURQUIA	Europa	RP

Tabla 36. Propiedad de la Oficina de Farmacia en los países de la Región de Europa de la OMS. Elaboración Propia. Fuente: FIP.

NOTA: RP: Restringido a Farmacéuticos; O: Distintas regulaciones; RH: Restringido a personal sanitario; U: Sin restricciones.

PAISES	POBLACIÓN MEDIA EN 2008	FARMACÉUTICOS (POR CADA 10000 HABITANTES)	Nº TOTAL DE FARMACEUTICOS	Nº TOTAL DE FARMACEUTICOS MUJERES	Nº TOTAL DE FARMACÉUTICOS EN EJERCICIO	Nº TOTAL DE MUJERES FARMACEUTICAS EN EJERCICIO	Nº TOTAL DE RECIEN LICENCIADOS	TECNICOS EN FARMACIA (POR CADA 10000 HABITANTES)	Nº TOTAL DE TECNICOS EN FARMACIA	Nº TOTAL DE RECIEN GRADUADOS
ALBANIA	3241000	3,15	1020	550	1020	760	73	0,93	300	17
ALEMANIA	82170000	9,14	75074	49177	56719	36732	1774	5,95	48921	2500
AUSTRIA	8352000	6,3	5236	4082	5263	4082	224	N/A	N/A	N/A
BELGICA	10695000	11,69	12500	8400	N/A	N/A	400	N/A	N/A	N/A
DINAMARCA	5490000	7,1	3900	2925	3900	2925	163	7,29	4000	141
ESPAÑA	46501000	13,18	61300	43015	57784	41048	2254	N/A	N/A	N/A
FINLANDIA	5312000	5,5	2919	2226	2397	1866	75	12,08	6417	372
FRANCIA	62046000	11,69	72509	N/A	72509	47598	2800	N/A	N/A	N/A
HUNGRIA	10034000	6,48	6500	N/A	6500	N/A	220	6,98	7000	150
ISLANDIA	319000	12,63	403	254	367	241	18	N/A	N/A	N/A
ISRAEL	7482000	6,68	5000	N/A	N/A	N/A	3000	N/A	N/A	N/A
ITALIA	59865000	10,94	65500	36500	50000	27500	2700	N/A	N/A	N/A
MALTA	412000	19,88	819	504	680	N/A	29	N/A	N/A	12
PORTUGAL	10621000	10,46	11112	8813	10363	8211	440	N/A	N/A	N/A
REINO UNIDO	61291000	7,99	48942	27884	40455	23479	2228	1,17	7195	1966
REPUBLICA CHECA	10428000	7,14	7450	6192	6172	5100	351	3,84	4007	300
REPUBLICA DE MACEDONIA	2049000	7,38	1513	1210	1400	1120	199	N/A	N/A	N/A
SUIZA	7633000	8,23	6283	4324	5500	3700	133	N/A	N/A	N/A
TURQUIA	74766000	4,11	30725	16200	27968	14000	1000	9,36	70000	N/A

Tabla 37. Resumen de características de la profesión farmacéutica en la Región de Europa de la OMS. Elaboración propia. Fuente: FIP.

N/A: Sin respuesta.

V.2.1.5. CARACTERÍSCAS DEL EMPLEO FARMACÉUTICO EN LA REGIÓN DEL MEDITERRANEO ORIENTAL

Para el análisis del empleo farmacéutico en la Región del Mediterráneo Oriental de la OMS se han tenido en cuenta a 5 países y una población total de 240.490.000 personas. **La media de farmacéuticos por 10.000 habitantes es de 1,82** (media ponderada poblacional); dentro de los países seleccionados para analizar la Región OMS del Mediterráneo Oriental, Pakistán es el que presenta un servicio farmacéutico más precario, pues la media de farmacéuticos por cada 10.000 es inferior a 0,70.

Es inviable cuantificar el papel de la mujer dentro de la profesión farmacéutica en la Región del Mediterráneo Oriental de la OMS, pues se carece de suficientes datos objetivos al respecto, aunque como se puede observar en el gráfico 26, la mayor parte de los licenciados en farmacia en Kuwait y Pakistán son varones y, sin embargo, en Siria se produce el fenómeno inverso pues, la mayor parte de los licenciados en farmacia son mujeres.

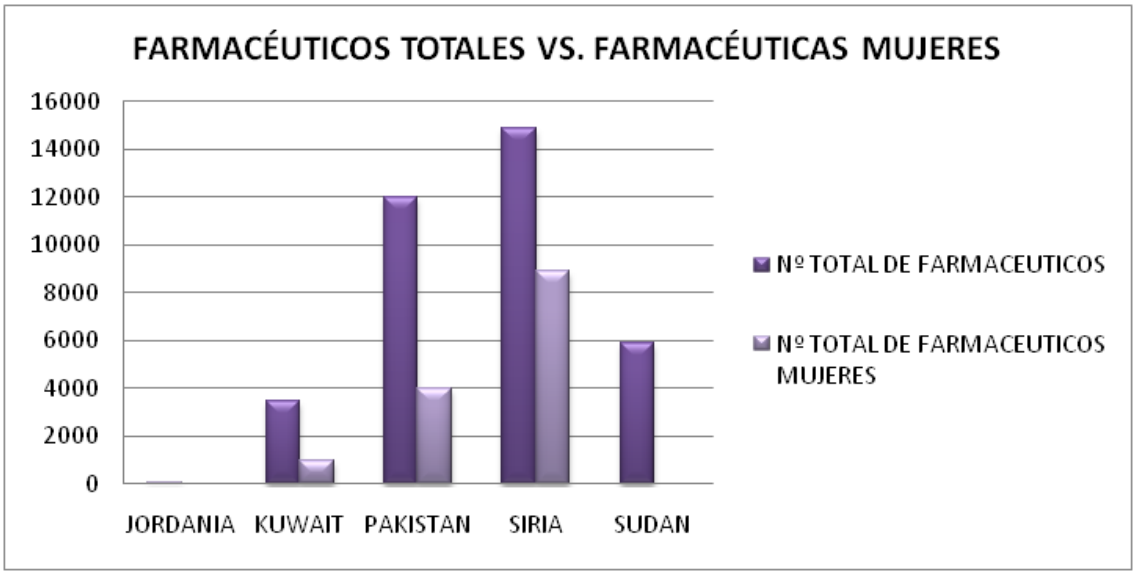


Gráfico 26. Comparación entre el número total de farmacéuticos licenciados y el número de farmacéuticos licenciados mujeres en la Región del Mediterráneo Oriental de la OMS. Elaboración Propia. Fuente: FIP.

PAISES	REGIÓN OMS	PROPIEDAD DE LA OFICINA DE FARMACIA
IRAQ	Mediterráneo Oriental	RP
JORDANIA	Mediterráneo Oriental	U
KUWAIT	Mediterráneo Oriental	O
PAKISTAN	Mediterráneo Oriental	U
SIRIA	Mediterráneo Oriental	RP
SUDAN	Mediterráneo Oriental	U

Tabla 38. Propiedad de la Oficina de Farmacia en los países de la Región del Mediterráneo Oriental de la OMS. Elaboración Propia. Fuente: FIP.

NOTA: RP: Restringido a Farmacéuticos; O: Distintas regulaciones; RH: Restringido a personal sanitario; U: Sin restricciones.

En cuanto a la propiedad de la oficina de farmacia no existe un criterio definido al respecto, Iraq y Siria han restringido la propiedad de la oficina de farmacia a los farmacéuticos mientras que Jordania, Kuwait y Sudan no plantean restricciones (Ver tabla 38).

En la tabla 39 se muestra un resumen de características de la profesión farmacéutica en la Región del Mediterráneo Oriental de la OMS.

PAISES	POBLACIÓN MEDIA EN 2008	FARMACÉUTICOS (POR CADA 10000 HABITANTES)	Nº TOTAL DE FARMACEUTICOS	Nº TOTAL DE FARMACEUTICOS MUJERES	Nº TOTAL DE FARMACÉUTICOS EN EJERCICIO	Nº TOTAL DE MUJERES FARMACEUTICAS EN EJERCICIO	Nº TOTAL DE RECIEN LICENCIADOS	TECNICOS EN FARMACIA (POR CADA 10000 HABITANTES)	Nº TOTAL DE TECNICOS EN FARMACIA	Nº TOTAL DE RECIEN GRADUADOS
JORDANIA	5649000	13,83	8,087	N/A	N/A	N/A	1365	N/A	N/A	N/A
KUWAIT	2663000	12,99	3466	1002	2153	N/A	188	3,2	853	42
PAKISTAN	172800000	0,69	12000	4000	7000	1500	2500	2,31	40000	3000
SIRIA	19933000	7,47	14896	8938	12985	N/A	360	N/A	N/A	N/A
SUDAN	39445000	1,49	5890	N/A	4564	N/A	688	0,63	2488	70

Tabla 39. Resumen de características de la profesión farmacéutica en la Región del Mediterráneo Oriental de la OMS. Elaboración propia. Fuente: FIP.

NOTA: N/A: Sin respuesta.

V.2.1.6. CARACTERÍSCAS DEL EMPLEO FARMACÉUTICO EN LA REGIÓN DEL PACIFICO OCCIDENTAL

Para el análisis del empleo farmacéutico en la Región del Pacífico Occidental de la OMS se han tenido en cuenta a 5 países y una población total de 288.659.000 personas. **La media de farmacéuticos por 10.000 habitantes es de 11,78** (media ponderada poblacional); siendo el país con mayor media de farmacéuticos Japón.

Los licenciados en farmacia son mayoritariamente mujeres en Japón, Singapur y Vietnam, observándose paridad entre el número de licenciados mujeres y hombres en el resto de los países analizados. En cuanto al ejercicio profesional se carecen de datos para poder dar un perfil del mismo, aunque en Japón (país con una de las mayores medias mundiales de farmacéuticos por cada 10.000 habitantes) es eminentemente femenino (Ver gráficos 27 y 28).

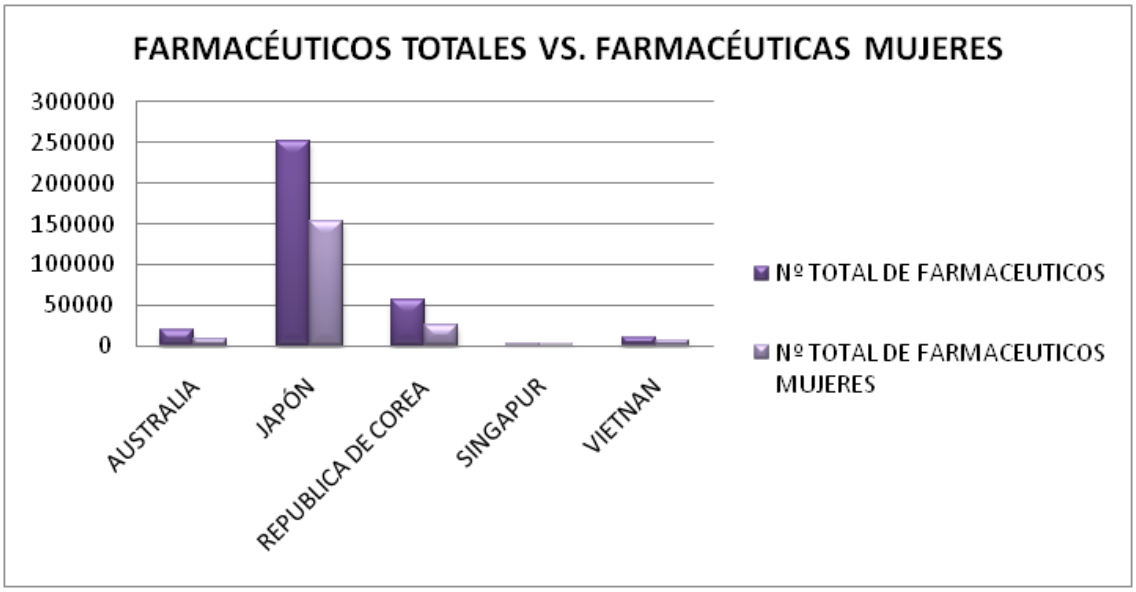


Gráfico 27. Comparación entre el número total de farmacéuticos licenciados y el número de farmacéuticos licenciados mujeres en la Región del Pacífico Occidental de la OMS. Elaboración Propia. Fuente: FIP.

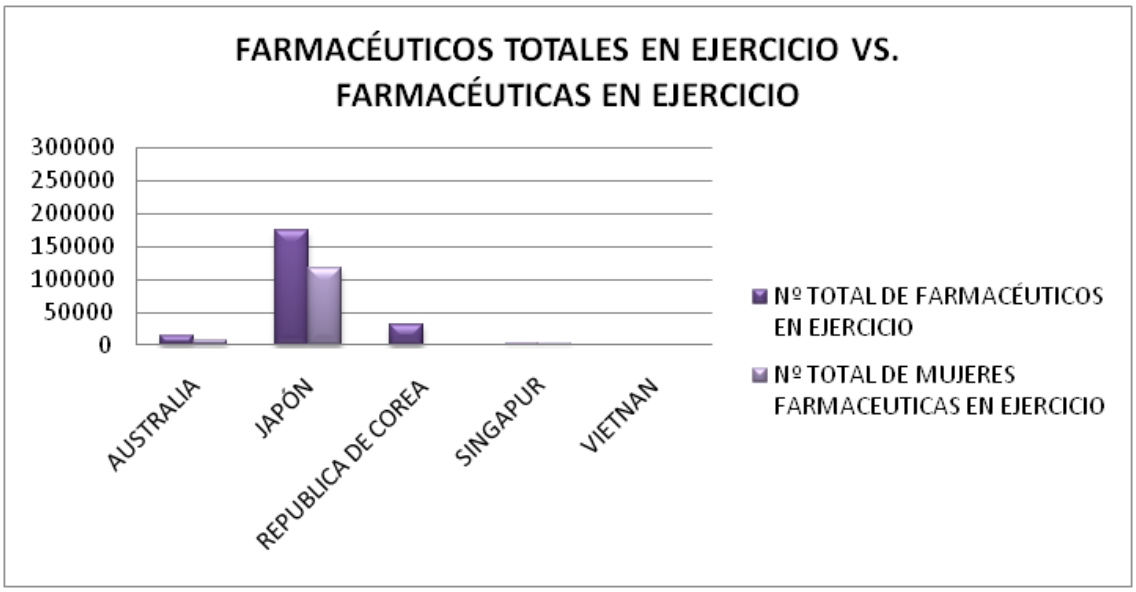


Gráfico 28. Comparación entre el número total de farmacéuticos en ejercicio y el número de farmacéuticas mujeres en ejercicio en la Región del Pacífico Occidental de la OMS. Elaboración Propia. Fuente: FIP.

PAISES	REGIÓN OMS	PROPIEDAD DE LA OFICINA DE FARMACIA
AUSTRALIA	Pacifico Occidental	U
JAPÓN	Pacifico Occidental	O
REPUBLICA DE COREA	Pacifico Occidental	RP
SINGAPUR	Pacifico Occidental	U
VIETNAN	Pacifico Occidental	O

Tabla 40. Propiedad de la Oficina de Farmacia en los países de la Región del Pacífico Occidental de la OMS. Elaboración Propia. Fuente: FIP.

NOTA: RP: Restringido a Farmacéuticos; O: Distintas regulaciones; RH: Restringido a personal sanitario; U: Sin restricciones.

En cuanto a la propiedad de la oficina de farmacia, cabe destacar que sólo en la República de Corea está restringida a los licenciados en farmacia, como se aprecia en la tabla 40.

En la tabla 41 se muestra un resumen de características de la profesión farmacéutica en la Región del Pacífico Oriental de la OMS.

PAISES	POBLACIÓN MEDIA EN 2008	FARMACÉUTICOS (POR CADA 10000 HABITANTES)	Nº TOTAL DE FARMACEUTICOS	Nº TOTAL DE FARMACEUTICOS MUJERES	Nº TOTAL DE FARMACÉUTICOS EN EJERCICIO	Nº TOTAL DE MUJERES FARMACEUTICAS EN EJERCICIO	Nº TOTAL DE RECIEN LICENCIADOS	TECNICOS EN FARMACIA (POR CADA 10000 HABITANTES)	Nº TOTAL DE TECNICOS EN FARMACIA	Nº TOTAL DE RECIEN GRADUADOS
AUSTRALIA	21347000	8,83	18853	8842	14747	6919	1427	N/A	N/A	710
JAPÓN	127720000	19,77	252533	153731	174218	116859	9154	N/A	N/A	N/A
REPUBLICA DE COREA	48607000	11,76	57176	25273	31265	N/A	1359	0	0	0
SINGAPUR	4790000	3,1	1483	1089	1349	986	69	N/A	N/A	N/A
VIETNAN	86195000	1,18	10200	6227	N/A	N/A	817	N/A	N/A	N/A

Tabla 41. Resumen de características de la profesión farmacéutica en la Región del Pacífico Occidental de la OMS. Elaboración propia. Fuente: FIP.

NOTA: N/A: Sin respuesta.

V. 3. LA FARMACIA EN LA UNIÓN EUROPEA

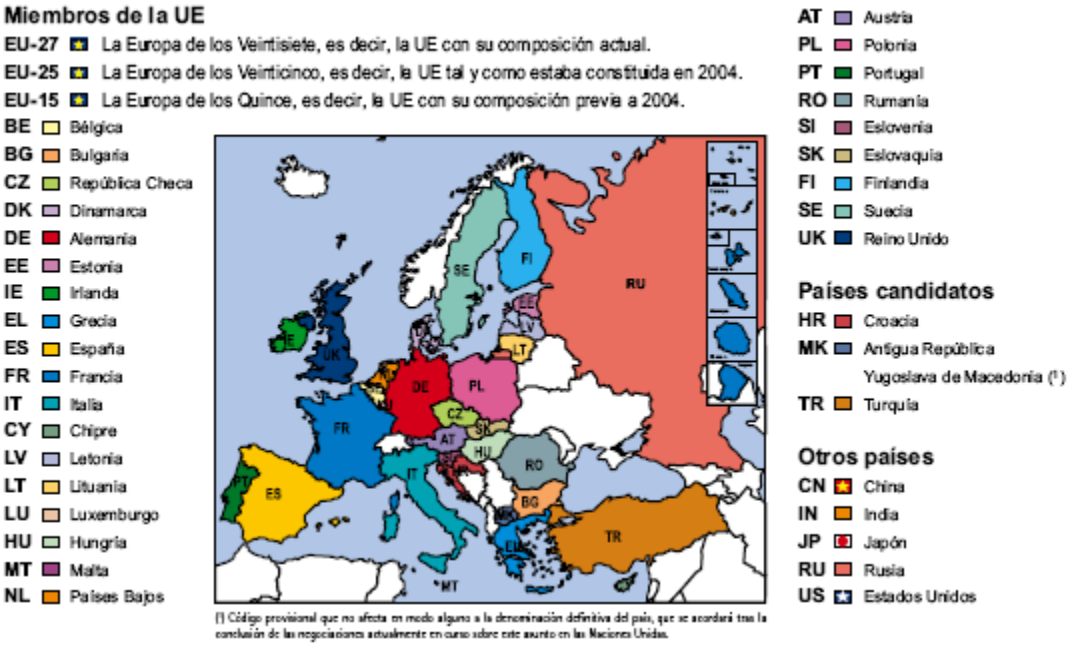
En epígrafes anteriores del presente capitulo se ha tomado como base la clasificación de la OMS de países miembros por Regiones a la hora de analizar la situación de la farmacia en el mundo. Esta clasificación funcional de la OMS incluye dentro de la denominación de Países de la Región de Europa de la OMS[252] los siguientes estados miembros: Albania, Alemania, Andorra, Armenia, Austria, Azerbaiyán, Belarús, Bélgica, Bosnia y Herzegovina, Bulgaria, Chipre, Croacia, Dinamarca, Eslovaquia, Eslovenia, España, Estonia, Ex República Yugoslava de Macedonia, Federación de Rusia, Finlandia, Francia, Georgia, Grecia, Hungría, Irlanda, Islandia, Israel, Italia, Kazajstán, Kirguistán, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Malta, Mónaco, Noruega, Países Bajos, Polonia, Portugal, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, República Checa, República de Moldova, República de Serbia, Rumania, San Marino, Suecia, Suiza, Tayikistán, Turkmenistán, Turquía, Ucrania, Uzbekistán.

El análisis de los modelos de farmacia en la Región de Europa de la OMS entraña serias dificultades a la hora de recoger los datos necesarios para poder realizarlo completo, por este motivo este epígrafe se ceñirá única y exclusivamente a los modelos de farmacia de la Unión Europea, espacio farmacéutico donde se enclava España. Los cambios legislativos en la EU a nivel farmacéutico afectan directamente a la profesión farmacéutica, a su desarrollo y a sus implicaciones laborales en los 27 países que la integran.

V.3.1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA PROFESIÓN FARMACÉUTICA EN LA UNIÓN EUROPEA

Con veintisiete Estados miembros y una población eminentemente envejecida, de casi quinientos millones de personas, la Unión Europea ocupa una gran parte de Europa.

[252] http://www.who.int/countryfocus/country_offices/memberstatesbyregion/es/index.html, 10-08-2010.



Mapa 6. Países miembros de la UE.[253] Fuente: EC. Europa. EU.

En la UE trabajan en torno a 400.000 farmacéuticos y se estima que todos los días, un millón de ciudadanos europeos visitan una farmacia comunitaria para solucionar sus problemas de salud.

Las farmacias de la Unión Europea han sido consideradas por los ciudadanos, miembros de la UE[254], en diversas encuestas, como vitales y como parte integral de los sistemas de salud de sus países. Consideran que son centros donde se encuentran accesibles profesionales sanitarios altamente cualificados que proporcionan consejos objetivos en materia de salud en un contexto informal que les hace sentir confortables y relajados a la hora de afrontar sus problemas sanitarios y con la comodidad de no tener que concertar una cita, hecho muy valorado por los encuestados.

[253] http://ec.europa.eu/publications/booklets/eu_glance/66/es.pdf, 10-08-2010.

[254] ALFARO M., SILVA I. (2005) Forum on the challenges related to the chain of responsibility in the efficient use of medicinal products in the EU - Contribution from community pharmacists and the Network of Community Pharmacies throughout Europe. Pharmaceuticals Policy and Law. 8:126.
Varias encuestas Europeas y nacionales muestran que los ciudadanos de la Unión Europea confían en los servicios profesionales de los farmacéuticos. Véase la Resolución del Consejo de Europa ResAp(2001)2 que atañe al papel del farmacéutico en el marco de la salud reconociendo que la intervención del farmacéutico en la dispensación del medicamento añade valor al sistema sanitario en dos sentidos, el primero como científico experto en el medicamento y en segundo en términos éticos de utilización de los medicamentos.

Por este motivo, **la farmacia comunitaria europea está llamada a realizar un papel clave dentro de los sistemas de salud pública como garante del máximo beneficio, a la vez que aseguran el mínimo número de efectos adversos, de las terapias que reciben los pacientes, como consejero del auto-cuidado de la salud dando información de calidad a los pacientes y como promotor de estilos de vida saludable formando parte de las campañas de divulgación sanitaria activas en cada uno de los Estados Miembros de la Unión Europea.** Diversos grupos farmacéuticos europeos, como el Pharmaceutical Group of the European Union (PGEU)[255] trabajan en el reconocimiento del valor de la farmacia comunitaria como elemento de salud pública por parte de las Instituciones de la UE en los términos antes expresados. Algunos Estados Miembros han reconocido a la farmacia comunitaria como parte integrante de la estructura de salud del país, aunque su potencial está aún sin desarrollar. Como prueba de la integración del farmacéutico europeo dentro de los sistemas de salud pública internacional aparece el Foro EUROPHAR[256], establecido bajo los auspicios de la Oficina Europea de la Organización Mundial de la Salud, que a su vez ha creado un Observatorio de Práctica Farmacéutica en el que ofrece información actualizada sobre cuestiones del ejercicio de la Farmacia y, así mismo, invita a todos los farmacéuticos europeos a la retroalimentación del mismo. El objetivo de este Observatorio es explorar el horizonte de la práctica farmacéutica para recoger información sobre las cuestiones relevantes, las políticas y las nuevas tendencias profesionales[257].

En términos laborales, **las farmacias de la UE emplean a más de medio millón de personas.** Como bien rezan los principios de la Unión Europea, esta pretende una sociedad justa y solidaria, comprometida con el fomento de la prosperidad económica y la creación de empleo, haciendo a las empresas más competitivas y dotando a los trabajadores de nuevas capacidades. La farmacia comunitaria europea es un foco continuo y estable de empleo, que se ha visto amenazado en repetidas ocasiones incluso por las propias Instituciones Europeas al no establecerse un entendimiento entre los órganos colegiados de farmacia de los Estados Miembros y la visión de aquellas sobre los modelos de farmacia imperantes en los mismos.

Esta situación contrasta con la misión de la UE, a nivel de empleo, pues desde Bruselas se aboga por la creación de más y mejores puestos de trabajo para los ciudadanos, siendo estas dos unas de las máximas prioridades de la UE. También contrasta con el hecho de que el

[255] http://www.pgeu.eu/Home/tabid/134/tabid/596/Default.aspx, 10-08-2010.
[256] http://www.europharmforum.org/, 2-02-2011
[257] http://ww.europharm.pbwors.com, 2-02-2011.

empleo en farmacia comunitaria en la UE es eminentemente femenino y un ataque directo a sus cimientos dificultaría la inserción laboral de la mujer en el mercado de trabajo donde de por sí ya es complicado pues hay más hombres que mujeres en la UE.

V.3.1.1. MODELOS DE FARMACIA EN LA UNIÓN EUROPEA

Es difícil definir el concepto de modelo de farmacia como ente abstracto, pues cada uno de los países de la Unión Europea presenta un tipo de regulación en materia sanitaria siempre teniendo como objetivo prioritario la salud de sus ciudadanos. Por ese motivo en España el Consejo General de Consejos Farmacéuticos (CGCOF) elaboró y posteriormente publicó en diciembre del 2007 un informe titulado *"Los modelos de Farmacia en la Unión Europea"*[258] cuyo objetivo era realizar una presentación de los diferentes modelos de farmacia existentes en ese momento en la Unión Europea. Este informe recogía por un lado el modo en que se estructuraban los servicios farmacéuticos en cada país, los cambios recientes y los debates en curso; y por otro lado sintetizaba y tabulaba la información recogida en los mismos.

A la hora de exponer los resultados se eligieron una serie de criterios definitorios del modelo, tomando para ello elementos presentes en todos los países. Estos criterios definitorios fueron:

- Existe o no propiedad y titularidad, es decir, responde a la pregunta **¿El dueño de la oficina de farmacia es un farmacéutico?**
- Existe o no criterio de establecimiento, es decir, **¿Hay limitaciones, a la hora de establecer una farmacia, de distancia, población, etc...?**
- Existe o no la venta de medicamentos fuera de la oficina de farmacia, es decir, **¿Se venden medicamentos fuera de las oficinas de farmacia?**

Por tanto, la información se centra en tres aspectos**: propiedad y titularidad, criterios de establecimiento y distribución de los medicamentos,** aspectos altamente relevantes debido a las recomendaciones realizadas por la Comisión Europea a algunos países; como por ejemplo España, Italia o Grecia, al objeto de que modifiquen su legislaciones pues considera que pueden vulnerar aspectos como la libertad de establecimiento, la circulación de mercancías o la libre competencia. En este sentido, la Comisión Europea solicitó en el año 2007 la realización

[258]CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS (2007) Modelos de Farmacia en la Unión Europea. Disponible en: www.portalfarma.com/pfarma/taxonomia/general/...nsf/.../5022-2007.pdf?..., 21-04-2011.

del *"Estudio de las Restricciones reguladoras en el área de la farmacia"* a la empresa ECORYS[259] cuyo objetivo era evaluar el impacto de las reglas aplicables a las farmacias, la calidad de los servicios de farmacia en los diferentes Estados Miembros; y cómo impactan las diferentes leyes que regulan las farmacias en el funcionamiento efectivo del Mercado Interno de la UE y por tanto en el rendimiento del Sector Farmacia en su conjunto. Este informe pretendía dar una información detallada y actualizada sobre las normas legales que regulan el ejercicio de la profesión farmacéutica en oficina de farmacia en los diferentes Estados Miembros, en particular las regulaciones sobre propiedad y titularidad de las oficinas de farmacia, las normativas de apertura y ejercicio, y todos los aspectos relacionados con la fijación de precios haciendo hincapié en la forma en que estas regulaciones contribuyen en el desarrollo de los servicios de farmacia en términos de cualificación y competitividad. Las conclusiones del estudio son farragosas, pues afirma que sería positiva una desregulación de la propiedad y los límites de establecimiento para mejorar la productividad en la UE lo que redundaría en un crecimiento económico, en que nuevos farmacéuticos y personas de otros Estados Miembros podrían desarrollar sus servicios (no solo como empleados sino que accederían en igualdad de condiciones a la titularidad de la oficina de farmacia). A su vez, este estudio afirma que, para grupos individuales, la desregularización del sector podría tener consecuencias negativas, por ejemplo, dificultaría la venta de farmacias a los farmacéuticos en vías de jubilarse o verse condicionado el suministro de medicinas en áreas rurales. Para solventar estos inconvenientes propone reformas legislativas nacionales de los elementos relativos a la farmacia que irían acompañadas de una mejora del bienestar según el diagrama de Pareto, es decir, aplicaría dicha política acompañada de medidas para remediar los costes financieros que estas nuevas legislaciones les supondrían a los farmacéuticos, a través de esquemas de compensación, maximizando así los beneficios sociales y solucionando los inconvenientes financieros generados en el colectivo farmacéutico. Ha de tenerse en cuenta que serían necesarias medidas adicionales para garantizar el acceso al medicamento en condiciones de igualdad en áreas rurales si el mercado no se ve capacitado para proporcionarlo[260]. Aprovechando la controversia suscitada por la Comisión Europea, la Asociación de Farmacéuticos Adjuntos de Sevilla manifestaron sus reivindicaciones en materia laboral en calidad de adjuntos o asalariados de las oficinas de farmacias y hicieron llegar las mismas al propio Comisario McCreevy, reivindicaciones antes las que la Comisión concluyó que no es competente en

[259] ECORYS (2008) Estudio de las Restricciones Reguladoras en el área de la Farmacia. Disponible en: http://www.ecorys.com/, 11-08-2010

[260] CORREO FARMACÉUTICO. Semana del 17 al 23 de marzo de 2008. Disponible en: http://www.correofarmaceutico.com/2008/03/17/al-dia/profesion/el-tribunal-de-luxemburgo-si-estudiara-la-planificacion-y-los-baremos-espanoles, 7-06-2009.

materia laboral y que la situación denunciada por la asociación no está relacionada con el dictamen de la Comisión Europea sobre la liberalización de las farmacias.

Hoy en día, la Comisión Europea sigue valorando las conclusiones dadas por el *"Estudio de las Restricciones reguladoras en el área de la farmacia"* (259) pero el Tribunal de Justicia de la Unión Europea (TJUE), mediante la sentencia de 1 de junio de 2010 (asunto Blanco Pérez y Chao Gómez, C-570/07)[261], ha declarado compatible con la libertad comunitaria de establecimiento la actual legislación española sobre apertura de farmacias.

Como afirma don Félix García de Pablos, doctor en Derecho y ponente del Tribunal económico-Administrativo Central, en su artículo "*Apertura de farmacias en España y la normativa comunitaria*"[262], los farmacéuticos españoles ya pueden respirar tranquilos pues la normativa del Principado de Asturias, recogida en la Decreto 72/2001[263] que regula las oficinas de farmacia y botiquines en el Principado de Asturias, que tiene como base la Ley 16/1997 (4)y es similar a la del resto de las comunidades autónomas (a excepción de Navarra); impone como límites a la concesión de autorizaciones de establecimiento de nuevas farmacias que:

a. En cada zona farmacéutica, sólo se podrá crear una farmacia por módulo de 2800 habitantes;
b. Tan sólo podrá crearse una farmacia adicional si se sobrepasa dicha proporción, la cual se creará por la fracción superior a 2.000 habitantes;
c. Cada farmacia deberá respetar una distancia mínima respecto a las farmacias preexistentes, que es por regla general de 250 metros.

Para el citado Tribunal, aunque dicha normativa infringe la libertad de establecimiento, la restricción está justificada con el objetivo de garantizar un abastecimiento de medicamentos a la población seguro y de calidad, en concordancia con el artículo 52 del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea[264]. Considera que el requisito relativo a los módulos de población es adecuado para distribuir las farmacias de manera equilibrada en el territorio

[261] Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de la Unión Europea C570/07, de 1 de Junio de 2010.
[262] DIARIO EXPANSIÓN, 2-06-2010. Disponible en: http://www.expansion.com/2010/06/02/economia-politica/1275469207.html, 6-09-2010.
[263] Decreto 72/2001, de 19 de julio, regulador de las oficinas de farmacia y botiquines en el Principado de Asturias. BOPA nº 175, 28-7-2011.
[264] Versión consolidada del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea. DOUE-C nº 83, 30-03-2010. Disponible en: http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:C:2010:083:0047:0200:ES:PDF, 6-09-2010.

nacional; al mismo tiempo que al establecer distancias mínimas entre farmacias, como requisito complementario, se evita la concentración de las mismas y se facilita el acceso fácil a dichos establecimientos. No obstante, para el Tribunal de Justicia de la Unión Europea los módulos de población, aunque cabe su modificación por las Comunidades Autónomas, en determinados supuestos, pueden ocasionar que determinadas zonas rurales cuya población sea dispersa y poco numerosa (en el caso de la aplicación rigurosa del módulo de población mínimo de 2.800 habitante), o de zonas con gran concentración de población, por aplicación rigurosa de las distancias mínimas de 250 metros, no reciban la prestación adecuada del servicio farmacéutico, por lo que es a los Tribunales españoles a los que compete verificar si dicha normativa es adecuada con el objetivo de garantizar un abastecimiento de medicamentos seguro y de calidad de forma congruente. Además, rechaza la pretensión de la Plataforma para la Libre Apertura de Farmacias que solicitaba que la apertura de farmacias fuera libre a partir de un determinado número de farmacias establecidas, pues considera que ello iría contra las competencias de los Estados para Garantizar un abastecimiento de medicamentos en las zonas poco atractivas.

Sin embargo, el TJUE pone de manifiesto su desacuerdo con los baremos del Principado de Asturias para las concesiones de oficina de farmacia pues considera que dichos requisitos privilegian en el proceso de selección a los farmacéuticos que hayan ejercicio la actividad en una parte del territorio nacional frente a aquellos que la ejercen en otros Estados Miembros, por lo que estos últimos requisitos son a todas luces discriminatorios e infringen la libertad comunitaria de establecimiento.

La sentencia de 1 de junio de 2010, denominada por los medios de comunicación como ***"El Caso Asturiano"***[265], viene a unirse a recientes sentencias que afectaban a los modelos regulados de farmacia de Italia y Alemania, para los cuales el Tribunal de Luxemburgo ha dado prioridad a la potestad de estos Estados Miembros para establecer regulaciones farmacéuticas particulares que tengan como objetivo el interés general: garantizar una atención farmacéutica y sanitaria adecuada. Tanto en los llamados asuntos Comisión/Italia[266] como en la Apothekerkammer des Saarlandes y otros[267], el TJUE declaró compatible con las libertades comunitarias la reserva de la propiedad de las farmacias a los farmacéuticos, como

[265] EL GLOBAL. Semana del 31 de mayo al 6 de Junio de 2010. Disponible en: http://www.elglobal.net/articulo.asp?idcat=643&idart=482133, 6-09-2010.
[266] Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de la Unión Europea C-531/06, de 11 de septiembre de 2008.
[267] Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de la Unión Europea C-140/03, de 19 de mayo de 2009.

establece la normativa española, cerrándose así la incertidumbre que pesaba sobre la compatibilidad de dicha normativa con las libertades económicas comunitarias.

En el Anexo II se resumen de forma sencilla y visual las características de los distintos países de la Unión Europea a nivel de: **propiedad y titularidad, criterios de establecimiento y distribución de los medicamentos.** Estos tres criterios configuran un patrón característico del farmacéutico como empleador y como empleado dentro de la UE y, que en parte, van determinados por el tipo de modelo de farmacia que siguen, siendo los dos más comunes el **"Modelo Mediterráneo de Farmacia"** y el **"Modelo de Farmacia Anglosajón o Modelo Liberal o Liberalizador"**. Tradicionalmente se ha denominado **"Modelo Mediterráneo de Farmacia"** a aquel en el cual se cumple que la propiedad de la oficina de farmacia corresponde a un farmacéutico (farmacéutico empleador), existen criterios de establecimiento y además los medicamentos con receta se venden únicamente en la oficina de farmacia, por ejemplo: Grecia, España, Francia, etc... Por el contrario, el **"Modelo de Farmacia Anglosajón"** se caracteriza por que la propiedad de la farmacia no está vinculada a un farmacéutico (farmacéutico como director técnico o empleado), las medicinas sin receta pueden venderse fuera de la oficina de farmacia y pueden o no existir criterios de establecimiento, es el caso de Irlanda, Hungría, etc,… (Anexo II)

SÍ		NO	
País	Nº de farmacias	País	Nº de farmacias
AUSTRIA	1.191	BÉLGICA	5.225
BULGARIA	4.445	REPÚBLICA CHECA	2.200
CHIPRE	440	ESTONIA	474
DINAMARCA	322	HUNGRÍA	2.019
FINLANDIA	808	IRLANDA	1.394
FRANCIA	23.344	LITUANIA	1.520
ALEMANIA	21.392	MALTA	210
GRECIA	9.500	HOLANDA	1732
ITALIA	18.036	POLONIA	12.000
LETONIA	882	PORTUGAL	2.775
LUXEMBURGO	87	RUMANÍA	5.000
ESLOVENIA	271	ESLOVAQUIA	1.164
ESPAÑA	20.579	SUECIA	900
		REINO UNIDO	12.180
Total	101.297		48.793
Total por número de farmacias (%)	67,49%		32,51%

Tabla 42. Propiedad de la oficina de farmacia en la Europa de los 27. Fuente: CGCOF, Modelos de Farmacia en la Unión Europea (258).

En trece de los veintisiete países de la UE la propiedad de la oficina de farmacia está limitada a farmacéuticos. Estos países aglutinan la mayoría de las farmacias de Europa, un 67,5%.

SÍ		NO	
País	Nº de farmacias	País	Nº de farmacias
AUSTRIA	1.91	BULGARIA	4.445
BÉLGICA	5.225	CHIPRE	440
DINAMARCA	322	REPÚBLICA CHECA	2.200
ESTONIA	474	ALEMANIA	21.392
FINLANDIA	808	HUNGRÍA	2.019
FRANCIA	23.344	IRLANDA	1.394
GRECIA	9.500	LITUANIA	1.520
ITALIA	18.036	HOLANDA	1.732
LETONIA	882	POLONIA	12.000
LUXEMBURGO	87	ESLOVAQUIA	1.164
MALTA	210	RUMANÍA	5.000
PORTUGAL	2.775	SUECIA	900
ESLOVENIA	271		
ESPAÑA	20.579		
REINO UNIDO	12.180		
Total	95.884		54.206
Total por número de farmacias (%)	63,9%		36,1%

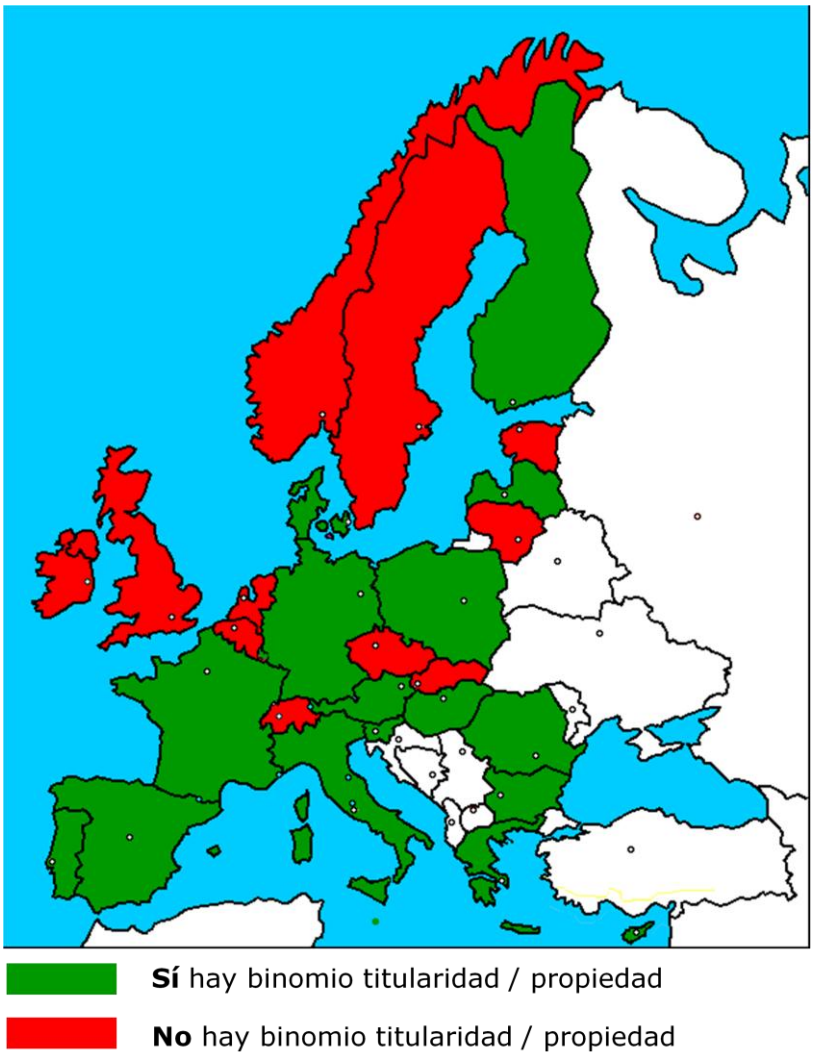
Tabla 43. Criterios de establecimiento de la oficina de farmacia en la Europa de los 27. Fuente: CGCOF, Modelos de Farmacia en la Unión Europea (258).

En la mayoría de los países de la UE, quince de los veintisiete, hay criterios geográficos y/o demográficos para el establecimiento de una farmacia. Estos países aglutinan la mayoría de las farmacias de Europa, un 63,9%.

SÍ		NO	
País	Nº de farmacias	País	Nº de farmacias
BÉLGICA	5.225	AUSTRIA	1.191
BULGARIA	4.445	REPÚBLICA CHECA	2.200
CHIPRE	440	DINAMARCA	322
ESTONIA	474	HUNGRÍA	2.019
FINLANDIA	808	IRLANDA	1.394
FRANCIA	23.344	ITALIA	18.036
ALEMANIA	21.392	HOLANDA	1.732
GRECIA	9.500	POLONIA	12.000
LETONIA	882	PORTUGAL	2.775
LITUANIA	1.520	ESLOVENIA	271
LUXEMBURGO	87	REINO UNIDO	12.180
MALTA	210		
RUMANÍA	5.000		
ESLOVAQUIA	1.164		
ESPAÑA	20.579		
SUECIA	900		
Total	95.970		54.120
Total por número de farmacias (%)	63,94%		36,06%

Tabla 44. Dispensación de medicamentos sin receta en los países de la UE, ¿sólo en farmacias? Fuente: CGCOF, Modelos de Farmacia en la Unión Europea (258).

En la mayoría de países de la UE, dieciséis de los veintisiete, los medicamentos sin receta se dispensan en oficina de farmacia. Estos países aglutinan la mayoría de las farmacias de Europa, el 63,94%.

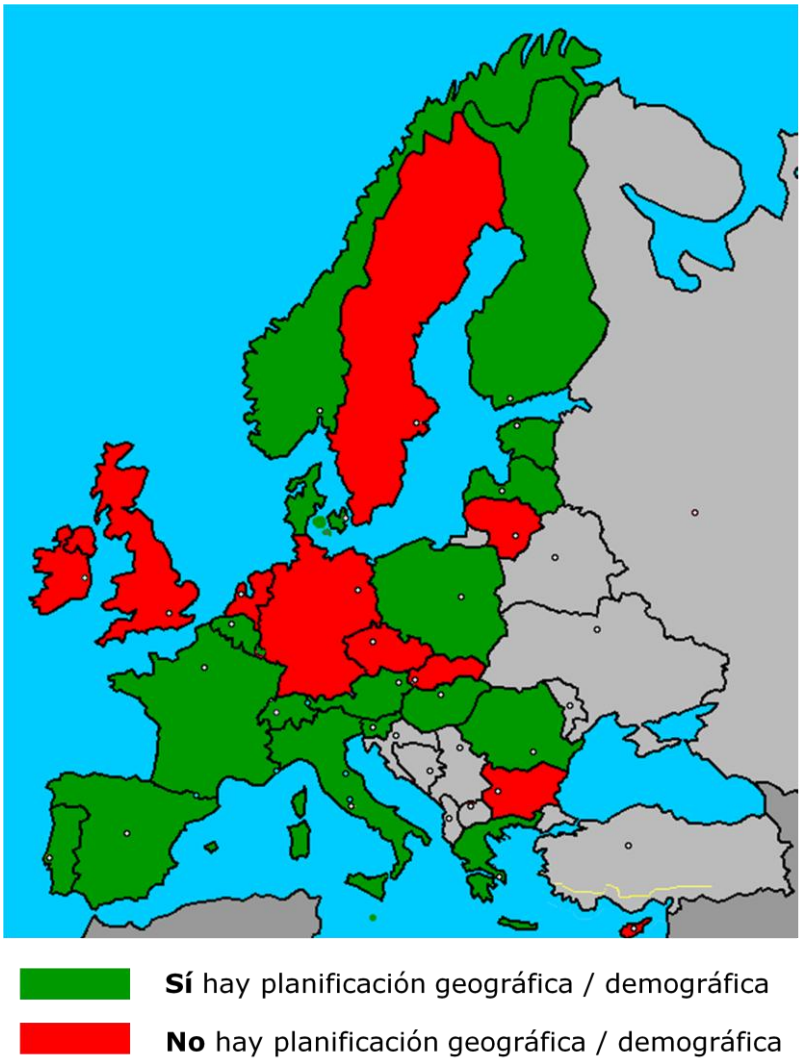


Mapa 7. Binomio titularidad/ propiedad de la oficina de farmacia en Europa. Fuente: Estudio Eurofarma: Comparativas de las políticas de la UE. Antares Consulting .

Para ilustrar las características de ambos modelos (Mediterráneo y Liberal), el Anexo III recoge los mapas dados a conocer por el Colegio de Farmacéuticos de Valencia en el año 2008 en el documento *"Media de habitantes por farmacia: Una imagen vale más que mil palabras"*[268]. Este documento se encuadra dentro de la estrategia lanzada por el colegio valenciano para la defensa del "Modelo Mediterráneo de Farmacia" y cuyo resultado muestra, de una manera gráfica, que estas regulaciones, establecidas con criterios sanitarios y profesionales; lejos de ser desproporcionadas responden mejor a los intereses de todos los ciudadanos y muy especialmente a los millones de ancianos, enfermos crónicos y discapacitados, con una fuerte situación de dependencia, además de ser más efectivos para evitar la despoblación de las

[268] ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS DE VALENCIA (2007) Media de habitantes por farmacia: una imagen vale más que mil palabras. Disponible en: http://www.redfarmaceutica.com/almacen/Plataforma/archivos/892/librillo_mapas.pdf, 7-09-2010.

áreas rurales que sufre el continente. Desde la FIP, y en palabras Ton Hoek, su secretario general, no se contempla un modelo único de farmacia, puesto que considera que "cada sistema se debe adaptar a las particularidades de su país"[269].



Mapa 8. Planificación geográfica y /o demográfica de la oficina de farmacia en Europa. Fuente: Estudio Eurofarma: Comparativas de las políticas de la Unión Europea. Antares Consulting.

De hecho, en los países donde la propiedad está reservada a los farmacéuticos, en el año 2007 existían un total de 113.668 oficinas de farmacia abiertas, una para cada 2.938 habitantes. En cambio, los que no exigen este requisito tienen una media de 4.667 habitantes por farmacia y 33.073 establecimientos. Si se tienen en cuenta que los tres factores que condicionan la consecución de los objetivos del *World Health Report 2006* (8) en el ámbito del trabajo

[269] CORREO FARMACÉUTICO. Semana del 27 de septiembre al 3 de octubre de2010. Disponible en: http://www.correofarmaceutico.com/2010/09/27/al-dia/profesion/la-industria-farmaceutica-ha-subestimado-el-papel-del-boticario, 15-10-2010.

sanitario son: *el número de trabajadores sanitarios, la distribución de los trabajadores sanitarios y las políticas de salud*, habrá de conocerse no sólo el número de farmacéuticos que trabajan en oficina de farmacia en Europa, sino la ubicación de las oficinas de farmacia, es decir, como son de accesibles a los ciudadanos y si esa accesibilidad está condicionada por las políticas sanitarias.

Este estudio nos permite establecer una comparativa entre los diferentes modelos, por ejemplo, comparando la situación de la República de Irlanda con 3.076 habitantes por farmacia y la de España con 2.126 en el año 2007, vemos que los dos países tienen una densidad de habitantes baja con respecto a sus modelos (liberalizado y regulado respectivamente mientras que sus mapas nos muestran cómo en Irlanda las farmacias se concentran en la calle principal de la cabecera de comarca, mientras que en España se encuentran distribuidas en casi todos los municipios, con independencia de su tamaño. Por tanto, a la vista de los mapas del Anexo III se puede concluir que hay más farmacias en el modelo regulado, y además están mejor distribuidas. Y es que, el "Modelo Mediterráneo de Farmacia" (España, Francia, Italia, Grecia, etc…) se distingue por ofrecer una elevada densidad de oficinas de farmacia y, lo que es más importante, una distribución homogénea de las mismas en todo el territorio y por tanto, una distribución homogénea de farmacéuticos como empleadores en todo el territorio donde sea de aplicación el modelo.

En el Anexo III, se puede interpretar la presencia de oficinas de farmacia como **foco localizado del empleo farmacéutico**, siendo la distribución diferente en función del modelo que siga el país. Aquellos países que tengan un "Modelo Mediterráneo de Farmacia" presentaran un **patrón de empleo farmacéutico distribuido por toda la geografía del país de manera homogénea**, aquellos que sigan un Modelo Liberal de Farmacia, la concentración del empleo farmacéutico se hará patente en las zonas más pobladas y relevantes del país, aunque caben excepciones, como es el caso de Bélgica, país tradicionalmente vinculado a farmacias de sindicatos, de partidos políticos, de órdenes religiosas, etc… que aunque sigue un "Modelo liberal", presenta un patrón homogéneo en la distribución del empleo farmacéutico.

En el Anexo IV se recopilan las características de la profesión farmacéutica de todos los países de la UE. Cada uno de los países está representado en un cuadro, en el cual se recogen los siguientes ítems:

- Número de habitantes por farmacia.
- Número de farmacias.
- Número de licenciados colegiados.
- Títulos de las leyes estatales.
- Fecha de la última actualización legal estatal.
- ¿Titularidad unida a propiedad?
- ¿Oficina de farmacia estatales/ públicas?
- ¿Planificación geográfica?
- ¿Sustitución por el farmacéutico?
- ¿Un farmacéutico puede tener varias farmacias?
- ¿Venta por internet de medicamentos?
- ¿Venta del medicamento al público fuera de la oficina de farmacia?
- Trabajadores, ¿farmacéuticos y no farmacéuticos?
- ¿Obligatoria la presencia del farmacéutico?
- ¿Multipropiedad de la farmacia?
- ¿Planificación demográfica?
- ¿Programa de Atención farmacéutica?
- ¿Se permiten cadenas de farmacia?
- ¿Medios dispensadores?
- ¿Proyectos de trazabilidad?
- ¿Regulación horaria en oficina de farmacia?
- Proceso de fijación de precios.

De su examen se han extraído una serie de datos que influyen de manera determinante en el empleo farmacéutico y la distribución del mismo en las geografías nacionales de los países de la UE. Independientemente de que la titularidad vaya unida a la propiedad de la farmacia o no, en todos los países de la UE es obligatoria la presencia de un farmacéutico en la oficina de farmacia excepto en los Países Bajos. En la mayoría de los países de la UE, al menos un farmacéutico desarrollará su labor profesional durante la jornada laboral, pudiendo ser empleado por cuenta propia (es el caso de los países donde la titularidad va unida a la propiedad) o empleado por cuenta ajena (como ocurre en los países donde la titularidad no

está unida a la propiedad o las farmacias donde se necesita más de un farmacéutico para desarrollar el trabajo diario, independientemente de quien ostente la propiedad) partiendo de este hecho se puede definir a la farmacia como **foco generador de empleo farmacéutico** (Ver tabla 45).

En veintitrés países de la UE el trabajo de la oficina de farmacia se realiza por farmacéuticos con la colaboración de personal técnico cualificado no farmacéutico y solo cuatro países condicionan el trabajo en farmacias a los propios licenciados: Dinamarca, Eslovaquia, Luxemburgo y Rumanía. Este hecho hace que la Unión Europea sea un foco receptor de profesionales sanitarios y en concreto de licenciados en farmacia para cubrir las vacantes existentes en estos empleos. Pero la UE no sólo genera estrategias para las migraciones in-flow, es decir, sobre la entrada de personal sanitario en la Unión Europea. La Directiva 2005/36/CE[270] regula el reconocimiento de las cualificaciones profesionales para el establecimiento en otro Estado miembro y para facilitar la prestación de servicios transfronterizos en un Estado miembro distinto del de establecimiento. Esta Directiva también introduce el requisito de que las autoridades competentes de los Estados miembros de acogida y de origen intercambien información relativa a la acción disciplinaria o a las sanciones penales adoptadas o a cualquier otra circunstancia grave y concreta. Fuera del marco regulador, las organizaciones profesionales han promovido iniciativas de movilidad de los profesionales sanitarios, como la denominada *"Healthcare Professionals Crossing Borders"* o la iniciativa piloto sobre la tarjeta de profesional sanitario, ambas encaminadas a mejorar la disponibilidad de información en los casos en que se ponga en duda la profesionalidad.

Además en 2008 incluyó entre sus estrategias el abordaje de la nueva situación del empleo en el sector de la salud, desarrollando unas buenas prácticas para la mejora de la formación profesional y de las cualificaciones del personal sanitario y su remuneración, quedando recogidas estas acciones en el Anexo de la Decisión de la Comisión de 2 de Octubre de 2008 relativa a la participación financiera de la Comunidad, para el año 2008, en un proyecto piloto en el ámbito de los profesionales de la salud.[271]Este proyecto piloto tenia cargo a la línea presupuestaria 04 04 11, siendo su objetivo político abordar la nueva situación de empleo en el sector sanitario para aumentar la oferta y mejorar la cualificación del personal sanitario a

[270] Directiva del Parlamento Europeo y del Consejo 2005/36/CE, de 7 de septiembre de 2005, relativa al reconocimiento de las cualificaciones profesionales. DOUE-L nº 36, 21-08-2008 p.1-153

[271] Decisión de la Comisión 2008/773/CE, de 2 de octubre de 2008 , relativa a la participación financiera de la Comunidad, para el año 2008, en un proyecto piloto en el ámbito de los profesionales de la salud. DOUE-L nº264, 31-10-2008, p.7-9

largo plazo a la vez que se fomentan las políticas de intercambio para hacer frente a la demanda asistencias derivadas del cambio demográfico junto con el estudio de la repercusión de la movilidad transfronteriza en los servicios de asistencia sanitaria sin socavar los niveles asistenciales de los sistemas sanitarios nacionales. Todas estas tareas del proyecto coinciden con el Libro Verde (68) sobre profesionales de la salud en la UE que abrió un proceso de reflexión sobre la planificación sanitaria y disponibilidad de los recursos humanos en el sector sanitario y sobre las repercusiones de la movilidad del personal sanitario tanto en cada Estado miembro como a escala de la UE.

	TITULARIDAD UNIDA A LA PROPIEDAD	TRABAJADORES FARMACÉUTICOS Y NO FARMACÉUTICOS	OBLIGATORIA PRESENCIA DEL FARMACÉUTICO
ALEMANIA	Si	Si	Si
AUSTRIA	Si	Si	Si
BÉLGICA	No	Si	Si
BULGARIA	Si	Si	Si
CHIPRE	Si	Si	Si
DINAMARCA	Si	No	Si
ESLOVAQUIA	No	No	Si
ESLOVENIA	Si	Si	Si
ESPAÑA	Si	Si	Si
ESTONIA	No	Si	Si
FINLANDIA	Si	Si	Si
FRANCIA	Si	Si	Si
GRECIA	Si	Si	Si
HUNGRÍA	No	Si	Si
IRLANDA	No	Si	Si
ITALIA	Si	Si	Si
LETONIA	Si	Si	Si
LITUANIA	No	Si	Si
LUXEMBURGO	Si	No	Si
MALTA	No	Si	Si
PAÍSES BAJOS	No	Si	No
POLONIA	Si	No	Si
PORTUGAL	Si	Si	Si
REINO UNIDO	No	Si	Si
REPÚBLICA CHECA	No	Si	Si
RUMANIA	Si	No	Si
SUECIA	No	Si	Si

Tabla 45. Características de la profesión farmacéutica en UE. Elaboración propia.

V.3.1.1.CONTEXTO SOCIO-ECONÓMICO DE LA OFICINA DE FARMACIA EN PAÍSES CON "MODELO MEDITERRANEO DE FARMACIA". EJEMPLOS: ITALIA Y PORTUGAL

V.3.1.1.1. ITALIA

Según el Instituto Nacional de Estadística Italiano [272] la población empadronada en Italia en el año 2010 superó los 60, 5 millones de personas. Atendiendo a la información estadística facilitada por la Comisión Europea, a través de la base de datos Eurostat, **la tasa de desempleo italiana en febrero de 2011 rondaba el 8,6%** (273)**y la tasa de actividad el 56,7%.**

Italia cuenta con una amplia red farmacéutica, que presta asistencia farmacéutica de calidad a la población. Las farmacias italianas son unidades encuadradas dentro del Sistema Nacional de Salud bajo la dirección técnica permanente de un farmacéutico. En Italia la propiedad de la oficina de farmacia puede ser de un farmacéutico o de una sociedad formada por farmacéuticos. Existen dos tipos de farmacia: la farmacia municipal y la farmacia privada (oficina de farmacia).

En cuanto a la planificación, las oficinas de farmacia obedecen a unos criterios demográficos y territoriales. La presencia de farmacias en el territorio nacional italiano es de tipo "capilar" pues existe al menos una farmacia en cada uno de los 8.000 municipios existentes. En el año 2008 contaba con una red de 17.796 farmacias[273]. La legislación italiana[274] obliga a la apertura de nuevas farmacias cada 4.000 habitantes en municipios mayores de 12.500 habitantes y cada 5.000 habitantes en municipios con menos de 12.500 habitantes. Diversas Regiones, con conformación geomorfológica concreta y presencia difusa de poblaciones rurales o de montaña, han recurrido el criterio demográfico para poder contar con asistencia farmacéutica, pero ya la normativa farmacéutica vigente prevé elementos de elasticidad que permiten adaptar la presencia de oficinas de farmacia a la conformación territorial. Este hecho favorece una distribución homogénea de las oficinas de farmacia por todo el territorio italiano.

[272] http://www.istat.it/, 1-04-2011.
[273] http://www.federfarma.it/, 1-04-2011.
[274] Legge nº 362, de 8 de novembre de 1991, Norme di riordino del settore farmacéutico. GU nº 269,16-11-1991.

El número medio de habitantes por farmacia se situaba en abril de 2010 en torno a 3.374, dato próximo a la media europea. Las farmacias italianas responden a las necesidades de los pacientes, las 24 horas del día, los 365 días del año, invirtiendo de forma activa en la mejora de la calidad de sus servicios y en la modernización de sus infraestructuras.

En el año 2006 se aprobó una ley que modifica el sector farmacéutico. Se adoptaron una serie de medidas entre las que se cuentan la liberalización de la venta de todos los medicamentos sin receta a cualquier establecimiento, siempre que cuente con la presencia obligatoria de un farmacéutico en la zona específica de la tienda dedicada a los medicamentos sin receta; la liberalización de los precios de todos los medicamentos sin receta pudiéndose realizar un descuento libre. La concepción empresarial de las oficinas de farmacia ha hecho que se permita la constitución de sociedades cooperativas lo que junto con las sociedades existentes hace posible gestionar las oficinas de farmacia, con la limitación de que estas cooperativas tienen que estar formadas exclusivamente por farmacéuticos. Y por último, se ha introducido la autorización administrativa para la apertura oficinas de farmacia a cadenas farmacéuticas, a sociedades y cooperativas formadas por farmacéuticos.

Sin embargo, en Italia, al igual que en España, un farmacéutico no puede ostentar la propiedad de más de una oficina de farmacia. También se ha limitado el número máximo de cuatro farmacias por cadena con el requisito de que el domicilio central de la cadena y sus cuatro farmacias deben de estar localizadas en la misma provincia.

Otras medidas adoptadas por el Gobierno italiano fueron la eliminación de la incompatibilidad entre los negocios de distribución y oficina de farmacia y la eliminación de las disposiciones sobre la transmisión de la propiedad de la farmacia al heredero del propietario, en caso de muerte prematura de este último, cuando el heredero no es farmacéutico concediéndole dos años para vender su parte de propiedad en la farmacia.

La actividad profesional del farmacéutico en Italia va condicionada por la titularidad de la farmacia. En la oficina de farmacia privada, el farmacéutico puede ejercer como titular, director técnico, gestor provisional, colaborador o miembro de la sociedad que gestiona la farmacia. Sin embargo, en la oficina de farmacia pública, las únicas dos figuras profesionales reconocidas para el farmacéutico italiano son las de director y colaborador. El asesoramiento sobre el uso racional de los medicamentos y el seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes, entre otros, son responsabilidades asumidas por los farmacéuticos como

profesionales del Sistema Nacional de Salud Italiano. El servicio farmacéutico está bien valorado por los ciudadanos, como ponen de manifiesto los análisis realizados por la *Federazione Nazionale Unitaria Titolari di Farmacia* (FEDERFARMA) dados a conocer con los títulos "*Indagine 2005: gli italiani e la farmacia*"[275] y "*Farmacia: cosa ne pensano gli italiani (2006)*".[276]

En Italia, para ejercer como farmacéutico ha de cursarse la Licenciatura universitaria de Farmacia, de cinco años de duración, incluida en el Espacio Europeo de Educación y que, al igual que en Portugal, puede ser completada con títulos Máster y doctorados. La Licenciatura de farmacia pretende dotar al futuro farmacéutico de los conocimientos y capacidades necesarios para desempeñar las funciones propias de la actividad, incluye periodos de prácticas que inciden en el conocimiento científico y técnico sobre los medicamentos y su uso en diversos entornos: oficina de farmacia, hospital, atención primaria,… Los farmacéuticos italianos están obligados a superar un Examen de Estado, establecido en el artículo 33 de la Constitución, que habilita profesionalmente para poder ejercer y han de inscribirse en el *"Albo Professionale"* de su región (organismos equivalentes a los Colegios Provinciales de Farmacéuticos españoles). Para mejorar las habilidades, los farmacéuticos italianos pueden participan en programas de formación de postgrado que permiten la profundización y adaptación a las diferentes áreas de conocimiento y que presentan un impacto directo en las áreas sanitarias vinculadas a la farmacia o al propio medicamento en sí. Existe la posibilidad de acceder a programas de formación continua específicos para farmacéuticos que son de carácter obligatorio.

Los farmacéuticos italianos se rigen por un Código de Ética propio, que enmarca ética y disciplinariamente sus actividades profesionales, en virtud de lo establecido por la *Federazione Ordini Farmacisti Italiani*[277] (FOFI) (organización farmacéutica colegial italiana). En los últimos años ha surgido una creciente preocupación dentro de la farmacia italiana por enmarcar los

[275] FERDERFARMA (2005) Indagine 2005: gli italiani e la farmacia. Disponible en: http://www.federfarma.it/Farmaci-e-farmacie/Farmacie-e-farmacisti-in-Italia/Indagine-2005--gli-italiani-e-la-farmacia/Sintesi-della-ricerca.aspx, 3-04-2011.
[276] FEDERFARMA (2006) Farmacia: cosa ne pensano gli italiani (2006). Disponible en: http://www.federfarma.it/Farmaci-e-farmacie/Farmacie-e-farmacisti-in-Italia/Farmacia--cosa-ne pensano-gli-italiani-(2006).aspx, 3-04-2011.
[277] http://www.fofi.it, 1-04-2011.

conceptos de calidad[278], adaptarse a las normas ISO y por cumplir los principios de Responsabilidad Social Empresarial en la oficina de farmacia comunitaria.

La presencia del farmacéutico en la oficina de farmacia italiana es obligatoria. Actúa como garante en la dispensación del fármaco y es un valor añadido tanto en la dispensación de medicamentos que no precisan de receta médica como en la de complementos de la dieta y cosméticos. El farmacéutico italiano, en el desarrollo de su vertiente sanitaria, está interesado en crear conciencia sobre la importancia de adoptar estilos de vida saludables, sobre uso racional de medicamentos y sobre la creación de habilidades sociales que permitan crear un impacto positivo sobre la salud.

El análisis de las cifras de colegiación farmacéutica en Italia indica que hay más de 79.000 colegiados, de los cuales un 66% son mujeres. De esos 79.000 colegiados 62.354 trabajaban en oficina de farmacia en el año 2008.[279] En Italia cursan la carrera de farmacia más de 12.000 alumnos por año, repartidos entre las 29 universidades (públicas y privadas) que imparten las enseñanzas de farmacia. Se gradúan del orden de 3.000 alumnos.

Por todos es conocida la crisis mundial que está afectando gravemente a los países de la unión Europea, entre los cuales se encuentra Italia. Pero, ¿cómo afecta esta crisis mundial a la oficina de farmacia italiana? Las oficinas de farmacia italiana han sufrido un fuerte recorte en los márgenes debido a la acuciante crisis y a la necesidad de aplicación de medidas de contención del gasto. Un decreto ley aprobado en 2010 para reducir el gasto farmacéutico, como hicieron España y otros países de la Unión Europea, preveía, entre otras decisiones, rebajar un 12,5 % el precio de todos los fármacos sin patente, reducir el margen de la Distribución del 6,65 % al 3 por ciento y obligar a las oficinas de farmacia a realizar un descuento extra del 3,65 % en la factura de los medicamentos del sistema nacional de salud. Las intensas protestas realizadas por las oficinas de farmacia italianas han llevado al gobierno de Berlusconi a distribuir de manera equitativa el descuento a realizar entre la oficina de farmacia (1,82%) y la industria farmacéutica (1,83%). Este recorte, unido al alarmante número de prescripciones de medicamentos genéricos, a la salida de los medicamentos sin receta del canal farmacia, al

[278] FERDERFARMA (1994) La Carta della Qualità della Farmacia. Disponible en: http://www.federfarmavicenza.it/index.php?option=com_content&task=view&id=2&Itemid=28, 1-04-2011.

[279] http://www.federfarma.it/Farmaci-e-farmacie/Notizie-e-dati-dall-Europa/Numero-di-farmacisti.aspx, 3-04-2011.

aplazamiento de pagos de la factura farmacéutica y a los ajustes presupuestarios en Sanidad; hacen que la farmacia italiana se plantee su viabilidad como tal.

La oficina de farmacia italiana encara un futuro incierto queriendo ser "la casa de la Salud"[280] de los italianos, para ello propone al farmacéutico como profesional del medicamento que cumple con los criterios de rigor, calidad y eficiencia necesarios para ayudar al paciente en la consecución de los objetivos de salud. La farmacia italiana lucha por convertirse en un sector moderno y abierto al cambio para poder cubrir los servicios demandados por la población a nivel de salud, pero la complejidad del propio sistema (farmacias de propiedad privada, de propiedad pública, cadenas propietarias de farmacia y venta de medicamentos fuera del canal farmacia) hacen que el dinamismo y la ilusión manifestada por otros países con "Modelo Mediterráneo de Farmacia" en Italia esté ralentizado y se expresa con carácter local o regional. Para paliarlo, distintas asociaciones y la FOFI plantearon el llamado "*Progetto di adeguamento della farmacia*"[281] con el objetivo de adecuar las oficinas de farmacias italianas a los estándares de calidad más exigente y en concreto a las necesidades de los pacientes para aportar como valor añadido en la dispensación la calidad de la misma, aunque su calado no ha sido muy profundo entre los farmacéuticos italianos.

V.3.1.1.2. PORTUGAL

Según el Instituto Nacional de Estadística Portugués [282] la población empadronada en Portugal en el año 2009 superó los 10,6 millones de personas, de los cuales 10,14 millones residen en el continente. Atendiendo a la Encuesta de Población Activa Portuguesa[283], el segundo semestre de 2010, **el número de ocupados fue de 5,56 millones mientras que el número de parados fue de 619.000**. La tasa de actividad rondó el 52,45%.

Portugal cuenta con una amplia red farmacéutica que presta asistencia farmacéutica de calidad a la población y a un bajo costo. Las farmacias portuguesas son unidades, encuadradas dentro del Sistema Nacional de Prestación de Cuidados para la Salud, bajo la dirección técnica permanente de un farmacéutico.

[280] http://www.federfarma.it/Farmaci-e-farmacie/Farmacie-e-farmacisti-in-Italia/Farmacia,-la-casa-della-salute-La-campagna-Federfa/La-Campagna-Federfarma.aspx#annunci, 3-04-2011.
[281] FEDERRFARMA (2006) Progetto di adeguamento della farmacia. Disponible en: http://www.federfarma.it/Documenti/farmaci/progetto.aspx, 3-04-2011.
[282] http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0000611&contexto=pi&selTab=tab0, 1-04-2011.
[283] http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_princindic, 1-04-2011.

En el año 2009 Portugal contaba con una red de 2.914 farmacias entre las que se incluyen los botiquines (221). El número medio de farmacias por cada 1.000 habitantes en Portugal en el año 2010 era de 0,3. Las farmacias portuguesas responden a las necesidades de los pacientes, las 24 horas del día, los 365 días del año, invirtiendo de forma activa en la mejora de la calidad de sus servicios y en la modernización de sus infraestructuras.

En julio de 2007 el Gobierno portugués aprobó un decreto ley por el que se modifica el modelo de farmacia existente. Esta disposición supuso la eliminación de la propiedad exclusiva de las farmacias para los farmacéuticos. A partir de ahora, cualquier persona podrá ser propietario de una oficina de farmacia, con excepción de médicos, empresas farmacéuticas y distribución farmacéutica. La dirección técnica de la farmacia continuará estando a cargo de un farmacéutico. Además se podrá acumular la propiedad de cuatro farmacias como máximo.

En relación con la planificación, se permite el libre establecimiento de farmacias, aunque está previsto que una futura norma regule los criterios demográficos y geográficos que deberán aplicarse. En el acuerdo firmado en mayo de 2006, entre el Gobierno de Portugal y la Asociación Nacional de Farmacéuticos, se fijó la distancia mínima entre dos farmacias en 350 metros y el mínimo de habitantes en 3.500. Sin embargo, estos criterios pueden variar en normas futuras. A día de hoy, la instalación de las mismas está condicionada por criterios demográficos y geográficos. Este hecho favorece una distribución homogénea de las oficinas de farmacia por todo el territorio portugués y se cimenta en un estudio realizado en el año 2006 por el Instituto Austriaco de Salud, el cual reconoce la necesidad de un modelo europeo de farmacia regulado para garantizar el acceso equitativo, por parte de la población, al medicamento y posibilitar la sostenibilidad de unos servicios farmacéuticos de calidad y eficaces.

El asesoramiento sobre el uso racional de los medicamentos y el seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes, entre otros, son responsabilidades asumidas por los farmacéuticos como profesionales del Sistema de Salud portugués. Un estudio cualitativo sobre la responsabilidad social en el sector de farmacia, llevada a cabo por investigadores del *Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa en 2007*, llegó a la conclusión de que la actividad profesional de las farmacias portuguesas estaba orientada hacia la "promoción de la salud más que a la simple dispensación de medicamentos", constituyendo este hecho un paradigma dentro del contexto europeo de farmacia.

En Portugal, para ser director técnico de una oficina de farmacia, o ser farmacéutico de una de ellas, ha de cursarse la Licenciatura universitaria de Farmacia, de cinco años de duración, incluida en el Espacio Europeo de Educación y que puede ser completada con títulos Máster y doctorado. La licenciatura de farmacia incluye periodos de prácticas que inciden en el conocimiento científico y técnico sobre los medicamentos y su uso en diversos entornos: oficina de farmacia, hospital, atención primaria,… Para mejorar las habilidades, los farmacéuticos portugueses pueden participan en programas de formación de postgrado, que permiten la profundización y adaptación a las diferentes áreas de conocimiento que presentan un impacto directo en las áreas sanitarias vinculadas a la farmacia o al propio medicamento en sí. Existe la posibilidad de acceder a programas de formación continua específicos para farmacéuticos.

Los farmacéuticos portugueses se rigen por un Código de Ética propio, que enmarca, ética y disciplinariamente, sus actividades profesionales, en virtud de lo establecido por *la Ordem dos Farmacêuticos*[284] (organización farmacéutica colegial portuguesa) y en los últimos años ha surgido una creciente preocupación dentro de la farmacia portuguesa por cumplir los principios de Responsabilidad Social Empresarial en la oficina de farmacia comunitaria.

La presencia del farmacéutico en la oficina de farmacia es obligatoria, hecho que proporciona seguridad y calidad a la dispensación del medicamento pues como experto en él puede resolver cualquier duda que se plantee al respecto de una dispensación, asesorando sobre interacciones medicamentosas, contraindicaciones y reacciones adversas de medicamentos, al igual que ofrece su consejo sobre medicamentos para el autocuidado de la salud. El farmacéutico realiza una labor de concienciación siendo su papel más notorio el relacionado con la adherencia del paciente al tratamiento y la prevención de reacciones adversas derivadas de la polifarmacia.

Al farmacéutico portugués se le dota de capacidad a lo largo de su formación académica para crear conciencia sobre la importancia de adoptar estilos de vida saludables, sobre uso racional de medicamentos y sobre la creación de habilidades sociales que permitan crear un impacto positivo sobre la salud, siendo éstos una meta importante de las estrategias políticas sanitarias portuguesas. Las oficinas de farmacia están capacitadas para emitir alertas a los sistemas de farmacovigilancia.

[284] http://www.ordemfarmaceuticos.pt/scid/ofWebInst_09/, 1-04-2011.

Las cifras de colegiación portuguesa indican que los licenciados en farmacia colegiados en Portugal han aumentado de manera progresiva en los últimos veinte años, son mujeres, mayoritariamente jóvenes, menores de 35 años y asentadas mayor número en la Región de Lisboa. Hay más de 6.000 farmacéuticos colegiados trabajando en las oficinas de farmacia portuguesas.



Gráfico 29. Distribución etaria del número de colegiados en Portugal. Fuente: Ordem dos Farmacêuticos, http://www.ordemfarmaceuticos.pt, 1-04-2011.



Gráfico 30. Distribución por sexo del número de colegiados en Portugal. Fuente: Ordem dos Farmacêuticos, http://www.ordemfarmaceuticos.pt, 1-04-2011.

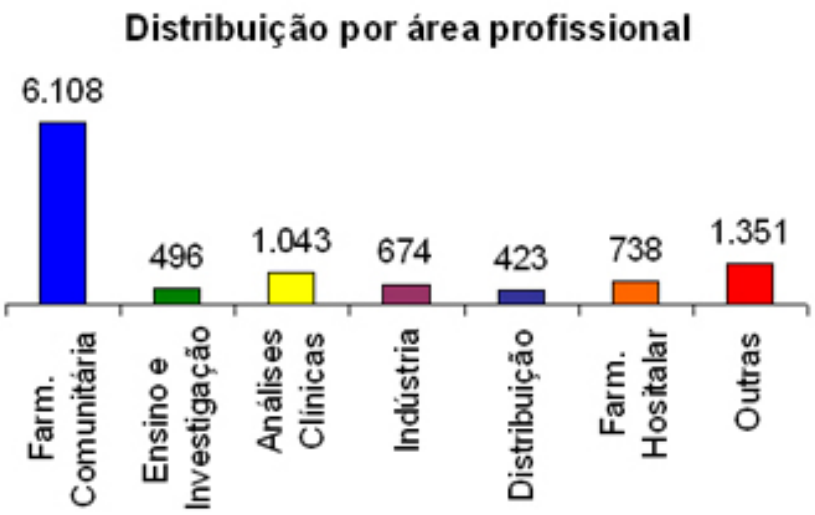


Gráfico 31. Distribución por ejercicio profesional del número de colegiados en Portugal. Fuente: Ordem dos Farmacêuticos, http://www.ordemfarmaceuticos.pt, 1-04-2011.

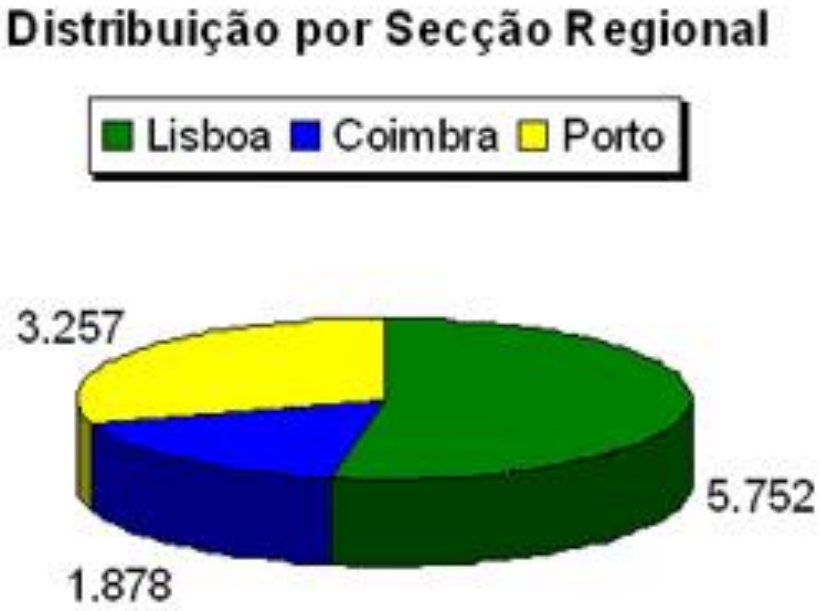


Gráfico 32. Distribución por localización geográfica de ejercicio del número de colegiados en Portugal. Fuente: Ordem dos Farmacêuticos, http://www.ordemfarmaceuticos.pt, 1-04-2011.



Gráfico 33. Evolución del número de colegiados en Portugal (Años 1993-2007) Fuente: Ordem dos Farmacêuticos, http://www.ordemfarmaceuticos.pt, 1-04-2011.

Hecho relevante, a nivel sanitario, es la crisis mundial que está afectando gravemente a la estabilidad económica de Portugal. En el mes de marzo de 2011 el Fondo Monetario Europeo incluso plantea un rescate para el país. ¿Cómo afecta esta crisis mundial a la oficina de farmacia portuguesa?

Las oficinas de farmacia portuguesas, debido a la acuciante crisis y a la necesidad de aplicación de medidas de contención del gasto, han visto crecer de manera alarmante el porcentaje de prescripción de medicamentos genéricos, la reducción del número de prescripciones, el aplazamiento de pagos de la factura farmacéutica amén de recortes presupuestarios en las partidas destinadas a sanidad. La oficina de farmacia encara un futuro incierto pero con criterios de rigor, calidad y eficiencia como referentes, pues se ha consolidado como un sector moderno y abierto al cambio para poder cubrir los servicios sanitarios demandados por la población portuguesa para el cuidado de la salud. Según la *Asociaçao Nacional das Farmácias*, las farmacias en Portugal tienen un promedio de venta de 1,3 millones de euros al año[285], un margen de beneficio bruto sobre ventas del 10-11% del cual casi el 40% se destina al pago de los gastos, entre los que se incluye los de personal y un 13% para pagar impuestos. El margen neto de beneficios de la oficina de farmacia portuguesa, al igual que la española, es reducido

[285] http://www.anf.pt/, 1-04-2011.

TERCERA PARTE:

INCIDENCIA SOCIAL EN ESPAÑA

VI. INCIDENCIA SOCIAL DE LA CONTRATACIÓN LABORAL EN LA OFICINA DE FARMACIA

VI.1. PANORAMA LABORAL ESPAÑOL

La crisis mundial ha afectado de forma significativa al panorama laboral español bañándolo de paro y precariedad. España, país soberano y miembro de la Unión Europea, gobernado por una monarquía parlamentaria afronta en estos días retos que pasan por una reforma laboral controvertida que se ha materializado en el Real Decreto-Ley 10/2010, de 16 de junio, de medidas urgentes para la reforma del mercado de trabajo[286] y la Ley 35/2010, de 17 de septiembre, de medidas urgentes para la reforma del mercado laboral[287].

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE)[288] la población empadronada en España en el año 2010 supera los 46,9 millones de personas, de los cuales 5,7 millones son extranjeros. Atendiendo a la Encuesta de Población Activa (EPA)[289] del segundo semestre de 2010, **el número de ocupados es de 18.476.900 mientras que el número de parados es de 4.645.500**. La tasa de actividad es del 60,11% y la tasa de paro registrada es del 20,09%.

ULTIMO DATO	Nº OCUPADOS	Nº PARADOS	TASA DE ACTIVIDAD (%)	TASA DE PARO (%)
EPA (2º Trimestre 2010)	18.476.900	4.645.500	60,11%	20,09%

Tabla 46. Resumen de datos Encuesta de Población Activa. Segundo trimestre 2010. Elaboración propia. Fuente: EPA-INE (289).

[286] Real Decreto-Ley 10/2010, de 16 de junio, de medidas urgentes para la reforma del mercado de trabajo BOE nº 147, 17-06-2010, p.51662-51699.
[287] Ley 35/2010, de 17 de septiembre, de medidas urgentes para la reforma del mercado laboral. BOE nº 227, 18-09-2010, p.79278-79326.
[288] www.ine.es; 19-10-2010.
[289] INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (2010) Encuesta de Población Activa (Segundo Trimestre 2010). Disponible en: http://www.ine.es/prensa/epa_prensa.htm; 19-10-2010.

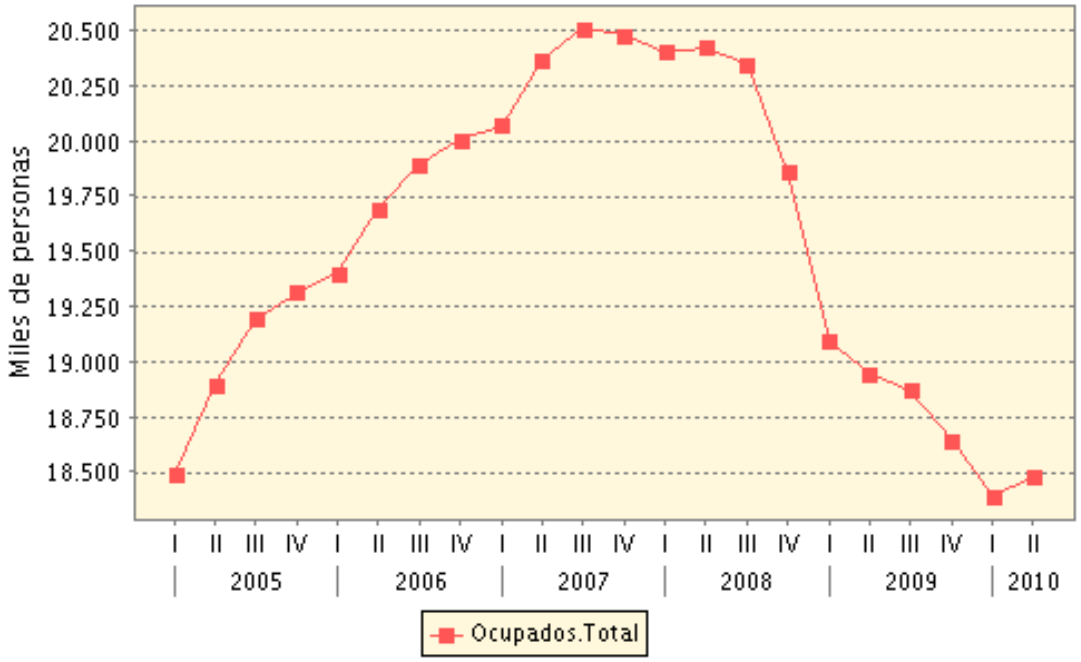


Gráfico 34. Encuesta de población activa 2005-2010. Total Ocupados. Fuente: EPA-INE (289).

En el gráfico 34 se observa la disminución del número total de ocupados. Este descenso comienza en el tercer trimestre de 2008 y se mantiene hasta el año 2010.

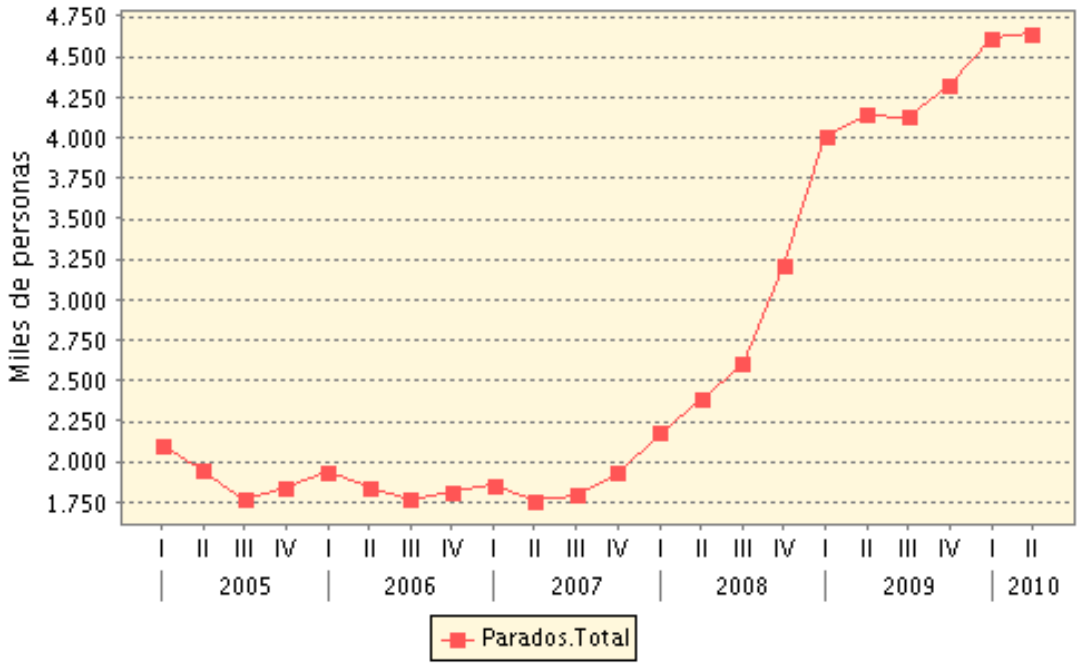


Gráfico 35. Encuesta de población activa 2005-2010. Total Parados. Fuente: EPA-INE (289).

El número de parados totales sufre un incremento alarmante desde el tercer trimestre de 2007, haciéndose más patente a lo largo de 2008 y 2009 (Ver gráfico 35).

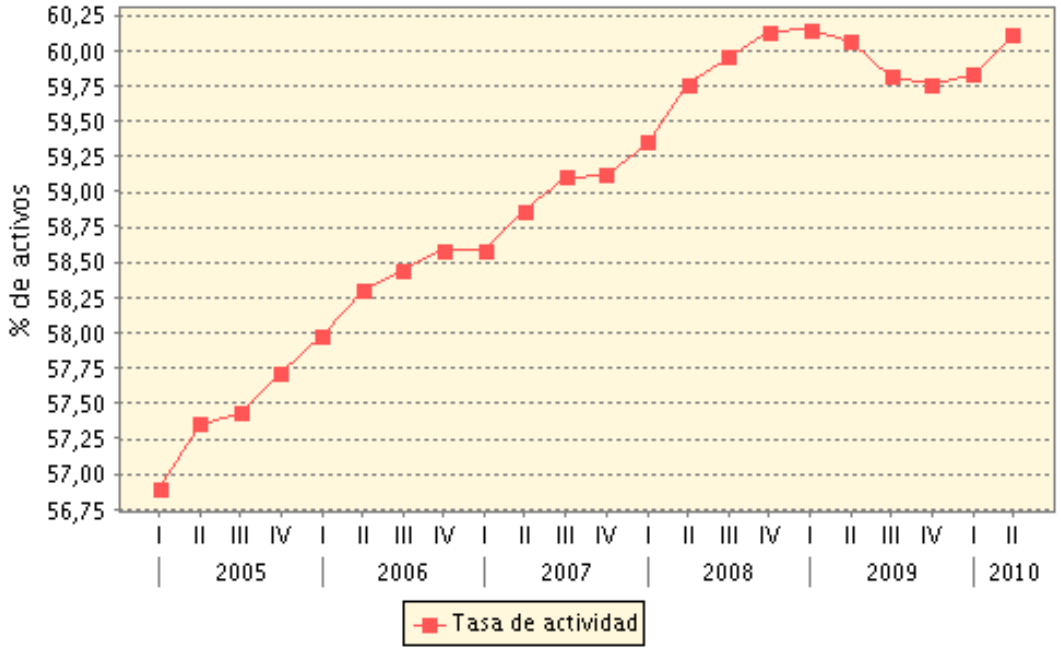


Gráfico 36. Encuesta de población activa 2005-2010. Tasa de actividad: porcentaje de activos. Fuente: EPA-INE (289).

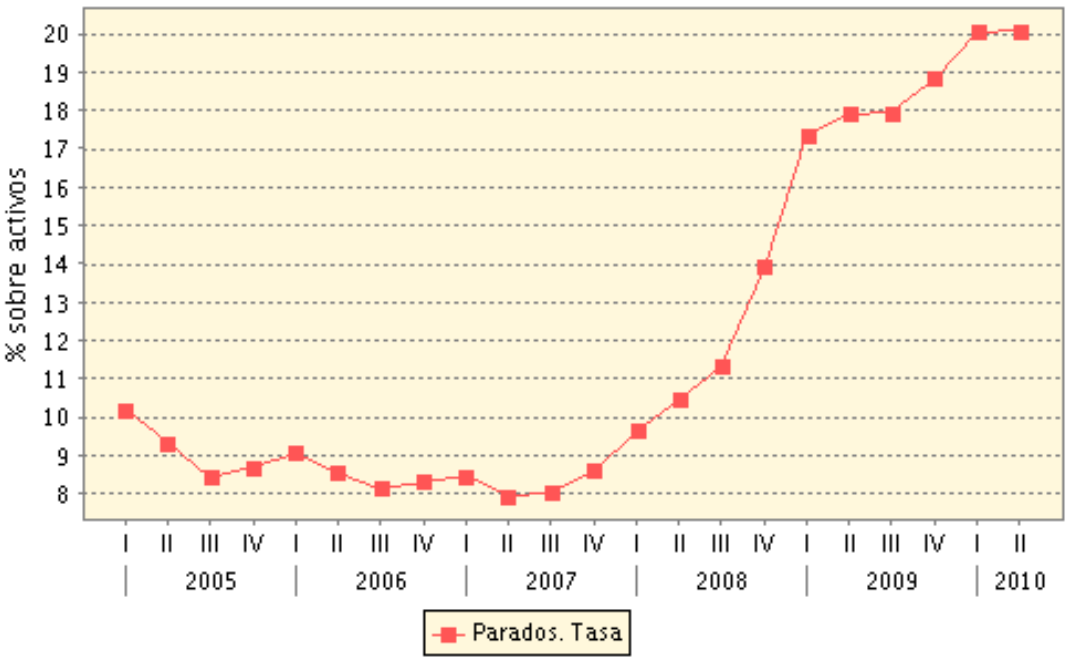


Gráfico 37. Encuesta de población activa 2005-2010. Tasa de actividad: porcentaje de parados. Fuente: EPA-INE (289).

El concepto "ocupación" puede provenir de dos tipos de empleo que hagan a la persona:

- Empleado por cuenta propia o "autónomo".
- Empleado por cuenta ajena o "asalariado" o "empleado".

Actualmente la forma dominante de ocupación es el trabajo asalariado, que consiste en un trabajo en relación de dependencia o trabajo por cuenta ajena. El trabajador o "empleado" es reconocido en su condición de persona al igual que aquel que va a utilizar su trabajo ("empleador"). La relación existente entre ellos es contractual, es decir, existe un contrato de trabajo en el que se establecen el precio y las condiciones en que será prestado el trabajo. El precio del trabajo se denomina "salario" o "remuneración". El ámbito en el que se ofrece, se demanda o se concretan los contratos de trabajo se llama Mercado de Trabajo. El empleador contrata a uno o más trabajadores para utilizar su trabajo en una actividad productiva organizada, generalmente con la intención de obtener una ganancia. La organización de los recursos humanos (trabajo) y materiales (capital) con un fin de producir un valor agregado se denomina "empresa".

Según la *Síntesis de Indicadores Laborales de la Encuesta de Coyuntura Laboral*, elaborada por el Ministerio de Trabajo e Inmigración[290] a finales de junio de 2010, el total de puestos de trabajo ocupados por asalariados no agrarios fue de 12 millones.

Atendiendo al tipo de contrato se observa que (Ver gráfico 38):

- Un **73,6%** eran contratos indefinidos.
- Un **26,4%** eran contratos temporales.

[290]MINISTERIO DE TRABAJO E INMIGRACIÓN (2010) Síntesis de Indicadores Laborales de la Encuesta de Coyuntura Laboral, junio 2010. Disponible en: http://www.mtin.es/estadisticas/ecl/welcome.htm, 19-10-2010.

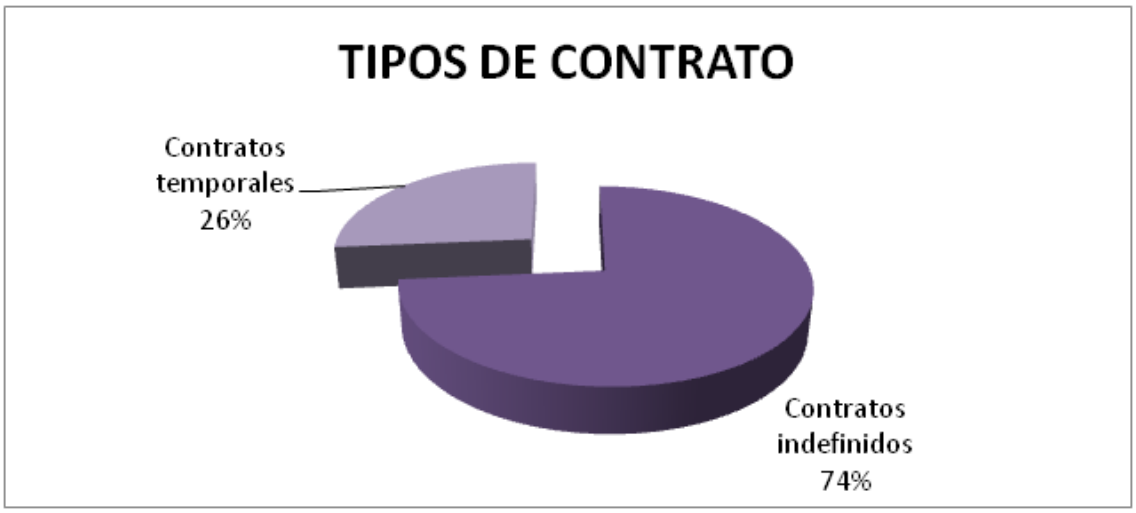


Gráfico 38. Tipos de contrato laboral en España atendiendo a su duración, 2º trimestre 2010. Elaboración propia. Fuente: MTIN, Síntesis de Indicadores Laborales de la Encuesta de Coyuntura Laboral, junio 2010 (290).

Atendiendo al tipo de jornada se aprecia que (Ver gráfico 39):

- El **80,6%** realizaron jornada a tiempo completo.
- El **19,4%** realizaron jornadas a tiempo parcial.



Gráfico 39. Tipos de contrato laboral en España atendiendo al tipo de jornada, 2º trimestre 2010. Elaboración propia. Fuente: MTIN, Síntesis de Indicadores Laborales de la Encuesta de Coyuntura Laboral, junio 2010 (290).

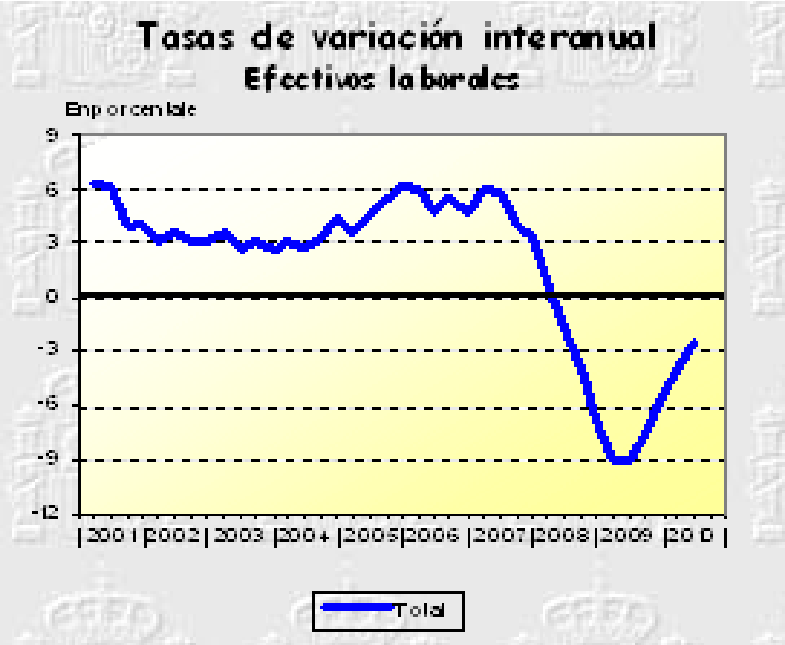


Gráfico 40. Tasa de variación interanual de efectivos laborales en porcentaje, 2º trimestre 2010. Fuente: MTIN, Síntesis de Indicadores Laborales de la Encuesta de Coyuntura Labora, junio 2010 (290).

En términos interanuales se produjo una disminución de los efectivos de un -2,5%, es decir, 309.900 puestos de trabajo menos pero, sin embargo, si se comparan los datos de manera inter-trimestral, los efectivos aumentaron un 0,9%, o lo que es lo mismo, se generaron 108.500 puestos de trabajo más.

Las variaciones acontecidas en el panorama laboral español afectaron de manera distinta según sexo, tipo de contrato y tipo de jornada. Respecto al mismo trimestre del año anterior:

- el empleo femenino disminuyó en un 1,3% y el masculino en un 3,5%,
- el empleo indefinido disminuyó un 2,1% y el temporal 3,8%,
- el empleo a tiempo completo disminuyó en un 4,1% frente al empleo a tiempo parcial que creció en un 4,8%.

Respecto al primer trimestre de 2010:

- el empleo femenino disminuyó en un 0,9% y el masculino aumentó un 2,5%,
- el empleo indefinido disminuyó un 0,7% y el temporal aumentó un 5,6%,
- el empleo a tiempo completo aumentó en un 2% frente al empleo a tiempo parcial que disminuyó en un 3,3%.

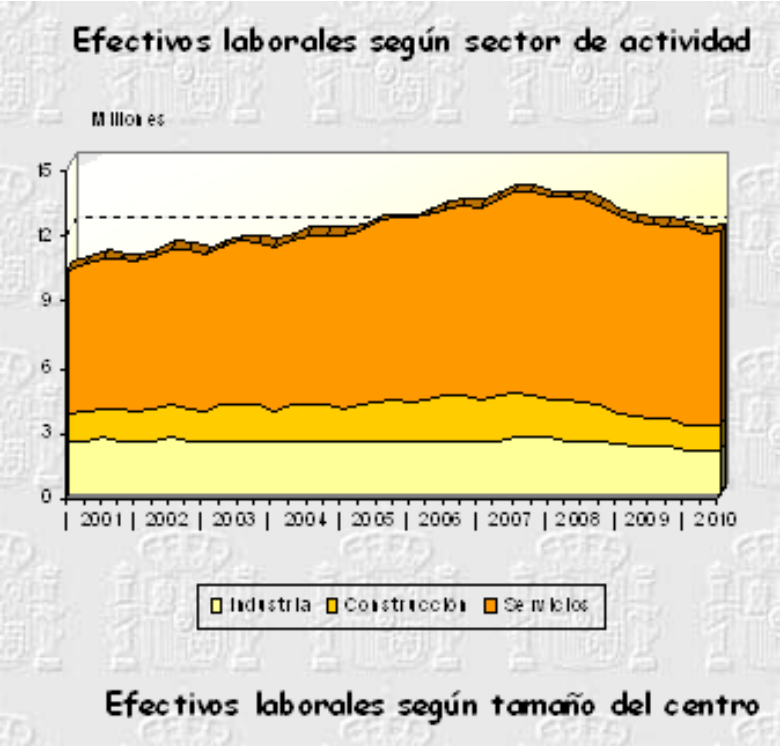


Gráfico 41. Efectivos laborales según sector de actividad, 2º trimestre 2010. Fuente: MTIN, Síntesis de Indicadores Laborales de la Encuesta de Coyuntura Labora, junio 2010 (290).

Según el tamaño de actividad económica y ubicación del centro de trabajo las variaciones del empleo respecto el segundo semestre del 2009 fueron las siguientes:

- En el sector de la construcción el empleo disminuyó un 14%.
- En los centros de 11 a 50 trabajadores los efectivos se redujeron un 5,9% y en los de 1 a 10 un 2,2%.
- En las Comunidades Autónomas de Canarias, Castilla-La Mancha, Valencia y Murcia se produjeron disminuciones superiores al 3%.

Con respecto al primer trimestre del 2010:

- En todos los sectores aumentó el empleo, dándose el mayor incremento en la construcción con un 2,8%.
- Los centros de 1 a 10 trabajadores aumentaron un 2,7%, y los de más de 250 trabajadores disminuyeron un 0,5%.
- Aumentaron los efectivos en todas las comunidades excepto en Canarias, Madrid y Comunidad Valenciana. Baleares acumuló el mayor aumento, de un 23%.

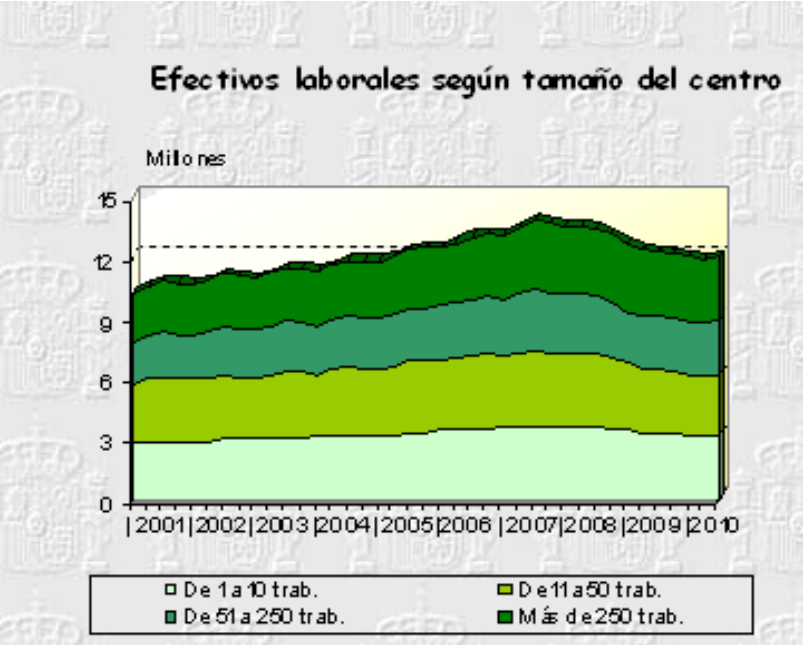


Gráfico 42. Efectivos laborales según tamaño del centro, 2º trimestre 2010. Fuente: MTIN, Síntesis de Indicadores Laborales de la Encuesta de Coyuntura Labora, junio 2010 (290).

La jornada media efectiva en el segundo trimestre de 2010 se sitúa en 414,2 horas. La jornada media realizada por los trabajadores a tiempo completo en el segundo trimestre fue de 449,6 horas y la jornada a tiempo parcial se sitúa en 267 horas, lo que supone un 59,4% de la realizada por los trabajadores a tiempo completo.

Del análisis del panorama laboral español se puede concluir que la crisis financiera y económica de origen internacional que se ha desarrollado desde principios de 2008 ha quebrado la línea de crecimiento económico y del empleo en que estaba sumida la economía española desde mediados de los años noventa. Este hecho ha tenido como consecuencia una intensa destrucción del empleo y, por tanto, un aumento proporcional del desempleo. Las cifras a este respecto son esclarecedoras, una tasa de paro en torno al 20% y la pérdida de más de dos millones de empleos.

En este contexto económico y laboral se encuentra la oficina de farmacia como foco generador de empleo, pero aunque el gobierno central aboga por recuperar la senda de la creación de empleo y reducir el desempleo atendiendo a la exigencia unánime del conjunto de la sociedad, los Reales Decretos 4/2010 (21) y 8/2010 (22) han puesto a la oficina de farmacia en una situación comprometida que puede llegar a solventarse con la ralentización de las contrataciones e incluso con la destrucción de empleos.

VI.2. LA FARMACIA ESPAÑOLA EN CIFRAS

La cuantificación en cifras del entorno laboral de la farmacia española implica atender a tres aspectos diferenciados de la profesión farmacéutica:

- **El profesional farmacéutico español.**
- **La oficina de farmacia en España.**
- **El panorama laboral de la oficina de farmacia española.**

Las implicaciones sociales de la contratación laboral en la oficina de farmacia van a estar condicionadas por una parte por el panorama laboral español y por otra parte por las características del profesional farmacéutico, las características del foco generador de empleo en que se constituye la oficina de farmacia y por las particularidades del panorama laboral de la oficina de farmacia que, en ocasiones, son diametralmente opuestas a las del panorama laboral español.

La base de la cuantificación en cifras del entorno laboral de la farmacia española radica en la obligatoriedad de la colegiación que permite analizar la profesión en profundidad. El hecho de ser una profesión colegiada imprime a la farmacia una serie de características socio-laborales peculiares. Según los resultados del Estudio titulado "Impacto en la economía española de las profesiones colegiadas: un estudio sobre la producción y el empleo"[291] realizado en el año 2006 por la Unión Profesional en colaboración con el Instituto de Estudios Económicos, el sector de las profesiones colegiadas genera en España más de 53.000 millones de euros anuales[292], lo que significa el 8,8 por ciento del Producto Interior Bruto (PIB) y casi un 10 por ciento del Valor Añadido Bruto (VAB). La aportación al empleo se situaría en el 8,8 por ciento. Dentro de las profesiones colegiadas, los farmacéuticos son los profesionales que tienen una mayor propensión a emplear personal, junto con los médicos y odontólogos, abogados y fiscales y otros profesionales del derecho, cuyo número total de empleados por profesión oscila entre los 10.000 y los 15.000. De esta forma, el 20 por ciento de los profesionales que emplean personal son del grupo médicos y odontólogos, el 17 por ciento de abogados y fiscales, el 16,5 por ciento son farmacéuticos y el 14 por ciento otros profesionales del derecho. Así, estas cuatro actividades concentran en torno al 68 por ciento de profesionales

[291] MAÑAS E., PEINADO M.L Y LORENTE R. (2006) Impacto en la economía española de las profesiones colegiadas: un estudio sobre la producción y el empleo. Madrid, Instituto de estudios económicos.
[292] ABC, 12-11-2007, p.28.

colegiados. Si comparamos las *ratios* de concentración de los empresarios que emplean personal con las medias del conjunto de profesionales, ya no resulta tan destacable el caso de los médicos y odontólogos (cuya concentración es poco mayor que la media), y resaltan sobre todo los casos de los farmacéuticos (que multiplican por más de 4 la concentración media del conjunto de farmacéuticos) y de los dos grupos de profesionales del derecho (que también superan con creces las cifras medias de su colectivo). Los colegiados son mayoritariamente licenciados (53,3%) y de una edad comprendida entre los 31 y los 50 años. En las profesiones colegiadas existe una distribución por sexo del 45% de mujeres frente al 55% de hombres siendo estos porcentajes paritarios en los profesionales del derecho y eminentemente femeninos en las profesiones sanitarias.

El propio Parlamento Europeo ha considerado a las profesiones liberales colegiadas como aliadas en el reto de la Estrategia de Lisboa[293,294] (convertir a la economía europea en la más competitiva basada en el conocimiento en 2010). De ahí los retos de los colegios profesionales del siglo XXI: la formación continuada por la excelencia y la garantía de calidad del servicio.

VI.2.1. ANÁLISIS DEL PROFESIONAL FARMACÉUTICO ESPAÑOL

La Ley 44/2003, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (19) define al farmacéutico como al Licenciado en Farmacia que desempeñará "las actividades dirigidas a la producción, conservación y dispensación de los medicamentos, así como la colaboración en los procesos analíticos, farmacoterapéuticos y de vigilancia de la salud pública". Por tanto, el objetivo de las enseñanzas de la Licenciatura de Farmacia[295] es la formación de profesionales expertos en el medicamento y en su impacto en la salud, según se contempla en la Directiva Europea 85/432[296] por la que se regulan sus enseñanzas, y en la propuesta de Directiva del Parlamento Europeo y del Consejo relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales, presentada

[293] http://ec.europa.eu/archives/growthandjobs_2009/, 26-01-2010. La Estrategia de Lisboa, también conocida como Agenda de Lisboa o Proceso de Lisboa es un plan de desarrollo de la Unión Europea. Fue aprobado por el Consejo Europeo en Lisboa el 23 y 24 de marzo de 2000 y ha sido revisado en varias ocasiones, la última en Marzo de 2010, donde se establecieron las propuestas de la Comisión Europea para una nueva estrategia económica en Europa (Europa 2020).

[294] http://www.consilium.europa.eu/ueDocs/cms_Data/docs/pressData/es/ec/00100-r1.es0.htm, 26-01-2010.

[295] Real Decreto 1464/1990, de 26 de octubre, por el que se establece el título universitario oficial de Licenciado en Farmacia y las directrices generales propias de los planes de estudios conducentes a la obtención de aquél. B.O.E. nº278, de 20 de noviembre de 1990, p.34407-34409.

[296] Directiva 85/432/CEE de 16 de septiembre de 1985, relativa a la coordinación de las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas para ciertas actividades farmacéuticas. DOUE-L nº 253/34, 24-09-1985.

por la Comisión, Titulo III, Capítulo III, Sección 7, y Anexo 5.6, Bruselas 07.03.2002 COM (2002) final, cuya parte correspondiente a la Licenciatura de Farmacia se anexa al final del apartado nº 1. La formación de los estudiantes se orienta a la capacitación de especialistas con conocimiento y habilidades en el tratamiento científico, sanitario y ético del medicamento. Actualmente, la licenciatura de farmacia está en proceso de adaptación al Espacio Europeo de Educación Superior, también llamado Plan Bolonia.[297][298]

Además, la formación de Licenciado en Farmacia capacita para desempeñar la profesión en oficinas de farmacia. Según el Libro Blanco del Título de Grado en Farmacia[299], el farmacéutico es "experto en el medicamento y en lo que concierne a la salud humana en los ámbitos químico y biológico, de tal manera que en España, los farmacéuticos han sido viveros de científicos tales como botánicos, químicos, bioquímicos, analistas, bromatólogos, edafólogos, parasitólogos, microbiólogos, etc., pues sus disciplinas se han introducido en nuestro país, en buena medida, desde las aulas de las Facultades de Farmacia."

La Organización Mundial de la Salud en su búsqueda de la excelencia de las profesiones sanitarias ha identificado siete papeles[300] a desempeñar por "**el farmacéutico de las siete estrellas**", que deben considerarse como las cualidades/capacidades mínimas y esenciales del farmacéutico en los sistemas sanitarios a nivel mundial: *prestador de servicios farmacéuticos, responsable de toma de decisiones, comunicador, líder, gestor, estudiante perpetuo, y educador*. A estas siete, la Federación Internacional de Farmacia (IPF) y la Asociación Europea de Facultades de Farmacia (EAFP) han agregado la del *profesional científico*. El Licenciado en Farmacia debe poseer además un sentimiento de solidaridad y un deseo de cooperar con otros

[297] Orden ECI/924/2005, de 21 de marzo, por la que se establecen las bases reguladoras y se convocan ayudas para la financiación de propuestas orientadas a diseñar la adecuación de las instituciones universitarias dentro del marco del Proceso de Bolonia e impulsar acciones para promover la construcción del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) y la adaptación progresiva de nuestro sistema de educación superior al mismo.BOE nº 87, 12-04-2005, p.12581-12597.

[298] Resolución de 14 de febrero de 2008, de la Secretaría de Estado de Universidades e Investigación, por la que se da publicidad al Acuerdo de Consejo de Ministros de 8 de febrero de 2008, por el que se establecen las condiciones a las que deberán adecuarse los planes de estudios conducentes a la obtención de títulos que habiliten para el ejercicio de la profesión regulada de Farmacéutico. BOE nº 50, 27-02-2008, p.11606-11607.

[299] AGENCIA NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD Y ACREDITACIÓN (2005) Libro blanco del Título de Grado en Farmacia. Madrid, ANECA. Disponible en: www.aneca.es/media/150368/libroblanco_farmacia_def.pdf, 23-10-2010.

[300] FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE FARMACIA (2000) Declaración de principios de buenas prácticas de educación farmacéutica. http://www.fip.org/www/uploads/database_file.php?id=191&table_id, 21-10-2010.

colegas y profesionales de la salud, así como una identidad profesional y una personalidad íntegra con altos principios éticos que deben reinar también en su faceta de empleador.

Los estudios de Farmacia son demandados pues se cubren las plazas ofertadas y además se satisface por completo su demanda en primera opción. Es impartida por las Universidades de Alcalá[301], Alfonso X el Sabio[302] en Madrid, Barcelona[303], Cardenal Herrera (CEU)[304]en Valencia, Complutense de Madrid[305], Granada[306], La Laguna[307], Miguel Hernández[308] en Elche, Navarra[309]en Pamplona, País Vasco[310] en Vitoria, Salamanca[311], San Pablo (CEU)[312] en Madrid, Santiago de Compostela[313], Sevilla[314], Valencia[315] y las recién inauguradas universidades de Castilla-la Mancha en su campus de Albacete[316], la Universidad San Jorge de Zaragoza[317], Murcia[318] y Universidad Europea de Madrid[319]. Varias de estas universidades son de carácter privado, bien gestionadas por la Iglesia o bien gestionadas por patronatos, fundaciones, etc…
Según el *"Informe de Datos y Cifras del Sistema Universitario Español"*[320], presentado en enero de 2009 por el Secretario de Estado de Universidades Marius Rubirat, el 39% de los españoles entre 25 y 34 años tiene estudios superiores y proceden, de manera mayoritaria, de la universidad pública (89,2%) aunque, en el ámbito biosanitario en general y la titulación de farmacia en particular, presenta peculiaridades al respecto pues es donde mayor acogida tienen las universidades privadas alcanzando un 16,3% del total de los alumnos frente al 83,7% de las universidades públicas.

[301] http://www.uah.es/farmacia/, 22-10-2010.
[302] http://www.uax.es/uax/que-estudiar/licenciaturas-ingenierias/ccs0/far0, 23-10-2010.
[303] http://www.ub.edu/farmacia/es/, 23-10-2010.
[304] http://www.uch.ceu.es/principal/accesibilidad/titulaciones_accesible.asp?op=farmacia, 23-10-2010.
[305] http://www.ucm.es/info/farmacia/, 22-10-2010.
[306] http://farmacia.ugr.es/, 22-10-2010.
[307] http://www.ull.es/view/centros/farmacia/Inicio/es, 22-10-2010.
[308] http://www.umh.es/titulaciones/titulacion.asp?tit=12, 23-10-2010.
[309] http://www.unav.es/facultad/farmacia/, 22-10-2010.
[310] http://www.farmazia.ehu.es/p244-home/es/, 22-10-2010.
[311] http://campus.usal.es/~farmacia/, 22-10-2010.
[312] http://www.farmacia.uspceu.es/, 22-10-2010.
[313] http://www.usc.es/opencms/gl/centros/farmacia/index.html, 22-10-2010.
[314] http://www.farmacia.us.es/portal/index.htm, 22-10-2010.
[315] http://www.uv.es/farmacia, 22-10-2010.
[316] http://www.uclm.es/ab/farmacia/, 22-10-2010.
[317] http://www.usj.es/sitio/programas/grados/farmacia/, 23-10-2010.
[318] http://www.um.es/infosecundaria/grados/farmacia.php, 14-11-2010.
[319] http://www.uem.es/titulacion/grado-en-farmacia, 14-11-2010.
[320] CORREO FARMACÉUTICO. Semana del 12 al 18 de enero de 2009. Disponible en: http://www.correofarmaceutico.com/2009/01/12/gestion/las-privadas-captan-mas-alumnos-en-salud-que-en-otras-disciplinas, 7-11-2010.

Datos del INE revelan que en el curso 2008-2009 se matricularon en la licenciatura de farmacia en España un total de 19.051 alumnos, de los cuales 13.579 eran mujeres. El total de matriculaciones nuevas de primer año ascendió a 2.813 alumnos, de los cuales 1938 eran mujeres. La proporción por sexos de nuevos matriculados es aproximadamente de un varón por cada dos mujeres. De estos datos podría conjeturarse que la elección de la titulación de farmacia como primera opción es eminentemente femenina.

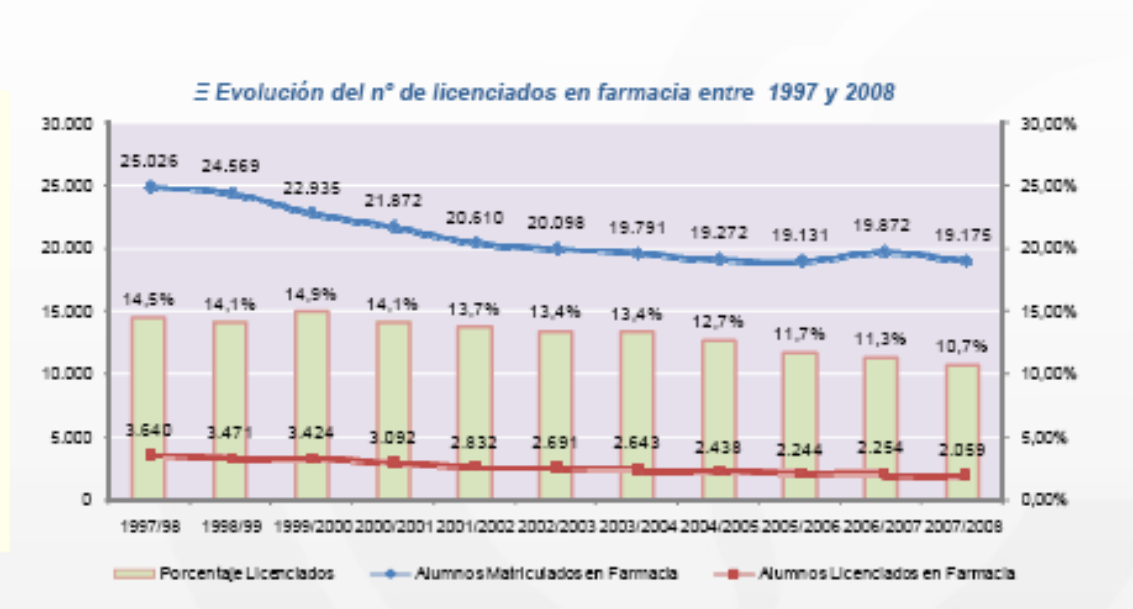


Gráfico 43. Evolución del número de licenciados en farmacia entre 1997 y 2008. Fuente: CGCOF, Estadísticas de Colegiados y Oficinas de Farmacia 2009 (325).

Tal y como se observa en el gráfico 43, el número de alumnos matriculados en farmacia ha sufrido un continuo descenso desde 1997 hasta 2008, al igual que el número de licenciados en farmacia, descenso justificable por una reducción gradual de la poblacional en edad universitaria que se vio frenado para el número de licenciados en el 2009 con un total de 2.247, 188 licenciados más que en 2008. De los 2.247 nuevos licenciados el 24,16% eran hombres y el 75,83% mujeres.

CURSO	ALUMNOS MATRICULADOS	% VAR. ANUAL	ALUMNOS QUE FINALIZARON SUS ESTUDIOS	% VAR. ANUAL
1997/1998	25026	-2,10%	3640	13,50%
1998/1999	24569	-1,80%	3471	-4,60%
1999/2000	22935	-6,70%	3424	-1,40%
2000/2001	21872	-4,60%	3092	-9,70%
2001/2002	20610	-5,80%	2832	-8,40%
2002/2003	20098	-2,50%	2691	-5,00%
2003/2004	19791	-1,50%	2643	-1,80%
2004/2005	19272	-2,60%	2438	-7,80%
2005/2006	19131	-0,70%	2244	-8,00%
2006/2007	19872	3,90%	2245	0,40%
2007/2008	19175	-3,50%	2059	-8,70%

Tabla 47. Evolución del número de matriculados y licenciados en farmacia entre 1997 y 2008. Elaboración propia. Fuente: CGCOF, Estadísticas de Colegiados y Oficinas de Farmacia 2009 (325).

Según Luis Recalde[321], presidente de la Conferencia de Decanos en el año 2010, hay que revisar la oferta de plazas para cursar los estudios de farmacia en aras de no colapsar el mercado, pues en España hay aproximadamente 20000 estudiantes de farmacia, cifra que representa el 20% de total de los estudiantes de farmacia de la Unión Europea. En opinión de Recalde, este dato es excesivamente alto y provoca que los recién licenciados desempeñen trabajos donde la formación universitaria no sería necesaria; de ahí que desde las Universidades se inste al Gobierno a que adecue la entrada a estos estudios en función de la demanda del mercado de trabajo. La adaptación de la licenciatura en farmacia a Bolonia (298) ha supuesto que el Grado en Farmacia (299) tenga un carácter generalista donde sea adquiera una base formativa para desempeñar labores profesionales tanto en oficina de farmacia como industria, hospitales o investigación. En sus declaraciones a Correo Farmacéutico advierte que en los últimos quince años las oficinas de farmacia españolas han contratado a un número muy elevado de farmacéuticos, pero teme que ese proceso esté a punto de finalizar.

Por ese motivo, y apostando por una formación más competitiva de los profesionales dedicados a la oficina de farmacia, se ha incluido dentro del Plan de Grado para Farmacia (299), por igual en los planes de estudio de las 18 facultades de Farmacia de España la asignatura de Atención Farmacéutica con carácter obligatorio además de un periodo de prácticas tuteladas (que ya existía en planes educativos anteriores) de seis meses donde el alumno conoce el funcionamiento real de la oficina de farmacia. En este sentido vienen

[321] CORREO FARMACÉUTICO. Semana del 24 al 30 de mayo de 2010. Disponible en: http://www.correofarmaceutico.com/opinion-participacion/encuentros-digitales/luis-recalde, 7-06-2010.

trabajado de manera más activa varias Universidades desde el año 2007. En concreto, la Universidad CEU Cardenal Herrera, de Valencia, ha implantado en la Facultad de Ciencias de la Salud un aula virtual que simula una oficina de farmacia. Esto constituye una innovación docente de cara al Espacio Europeo de Educación Superior, en ella, los alumnos de grado y post-grado practicarán competencias propias del farmacéutico. La formación se centra en aspectos fundamentales de la gestión diaria de una oficina de farmacia, pues, los alumnos aprenden a adquirir, clasificar, ordenar, dispensar medicamentos, así como reconocer e interpretar recetas y practicar acciones de Atención Farmacéutica como el seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes en función de la reglamentación farmacéutica vigente. Una experiencia previa a la realización de las prácticas tuteladas muy útil para el alumno, pues le acerca a la realidad profesional antes de enfrentarse directamente con el "mostrador" de la oficina de farmacia. La Facultad de Farmacia de la Universidad de Barcelona promueve el Patient Counselling Event (PCE)[322], se trata de una actividad orientada a reforzar las habilidades prácticas de atención farmacéutica y seguimiento al paciente. Esta actividad incluye juegos de improvisación, con los que se trabajan las habilidades comunicativas y de reacción, y juegos de puesta en escena, basados en recrear una posible situación de actuación con el paciente que implicase al farmacéutico en el abordaje de síntomas, indicación de tratamiento y asesoramiento en general. Esta iniciativa junto a la de la Universidad Cardenal Herrera de Valencia abordan de manera directa la formación en aptitudes y habilidades prácticas alcanzándose un doble objetivo: por un lado, aproximar a los estudiantes a una vertiente en alza del desarrollo profesional como es la Atención Farmacéutica, y por otro, avanzar en el proceso de convergencia hacia un Espacio Europeo de Educación Superior (298), ambos en línea con la declaración de principios realizada por la FIP en relación a las Buenas Prácticas de Educación Farmacéutica (301) y la recomendaciones del Grupo Consultivo de la OMS sobre la "Preparación del Futuro Farmacéutico" realizadas en Vancouver en 1997[323] donde se destaca el papel del farmacéutico como director o empresario con conocimiento científico, habilidades comunicativas, habilidades de mando, habilidades para el aprendizaje de por vida y para la toma de decisiones, debiendo ser adquiridas estas habilidades durante el proceso de formación del farmacéutico.

Cabe destacar el alto número de alumnos extranjeros que cursan estudios de farmacia, esta matriculación de alumnos extranjeros, aunque se ha visto incrementada con el fenómeno migratorio que ha experimentado España en los últimos 10, años tiene su origen en la ausencia

[322] Farmacia Profesional. Vol. 23, nº1, p.26. Enero- Febrero 2009.
[323] *Locus cit*. en nota 300, p.177.

de enseñanzas de farmacia en otros países. Este es el caso de países como Marruecos, donde la Licenciatura de Farmacia se imparte en la Facultades de Medicina de Rabat y Casablanca y que solo permiten 800 matriculaciones por año[324]. En este sentido distintos acuerdos de colaboración entre los países de origen y las instituciones educativas facilitan la movilidad de alumnos y la matriculación de estos en Facultades españolas.

Los datos que siguen proceden del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos[325], órgano representativo y directivo de la clase farmacéutica. A 31 de diciembre de 2009, existían en España 21.166 oficinas de farmacia, 109 más que en 2008, para una población de casi 47 millones de habitantes. El 37% de estas farmacias están situadas en capital de provincia (7.781), mientras que el 63% (13.385) están situadas en municipios que no son capital de provincia. De esas 21.166 farmacias, 18.284 son de titularidad única, el 86% del total, es decir al menos albergan un farmacéutico en plantilla, el farmacéutico titular. Durante 2009 el número de farmacias no se mantuvo estático, se abrieron 131 farmacias, siendo el 79% de estas (103 farmacias) en municipios que no son capital de provincia. El número medio de habitantes por farmacia a 31 de diciembre de 2009 era de 2.209 y el de habitantes mayores de 65 años por oficina de farmacia de 368.

Según los datos recogidos por el CGCOF a 31 de diciembre de 2009 (328), en España había 63.593 colegiados, 884 colegiados más que en el año 2008. Cuarenta y tres de las cincuenta y siete provincias españolas presentan mayor número de colegiados que en 2008. El 70,4 % de los colegiados son de sexo femenino, 44.756 en total, siendo una profesión joven pues el 56,8% de los colegiados son mujeres de menos de 55 años. Es la segunda profesión sanitaria con mayor porcentaje de mujeres colegiadas después de los profesionales de enfermería.

Actualmente se mantiene la obligatoriedad de colegiación en el Colegio de Farmacéuticos Provincial de la localidad donde el farmacéutico vaya a desempeñar su actividad profesional, la doble colegiación es una práctica poco habitual entre los profesionales sanitarios pero en esta situación se encuentran 293 colegiados distribuidos en treinta Colegios.

[324] Marruecos digital, 09-01-2006.
Disponible en: http://www.marruecosdigital.net/xoops/modules/wfsection/article.php?articleid=748, 23-10-2010.
[325]CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS (2009) Estadísticas de colegiados y oficinas de farmacia 2009.

El fenómeno migratorio experimentado en España ha tenido gran impacto en las profesiones sanitarias desde el año 2000, prueba de ello es que al finalizar 2009 en España había 620 colegiados nacidos en el extranjero, lo que supone un 1% del total de colegiados, distribuidos en 26 provincias. De los 63.593 farmacéuticos colegiados un 82% se encuentra en activo y 43.603 ejercen en oficina de farmacia (69% del total de colegiados). Las modalidades con mayor número de colegiados en ejercicio después de la oficina de farmacia son: Dermofarmacia, Alimentación y Ortopedia.

El hecho de que la titularidad esté vinculada a la propiedad en España propicia que 23.945 colegiados de los 43.603 que ejercen en oficina de farmacia, es decir, el 55%, sean propietarios o co-propietarios de la misma. El 29% del total de farmacéuticos colegiados (18.284) son titulares únicos de la oficina de farmacia mientras que un 9% (5.746) es titular en co-propiedad. La media nacional de farmacéuticos por oficina de farmacia es de 1,79, casi dos licenciados en farmacia para una población media de 2.209 habitantes, lo que hace una media de 1228 habitantes por farmacéutico ejerciente en oficina de farmacia. El 16 de Marzo de 2007 entró en vigor la Ley de Sociedades Profesionales[326] y desde esa fecha los colegios han informado de un total de 16 Sociedades Profesionales inscritas.

Para el análisis del profesional farmacéutico español en cifras se han tenido en cuenta los datos suministrados por el CGCOF a 31 de diciembre de 2009. La profesión farmacéutica es una profesión colegiada[327] y para el ejercicio cotidiano en oficina de farmacia es necesaria la colegiación.

[326] Ley 2/2007, de 15 de marzo, de sociedades profesionales. BOE nº65, 16-03-2007, p.11246-11252.
[327] Ley 18/1997, de 21 de noviembre, de ejercicio de profesiones tituladas y de colegios y consejos profesionales. BOE nº 279, 21-11-1997, p.19145-19172.

VI.2.1.1. DATOS GLOBALES

El número total de colegiados a 31 de diciembre de 2009 era de 63.593, siendo Andalucía (10.762), Madrid (10.353) y Cataluña (9.900) las autonomías con mayor número de colegiados recogiendo el 48,8% del total. Si el análisis se realiza por provincias, detrás de Madrid, Barcelona (7.881) es la provincia con mayor número de farmacéuticos colegiados, el 12,5% del total. Exceptuando a Ceuta y Melilla, La Rioja y Cantabria son las autonomías con menor número de colegiados farmacéuticos, 409 y 660 respectivamente, mientras que Soria y Teruel son las provincias con menor número, 163 y 197 respectivamente.

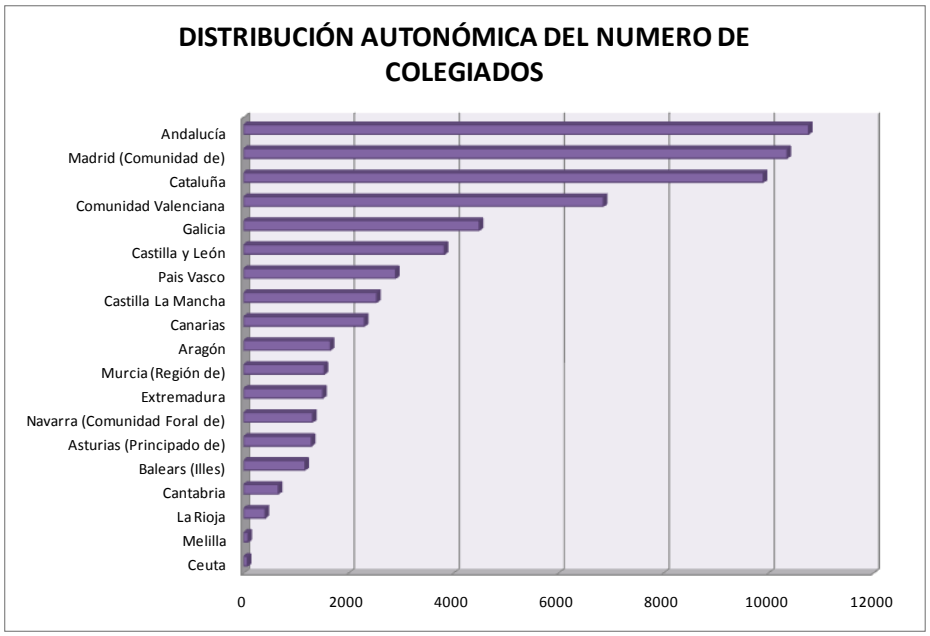


Gráfico 44. Distribución autonómica del número de colegiados. Elaboración propia. Fuente: CGCOF, Estadísticas de Colegiados y Oficinas de Farmacia 2009 (325).

AUTONOMÍA/PROVINCIA	2009	%	AUTONOMÍA/PROVINCIA	2009	%
ANDALUCÍA	10762	17,10%	**CASTILLA LA MANCHA**	2535	4,00%
ALMERÍA	719	1,10%	ALBACETE	517	0,80%
CÁDIZ	1389	2,20%	CIUDAD REAL	631	1,00%
CÓRDOBA	972	1,50%	CUENCA	307	0,50%
GRANADA	1607	2,60%	GUADALAJARA	338	0,50%
HUELVA	648	1,00%	TOLEDO	742	1,20%
JAÉN	821	1,30%	**CATALUÑA**	9900	15,70%
MÁLAGA	1720	2,70%	BARCELONA	7881	12,50%
SEVILLA	2886	4,60%	GIRONA	764	1,20%
ARAGÓN	1650	2,60%	LLEIDA	485	0,80%
HUESCA	268	0,40%	TARRAGONA	770	1,20%
TERUEL	197	0,30%	**COMUNIDAD VALENCIANA**	6855	10,80%
ZARAGOZA	1185	1,90%	ALICANTE	2033	3,20%
ASTURIAS (PRINCIPADO DE)	1288	2,00%	CASTELLÓN	657	1,00%
BALEARS (ILLES)	1166	1,90%	VALENCIA	4165	6,50%
CANARIAS	2301	3,70%	**EXTREMADURA**	1507	2,40%
PALMAS (LAS)	900	1,40%	BADAJOZ	913	1,40%
SANTA CRUZ DE TENERIFE	1402	2,20%	CÁCERES	594	0,90%
CANTABRIA	660	1,00%	**GALICIA**	4487	7,10%
CASTILLA Y LEÓN	3825	6,10%	A CORUÑA	1935	3,00%
ÁVILA	274	0,40%	LUGO	526	0,80%
BURGOS	603	0,80%	OURENSE	554	0,90%
LEÓN	688	1,10%	PONTEVEDRA	1471	2,30%
PALENCIA	229	0,40%	**MADRID (COMUNIDAD DE)**	10353	16,30%
SALAMANCA	683	1,10%	**MURCIA (REGIÓN DE)**	1534	2,40%
SEGOVIA	272	0,40%	**NAVARRA (COMUNIDAD FORAL DE)**	1314	2,10%
SORIA	163	0,30%	**PAÍS VASCO**	2893	4,50%
VALLADOLID	703	1,10%	ÁLAVA	415	0,70%
ZAMORA	310	0,50%	GUIPÚZCOA	889	1,40%
CEUTA	71	0,10%	VIZCAYA	1589	2,50%
MELILLA	82	0,10%	**LA RIOJA**	409	0,60%

Tabla 48. Distribución del número de colegiados por Autonomía y Provincia. Elaboración propia. Fuente: CGCOF, Estadísticas de Colegiados y Oficinas de Farmacia 2009 (325).

VI.2.1.2. ESTRUCTURA POR EDAD Y SEXO

La profesión farmacéutica es una profesión eminentemente femenina, de los 63.593 colegiados, el 70,4% son mujeres.

DISTRIBUCIÓN DEL NÚMERO DE COLEGIADOS POR GRUPO DE EDAD Y SEXO						
COLEGIADOS 2009	**Hombres**	**Mujeres**	**Total**	**% Total**	**% Hombres**	**% Mujeres**
MENORES DE 35	3680,00	12776,00	16456,00	25,90%	22,40%	77,60%
DE 35-44	4603,00	12947,00	17550,00	27,60%	26,20%	73,80%
DE 45-54	4442,00	10371,00	14813,00	23,30%	30,00%	70,00%
DE 55-64	2903,00	4415,00	7318,00	11,50%	39,70%	60,30%
DE 65-69	931,00	1182,00	2113,00	3,30%	44,10%	55,90%
DE 70 Y MÁS	2268,00	3011,00	5279,00	8,30%	43,00%	57,00%
NO CONSTA	10,00	54,00	64,00	0,10%	15,60%	84,40%
TOTAL	**18837,00**	**44766,00**	**63593,00**	**100,00%**	**29,60%**	**70,40%**

Tabla 49. Distribución del número de colegiados por grupo de edad y sexo. Elaboración propia. Fuente: CGCOF, Estadísticas de Colegiados y Oficinas de Farmacia 2009 (325).

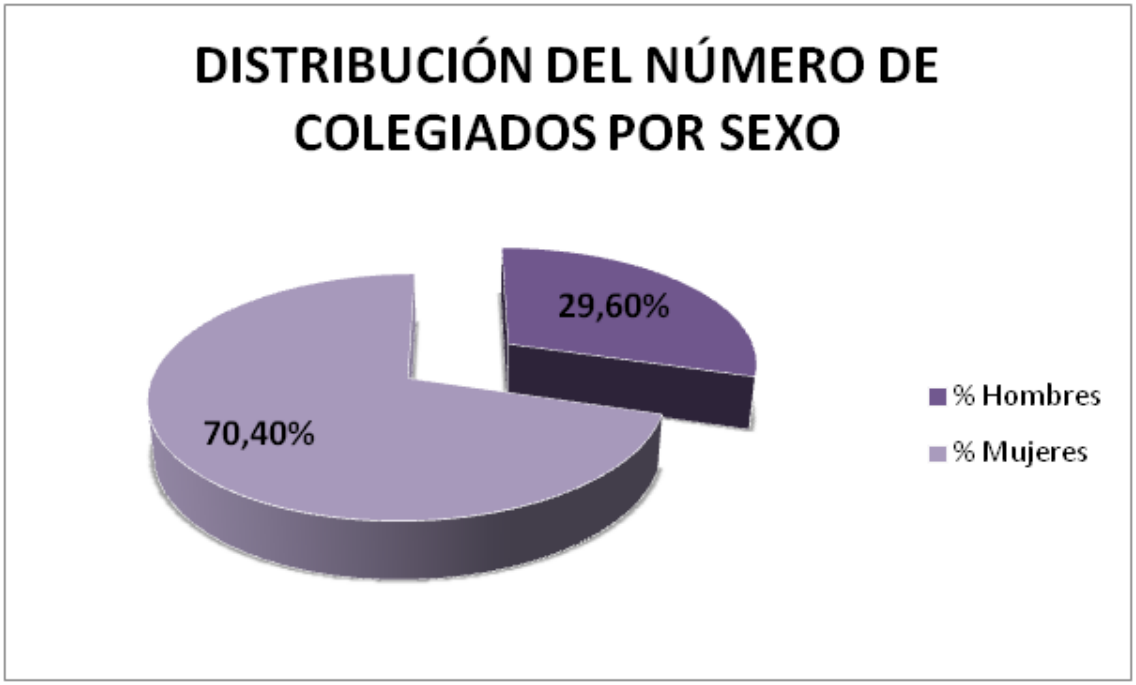


Gráfico 45. Distribución del número de colegiados por sexo. Elaboración propia. Fuente: CGCOF, Estadísticas de Colegiados y Oficinas de Farmacia 2009 (325).

Existe un alto porcentaje de empleo femenino joven (el 56,8% tiene menos de 55 años) siendo el tramo de edad con mayor proporción de colegiados el de 35 a 44 años, con un 27,6%.

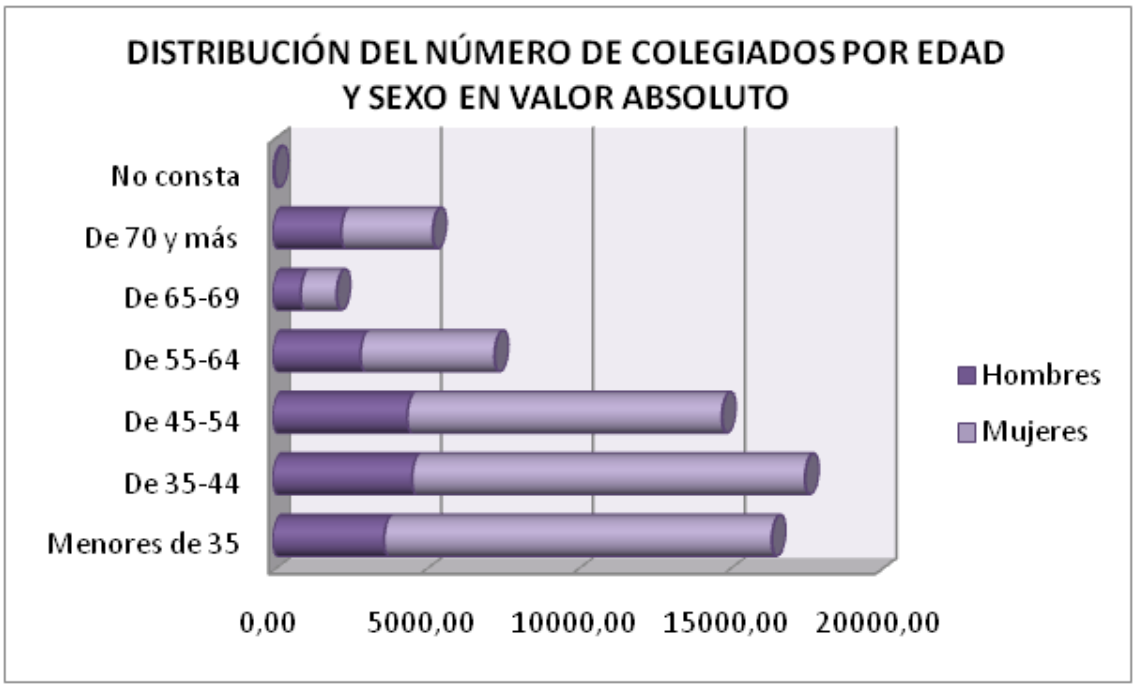


Gráfico 46. Distribución del número de colegiados por edad y sexo en valores absolutos. Elaboración propia. Fuente: CGCOF, Estadísticas de Colegiados y Oficinas de Farmacia 2009 (325).

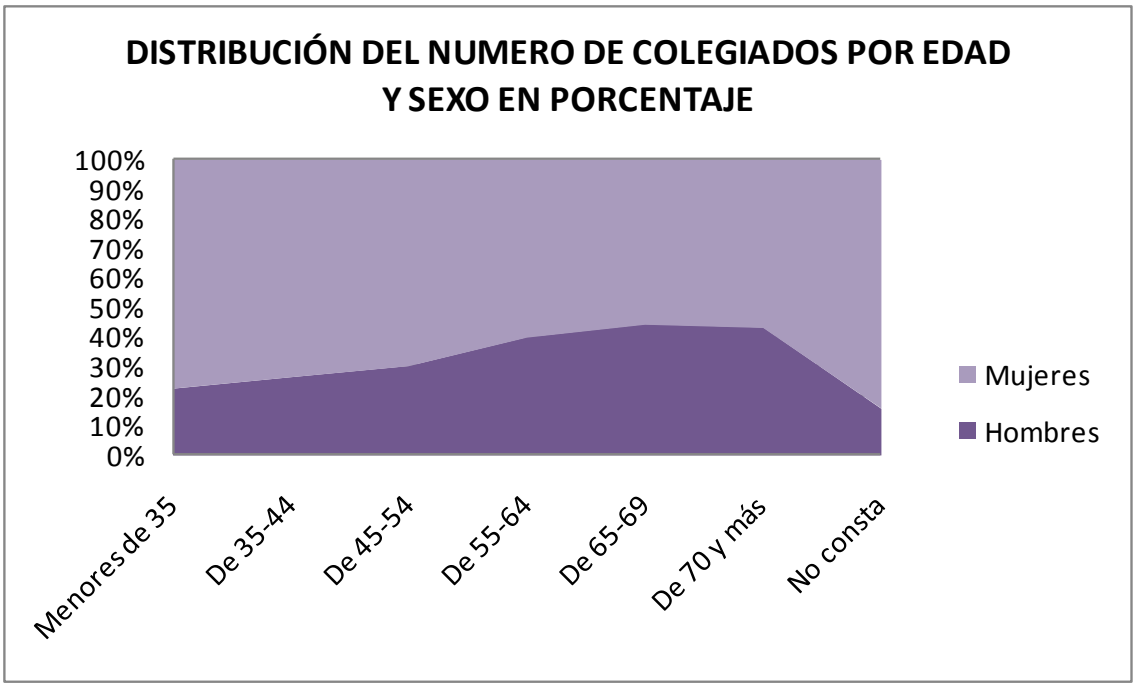


Gráfico 47. Distribución del número de colegiados por edad y sexo en porcentaje. Elaboración propia. Fuente: CGCOF, Estadísticas de Colegiados y Oficinas de Farmacia 2009 (325).

Farmacia es la segunda profesión sanitaria con mayor número de mujeres colegiadas (70,5%) por detrás de enfermería con un 83,3% de profesionales mujeres colegiadas.

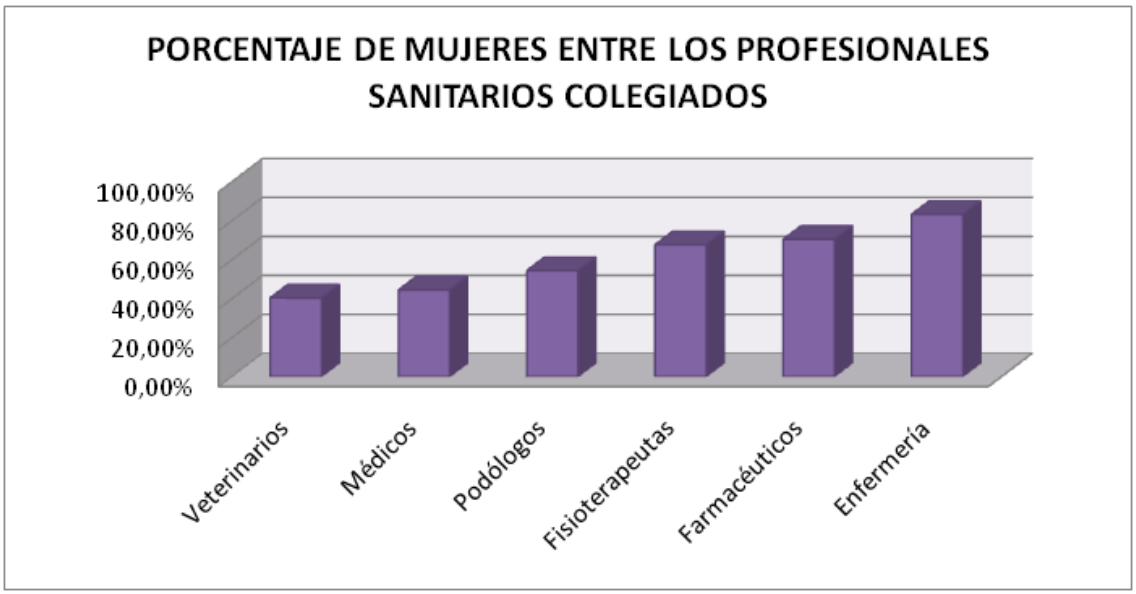


Gráfico 48. Porcentaje de mujeres entre los profesionales sanitarios colegiados. Elaboración propia. Fuente: CGCOF, Estadísticas de Colegiados y Oficinas de Farmacia 2009 (325).

La edad y el sexo de los colegiados no se distribuyen de forma homogénea en las diferentes Comunidades Autónomas y Provincias españolas. Diversas Comunidades Autónomas están por debajo de la media nacional de colegiación de mujeres que es 70,4%. Más información al respecto se puede consultar en el Anexo V.

AUTONOMIA	% MUJERES	MEDIA NACIONAL	70,40%
PAÍS VASCO	79,50%	ARAGÓN	69,80%
NAVARRA (COM. FORAL DE)	79,40%	CASTILLA-LA MANCHA	67,00%
MADRID (COMUNIDAD DE)	75,50%	C. VALENCIANA	66,90%
GALICIA	75,40%	CANARIAS	65,40%
CASTILLA Y LEÓN	73,70%	EXTREMADURA	65,20%
ASTURIAS (PRINCIPADO DE)	73,10%	BALEARS (ILLES)	64,20%
CATALUÑA	72,30%	ANDALUCÍA	63,60%
RIOJA (LA)	71,60%	MURCIA (REGIÓN DE)	61,10%
CANTABRIA	70,50%	CEUTA	56,30%
		MELILLA	45,30%

Tabla 50. Porcentaje de mujeres colegiadas por Comunidad Autónoma. Comparación respecto a la media nacional. Elaboración propia. Fuente: CGCOF, Estadísticas de Colegiados y Oficinas de Farmacia 2009 (325).

VI.2.1.3. EVOLUCIÓN DE LAS CIFRAS DE COLEGIACIÓN

Desde 1996 el número de colegiados ha crecido un 47,1%. El número de colegiados a 31 de diciembre de 2009 creció con respecto al año 2004 en un 9,7%, pasando de 58.226 colegiados en 2004 a 63.593 en 2009. Respecto a 2008, el número de colegiados en España ha crecido en 884 colegiados, es decir, un 1,4%.

La tasa de crecimiento del número de colegiados ha sufrido una desaceleración, manteniéndose estable desde 2007 pero con valores significativamente inferiores a su media histórica. Entre las causas de esta desaceleración podría estar el cada vez menor número de recién licenciados en farmacia.

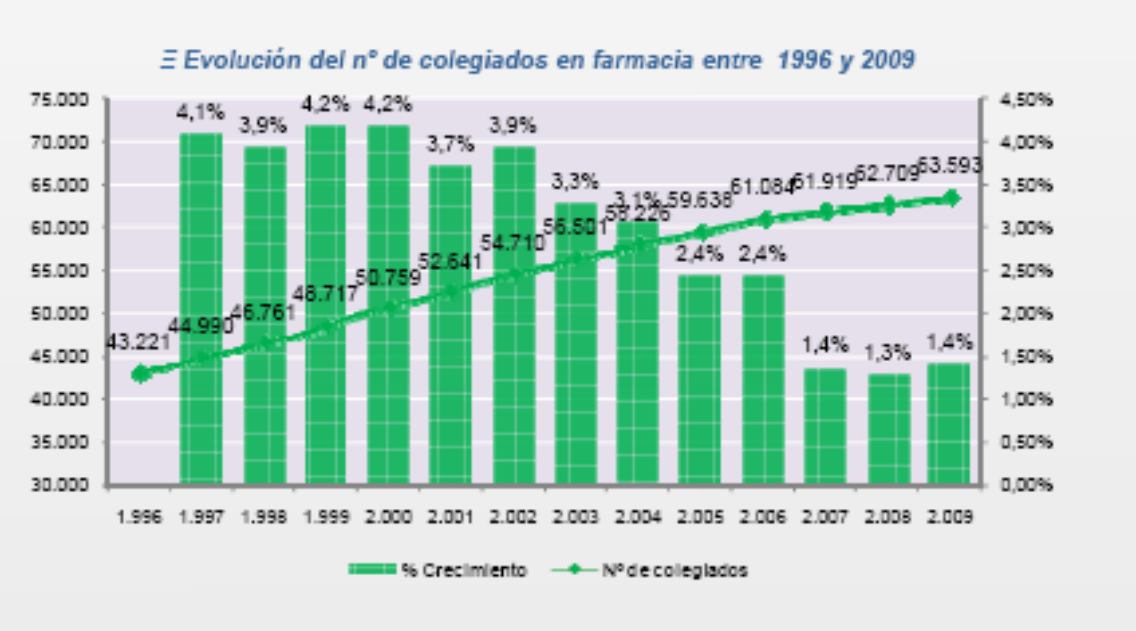


Gráfico 49. Evolución del número de colegiados en farmacia entre 1996 y 2008. Fuente: CGCOF, Estadísticas de Colegiados y Oficinas de Farmacia 2009 (325).

VI.2.1.4. COLEGIADOS NACIDOS EN EL EXTRANJERO

La migración internacional es el fenómeno socio-demográfico[328] y cultural más significativo de nuestro tiempo, y la gestión de la migración de profesionales de la salud constituye uno de los mayores desafíos en el esfuerzo por construir políticas nacionales de salud viables y efectivas. España es en este sentido uno de los principales países receptores de profesionales de la salud dentro de este fenómeno migratorio.

Para ejercer en España es obligatorio no sólo la colegiación de los farmacéuticos nacidos en el extranjero, sino también que si el título que los acredita como Licenciado en Farmacia no ha sido obtenido en España será necesario o bien el reconocimiento del título, en virtud de lo establecido en los artículos 60 y 61 y en el Anexo V.6 del Real Decreto 1837/2008, de 8 de noviembre[329], o bien la homologación[330] del mismo a través de los cauces establecidos por el Ministerio de Educación.[331].

El Real Decreto 1837/2008, por el que se incorpora al ordenamiento jurídico español la Directiva 2005/36/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005 y la Directiva 2006/100/CE, del Consejo, de 20 de noviembre de 2006, suscitó una gran polémica pues permitió en un breve plazo el flujo ágil de profesionales en el entorno de la Unión Europea, estableciendo que cuando vayan a ejercer en España por un periodo de transición determinada no estén colegiados pero al igual que el Real Decreto les exime de la colegiación prevé que el profesional en tránsito se someta a las normas españolas, de carácter profesional, jurídico o administrativo directamente relacionadas con las cualificaciones profesionales, la protección y seguridad del consumidor, así como a la normativa disciplinaria[332]. Esta cláusula

[328] RED ANDINA DE ASOCIACIONES DE FACULTADES Y ESCUELAS, ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD SUB REGION ANDINA (2006) Migración de Recursos Humanos en Salud. Estudio Subregión Andina (Lima). Disponible en: http://new.paho.org/hss/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=3090&Itemid=99999999 24-10-2010.

[329] Real Decreto 1837/2008, de 8 de noviembre, por el que se incorporan al ordenamiento jurídico español la Directiva 2005/36/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005, y la Directiva 2006/100/CE, del Consejo, de 20 de noviembre de 2006, relativas al reconocimiento de cualificaciones profesionales, así como a determinados aspectos del ejercicio de la profesión de abogado. BOE Nº280, 20-11-2008, p.46185-46320.

[330] http://www.educacion.es/exterior/ma/es/homologaciones/homologaciones.shtml, 12-01-2010.

[331] http://www.homologa.es/he_home/hereconocimientoyconvalidacion.aspx?cms_idArticulo=6, 12-01-2011.

[332] CORREO FARMACÉUTICO Semana del 17 al 23 de noviembre de 2008. Disponible en: http://www.correofarmaceutico.com/2008/11/17/gestion/farmaceuticos-de-la-ue-no-tendran-que-colegiarse, 18-12-2009.

no fue bien acogida por la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria, que defiende ante todo el valor de la colegiación como elemento de reconocimiento y garante de la responsabilidad de los farmacéuticos. Tampoco fue bien acogida por el CGCOF desde donde se afirmó que esta medida constituía un agravio comparativo[333] con respecto a los profesionales españoles a los que si se les impone la pertenencia a un colegio profesional para el ejercicio en farmacias comunitarias.

Con respecto a los profesionales sanitarios "extracomunitarios" el real decreto de homologación de los títulos de los profesionales sanitarios provenientes de países fuera de la Unión Europea recoge que los profesionales deben acreditar un conocimiento suficiente de castellano y esta circunstancia tendrá que ser valorada por un comité de expertos. Al mismo tiempo, en las comunidades autónomas con lengua propia, éstas podrán adoptar las medidas convenientes para que estos profesionales adquieran un conocimiento adecuado de las mismas.[334] La Comisión Europea estudia la posibilidad de implantar una tarjeta profesional para facilitar la movilidad transfronteriza de los trabajadores con el fin de "agilizar el intercambio de información entre el Estado de acogida y de origen de los trabajadores" que en caso de los profesionales de la salud además aportaría una mayor garantía tanto al sistema sanitario como a los propios pacientes[335]. Esta herramienta vendría a facilitar aun más la movilidad geográfica y profesional reforzando la transparencia, el reconocimiento y la capacidad de comparar las cualificaciones, así como para garantizar la seguridad de los pacientes y los consumidores. Cabe plantearse cuanto intercambio real hay de profesionales dentro de la Unión Europea, en este sentido un informe realizado por el propio Parlamento Europeo pone de manifiesto la necesidad de evaluar el grado de movilidad profesional existente en el marco de la Unión Europea. Los datos que arroja el informe son los siguientes: sólo un 4% de la población activa de la UE ha trabajado y vivido en otro Estado Miembro y únicamente un 2% vive y trabaja actualmente en otro país, por tanto, el grado de movilidad interestatal por traslado profesional dentro de la UE es bajo. Este informe del Parlamento Europeo solicita a la Comisión que antes de posicionarse sobre la idoneidad de crear una tarjeta profesional europea evalúe el impacto en la movilidad en el seno de la UE.

---

[333] CORREO FARMACÉUTICO Semana del 24 al 30 de noviembre de 2008. Disponible en: http://www.correofarmaceutico.com/archivo?archiveDate=2008/11/24, 25-11-2009.

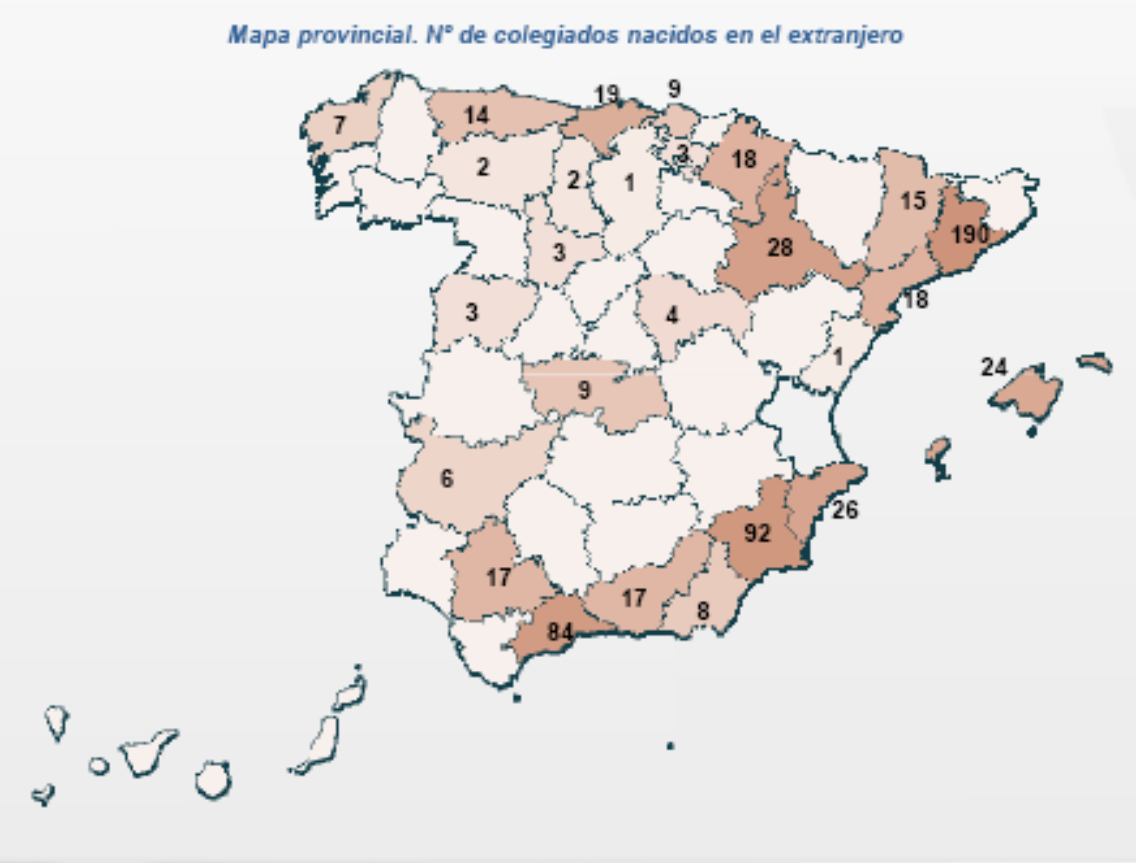
[334] CORREO FARMACÉUTICO Semana del 8 al 14 de junio de 2009. Disponible en: http://www.correofarmaceutico.com/2009/06/08/al-dia/profesion/el-profesional-sanitario-extracomunitario-tendra-que-saber-suficiente-castellano-para-ejercer-en-espana, 27-11-2009.

[335] CORREO FARMACÉUTICO Semana del 16 al 22 de Marzo de 2009. Disponible en: http://www.correofarmaceutico.com/2009/03/16/gestion/la-ue-estudia-crear-una-tarjeta-que-facilite-la-movilidad-de-profesionales, 27-11-2009.

Tana Wuliji, líder del grupo de trabajo sobre migraciones de la FIP, constata con cifras en el informe *Migration Report – a Call for Action* (235) la escasez global de farmacéuticos y los movimientos de migración de países pobres hacia países ricos, aunque estos movimientos no son estáticos. Atendiendo a la dinámica poblacional se observa un cambio sustancial en el flujo migratorio de profesionales de la salud, por ejemplo el flujo migratorio de la región andina ha cambiado en los últimos 10 años, actualmente los profesionales sanitarios de esta región enfocan los movimientos migratorios profesionales hacia España y por consiguiente a Europa, a diferencia del flujo anterior que se orientaba hacia Estados Unidos.

La migración de profesionales de la salud ha alcanzado proporciones significativas, existiendo poca evidencia de que disminuya en un futuro cercano. En lo que respecta a la profesión farmacéutica, al finalizar el año 2009 en España había 620 colegiados nacidos en el extranjero. La evolución del número de colegiados nacidos en el extranjero desde 2007 no permite establecer un patrón de comportamiento del mismo, pues en el año 2007 había 563 colegiados nacidos en el extranjero, frente a los 725 del año 2008 y a los 620 del año 2009.

Cataluña es la Comunidad Autónoma con mayor número de colegiados nacidos en el extranjero, 223 (35,97%). Por provincias, Barcelona, Murcia y Málaga son los colegios con mayor número de colegiados extranjeros.



Mapa 9. Mapa provincial. Número de colegiados nacidos en el extranjero. Fuente: CGCOF, Estadísticas de Colegiados y Oficinas de Farmacia 2009 (325).

VI.2.1.5. SITUACIÓN LABORAL

Según el CGCOF a 31 de diciembre de 2009 el 82,3 % de los colegiados se encontraba en activo, de los cuales el 70,5% son mujeres. Cabe destacar que el porcentaje de colegiados en activo bajó por primera vez en el año 2009 desde el año 2006, a su vez el porcentaje de farmacéuticos sin ejercicio aumenta.

COLEGIADOS	2009	2008	2007	2006
NO CONSTA	739	680	2169	2601
SIN EJERCICIO	6735	6296	6458	7111
JUBILADOS	3787	3701	3516	3225
EN ACTIVO	52332	51298	49157	47644
TOTAL	**63593**	**61975**	**61300**	**60581**

Tabla 51. Evolución de la situación laboral de los colegiados: 2006-2009. Elaboración propia. Fuente: CGCOF, Estadísticas de Colegiados y Oficinas de Farmacia 2009 (325).

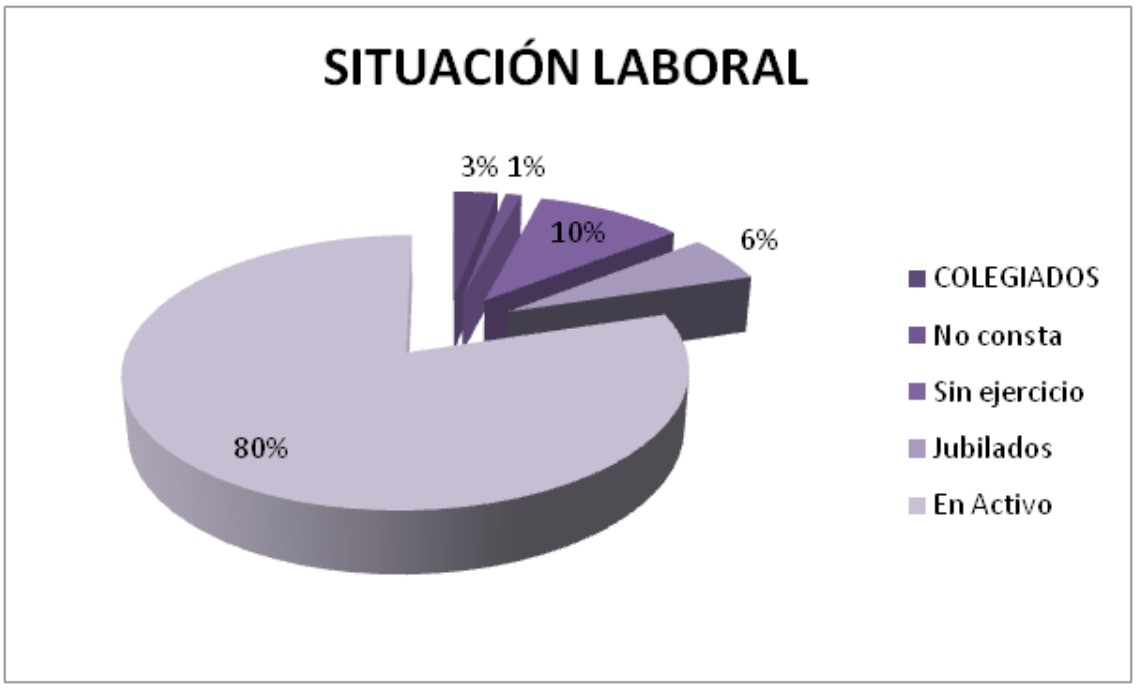


Gráfico 50. Situación laboral de los colegiados: 2009. Elaboración propia. Fuente: CGCOF, Estadísticas de Colegiados y Oficinas de Farmacia 2009 (325).

Castellón es la única provincia que tiene al 100% de sus colegiados en activo.

VI.1.1.6. MODALIDADES DEL EJERCICIO PROFESIONAL

El 68,6% de los colegiados ejerce su actividad profesional en oficina de farmacia, correspondiéndose con el 82,3% de los colegiados en activo.

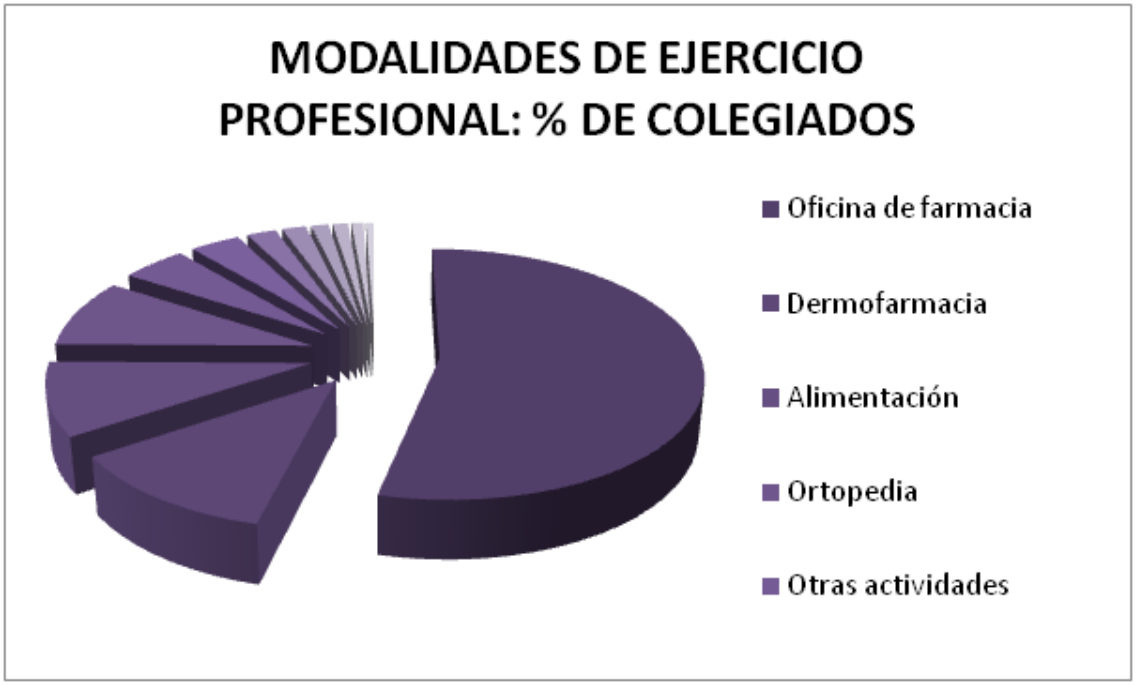


Gráfico 51. Modalidades de ejercicio profesional: porcentaje de colegiados. Elaboración propia. Fuente: CGCOF, Estadísticas de Colegiados y Oficinas de Farmacia 2009 (235).

MODALIDAD	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	% COLEGIADOS	% ACTIVOS
OFICINA DE FARMACIA	13037	30566	43603	68,60%	83,30%
DERMOFARMACIA	3211	6395	9606	15,10%	18,40%
ALIMENTACIÓN	2468	5198	7666	12,10%	14,60%
ORTOPEDIA	2284	4896	7180	11,30%	13,70%
OTRAS ACTIVIDADES	1285	2528	3813	6,00%	7,30%
ANÁLISIS CLÍNICOS	1198	1699	2897	4,60%	5,50%
FARMACIA HOSPITALARIA	414	1330	1744	2,70%	3,30%
INDUSTRIA	493	879	1372	2,20%	2,60%
ADMINISTRACIÓN Y SALUD PÚBLICA	313	734	1047	1,60%	2,20%
ÓPTICA Y ACÚSTICA	394	477	871	1,40%	1,70%
DISTRIBUCIÓN	273	404	677	1,10%	1,30%
DOCENCIA E INVESTIGACIÓN	150	276	426	0,70%	0,80%

Tabla 52. Modalidades de ejercicio profesional. Elaboración propia. Fuente: CGCOF, Estadísticas de Colegiados y Oficinas de Farmacia 2009 (235).

VI.2.1.7. EJERCIENTES EN OFICINA DE FARMACIA

El 55% de los colegiados que ejercen en oficina de farmacia son propietarios o copropietarios de oficina de farmacia. El 41,8% son titulares únicos, mientras que el 13,2% son copropietarios.

Entre los propietarios/copropietarios el 63% son mujeres. Al finalizar 2009, había 85 colegiados ejerciendo como regentes lo que supone un 0,2% (Ver Anexo VI).

EJERCIENTES EN OFICINA DE FARMACIA	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	% TOTAL
TITULAR ÚNICO	6605	11600	18205	41,80%
COPROPIETARIO	2257	3483	5740	13,20%
REGENTE	26	53	79	0,20%
REGENTE COPROPIETARIO	2	4	6	0,00%
ADJUNTOS	3307	12901	16208	37,20%
SUSTITUTOS	618	2379	2997	6,90%
OTROS	65	303	368	0,80%
TOTAL	**12880**	**30723**	**43603**	**100%**

Tabla 53. Ejercientes en oficina de farmacia año 2009. Elaboración propia. Fuente: CGCOF, Estadísticas de Colegiados y Oficinas de Farmacia 2009 (235).

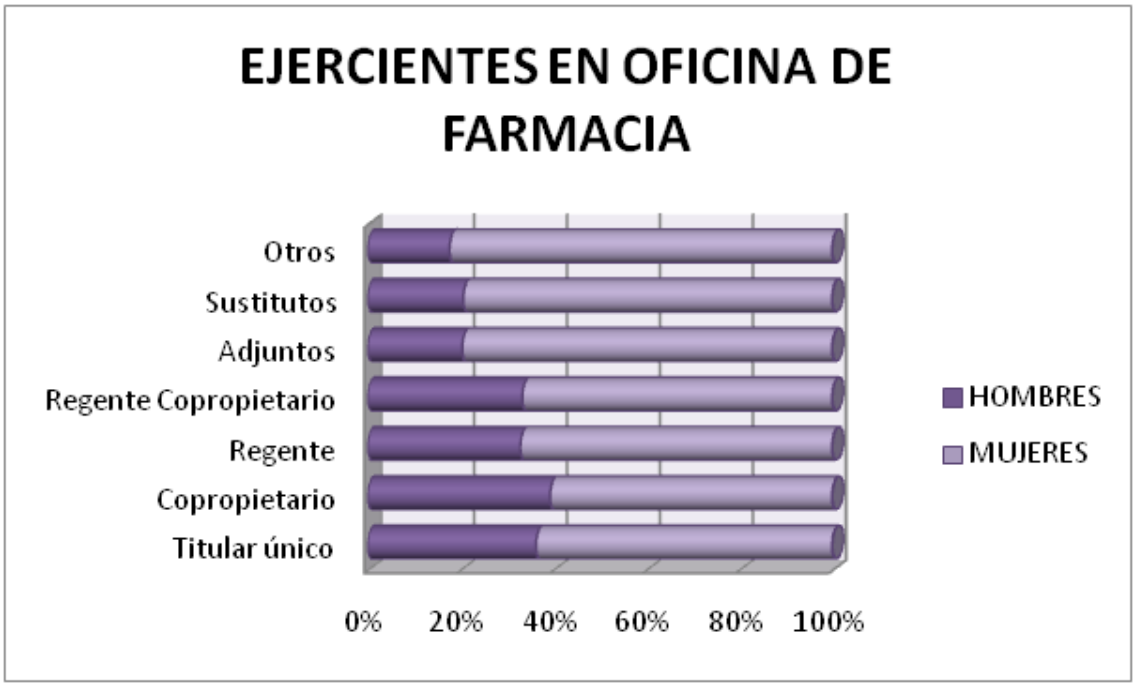


Gráfico 52. Ejercientes en oficina de farmacia año 2009. Elaboración propia. Fuente: CGCOF, Estadísticas de Colegiados y Oficinas de Farmacia 2009 (235).

El 37,2% de los farmacéuticos colegiados que trabajan en oficina de farmacia son adjuntos y el 6,9% son sustitutos. El 79,6% de los farmacéuticos adjuntos/ sustitutos son mujeres. La modalidad de adjuntos es la única en la que aumenta el número de colegiados ejercientes cada año desde 2006.

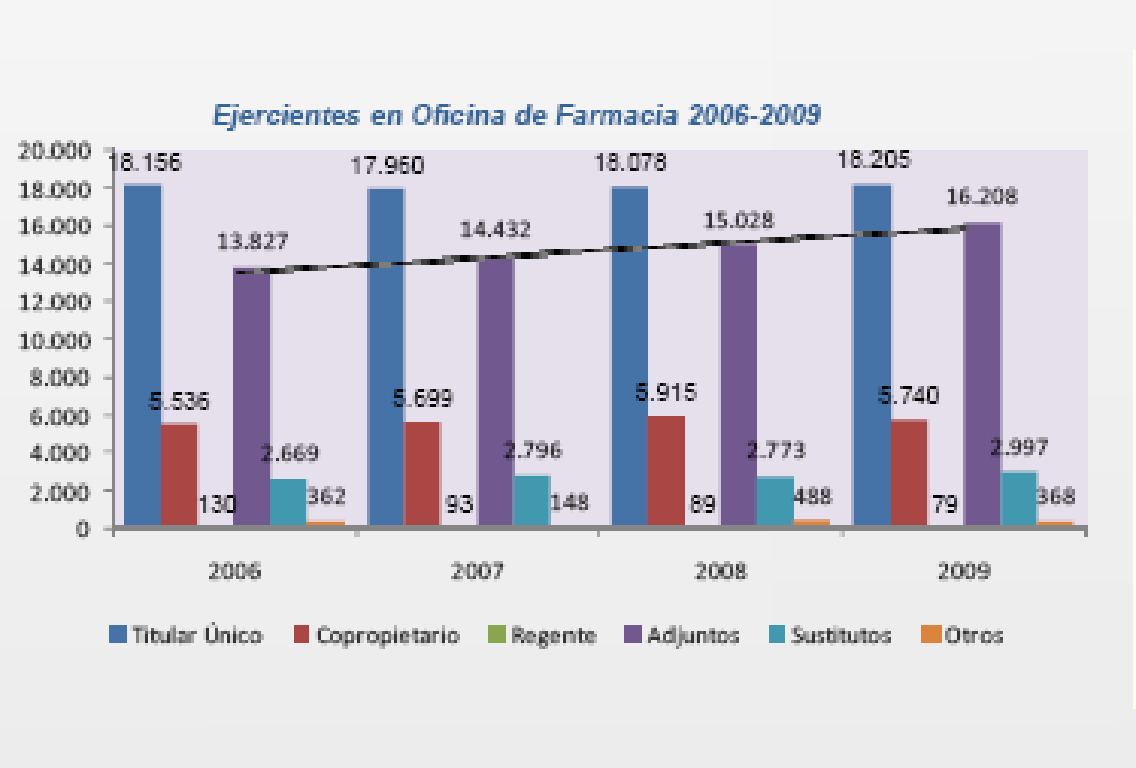


Gráfico 53. Evolución de los ejercientes en oficina de farmacia: 2006-2009. Fuente: CGCOF, Estadísticas de Colegiados y Oficinas de Farmacia 2009.

Navarra y el País Vasco son las autonomías con mayor porcentaje de colegiados en la modalidad de oficina de farmacia, el 76,7% y el 76,6% respectivamente. Por el contrario, Madrid es la autonomía que menor porcentaje registra de farmacéuticos en esa modalidad profesional (62,1%).

Sin embargo, Extremadura es la autonomía con mayor porcentaje de titulares entre los ejercientes en oficina de farmacia, el 74,52%, frente al País Vasco que es la autonomía con menor porcentaje de titulares entre los ejercientes en oficina de farmacia, 39,64%.

VI.2.2. LA OFICINA DE FARMACIA EN ESPAÑA

En este epígrafe se examinaran primeramente datos globales para después analizar datos concretos de la oficina de farmacia en España.

VI.2.2.1. DATOS GLOBALES

La oficina de farmacia se define como establecimiento sanitario privado de interés público cuya implicación social en la contratación laboral es directa y proviene del carácter empresarial de la misma, donde el farmacéutico titular se constituye en empresario empleador y la oficina de farmacia en foco generador de empleo.

En España, el número total de farmacias a 31 de diciembre de 2009 según el CGCOF era de 21.166. Siendo Andalucía con 3.564 oficinas de farmacia abiertas al público, Cataluña con 3.050 y Madrid con 2.805 son las autonomías con mayor número de oficinas de farmacia, acumulando el 44,50% del total. Por provincias, Madrid y Barcelona registran el mayor número de farmacias, seguidas de Valencia.

En el año 1976, el número total de oficinas de farmacia era de 14.533. Esta cifra ha aumentando de manera continua hasta nuestros días con una tasa media del 1,15% por año, como se puede observar el gráfico 54. Si se analiza la evolución del número de oficinas de farmacia en los últimos años, se observa que en el año 2007 el número total de farmacias era de 20.941 cifra que se incrementó durante los años 2008 y 2009 hasta alcanzar la cifra de 21.166 oficinas de farmacias, una cifra un 45,64% mayor que en el año 1976. La tasa de crecimiento del número de oficinas de farmacia de 2009 respecto a 2008 fue de 0,52%.

NÚMERO DE FARMACIAS	2007	2008	2009
CAPITAL	7735	7747	7781
PROVINCIA	13206	13310	13385
TOTAL	**20941**	**21057**	**21166**

Tabla 54. Evolución del número de oficinas de farmacia: 2007-2009. Elaboración propia. Fuente: CGCOF, Estadísticas de Colegiados y Oficinas de Farmacia 2009 (325).

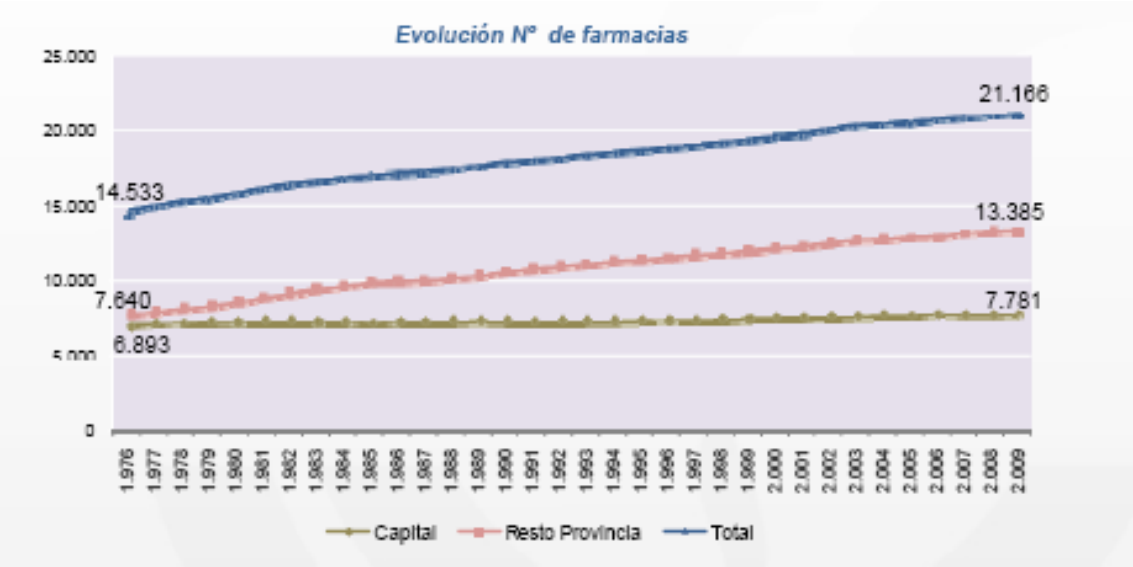
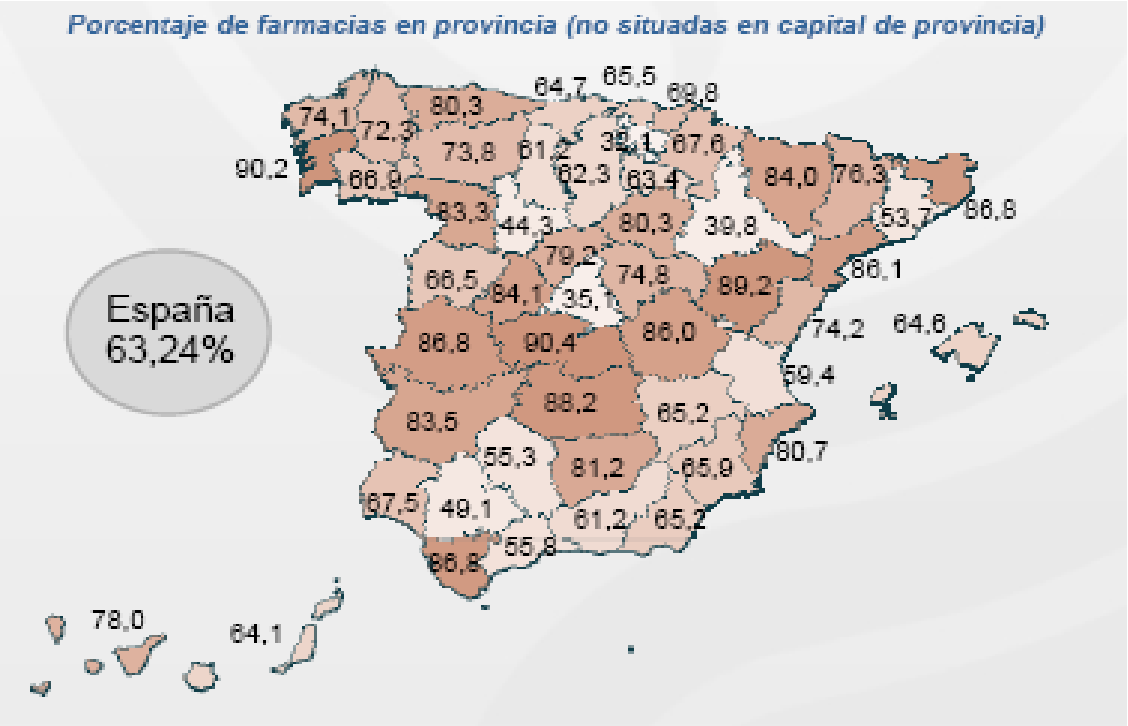


Gráfico 54. Evolución del número de oficinas de farmacia: 1976-2009. Fuente: CGCOF, Estadísticas de Colegiados y Oficinas de Farmacia 2009 (325).

El 86,38% de las oficinas de farmacia son de titularidad única, es decir, pertenecen a un único farmacéutico, siendo el resto copropiedades de dos o más farmacéuticos hasta un máximo de cuatro copropietarios.

El 36,8% de las oficinas de farmacia están situadas en capitales de provincia, frente a un 63,2% que está distribuido por el resto de áreas del territorio nacional. El incremento del número de farmacias se produce principalmente en municipios que no son capital de provincia, esto puede deberse a la dinámica demográfica española que concentra grandes masas de población localizadas en municipios alrededor de las grandes urbes así como en municipios situados en grandes vías de comunicación. La distribución de la oficina de farmacia responde en parte a la distribución de la población en el territorio nacional y en parte a la planificación sanitaria regional, intentando abarcar al 100% de la misma, pues la farmacia española responde a un modelo mediterráneo de farmacia.

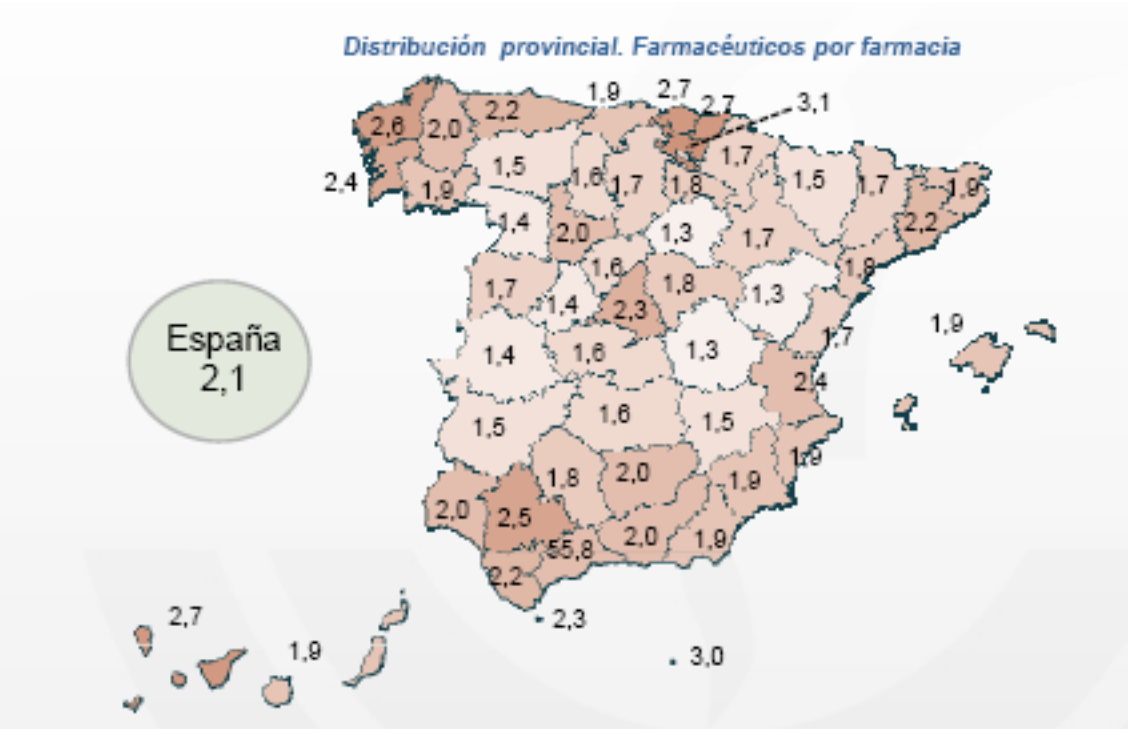


Mapa 10. Porcentaje de farmacias en provincias (no situadas en la capital). Fuente: CGCOF, Estadísticas de Colegiados y Oficinas de Farmacia 2009 (325).

DISTRIBUCIÓN AUTONÓMICA: Nº MEDIO DE FARMACÉUTICOS POR FARMACIA	
ANDALUCÍA	2,1
ARAGÓN	1,6
ASTURIAS (PRINCIPADO DE)	2,3
BALEARS (ILLES)	1,9
CANARIAS	2,3
CANTABRIA	1,9
CASTILLA Y LEÓN	1,6
CASTILLA-LA MANCHA	1,5
CATALUÑA	2,1
COMUNIDAD VALENCIANA	2,1
EXTREMADURA	1,5
GALICIA	2,4
MADRID (COMUNIDAD DE)	2,3
MURCIA (REGIÓN DE)	1,9
NAVARRA (COMUN. FORAL DE)	1,7
PAÍS VASCO	2,8
RIOJA (LA)	1,8
CEUTA	2,3
MELILLA	3

Tabla 55. Promedio de farmacéuticos por oficina de farmacia. Elaboración propia. Fuente: CGCOF, Estadísticas de Colegiados y Oficinas de Farmacia 2009 (325).

En promedio, en España hay 2,1 farmacéuticos por oficina de farmacia. El País Vasco y Galicia son las autonomías que registran mayor promedio de farmacéuticos por oficina de farmacia, 2,8 y 2,4 respectivamente. Por el contrario, Extremadura y Castilla-La Mancha son las Comunidades Autónomas con menor número de farmacéuticos por farmacia, 1,5.



Mapa 11. Promedio de farmacéuticos por farmacia: distribución provincial. Fuente: CGCOF, Estadísticas de Colegiados y Oficinas de Farmacia 2009 (325).

La farmacia es un ente dinámico, sufre aperturas, cierres, traspasos y traslados. Los movimientos que sufrió la farmacia en el año 2009 cabe resumirlos en que:

- **Se abrieron 131 nuevas farmacias.**
- **Se cerraron 23 farmacias.**
- **Se traspasaron 402 farmacias.**
- **Se efectuaron 150 traslados.**

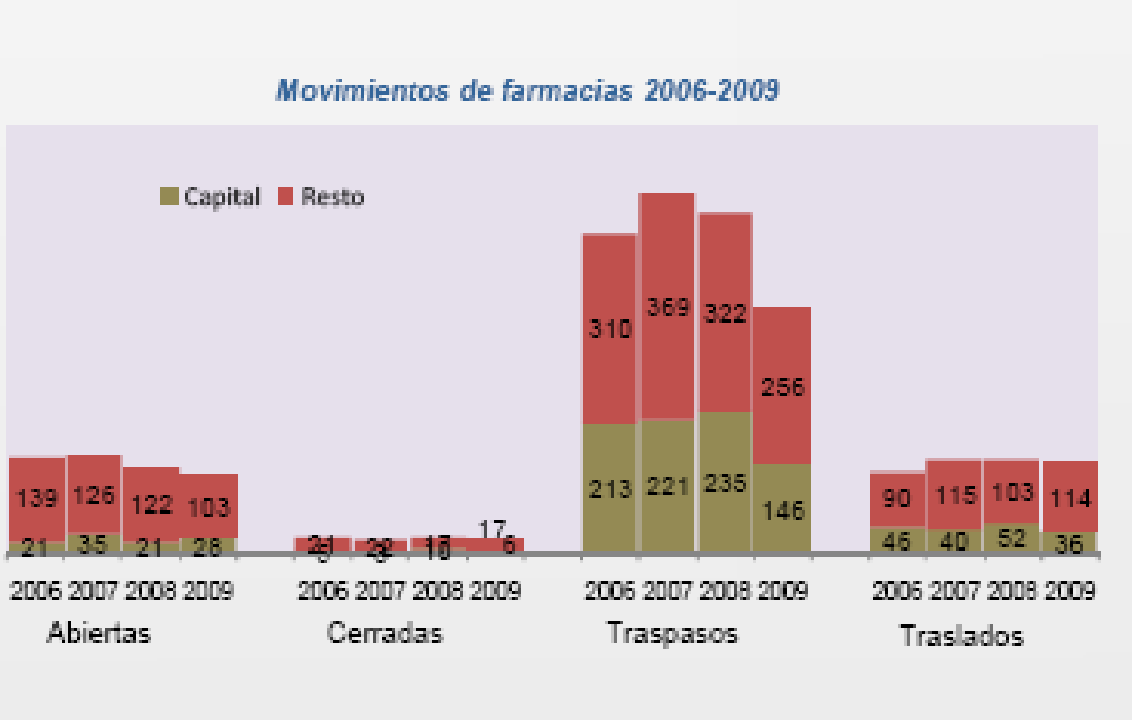
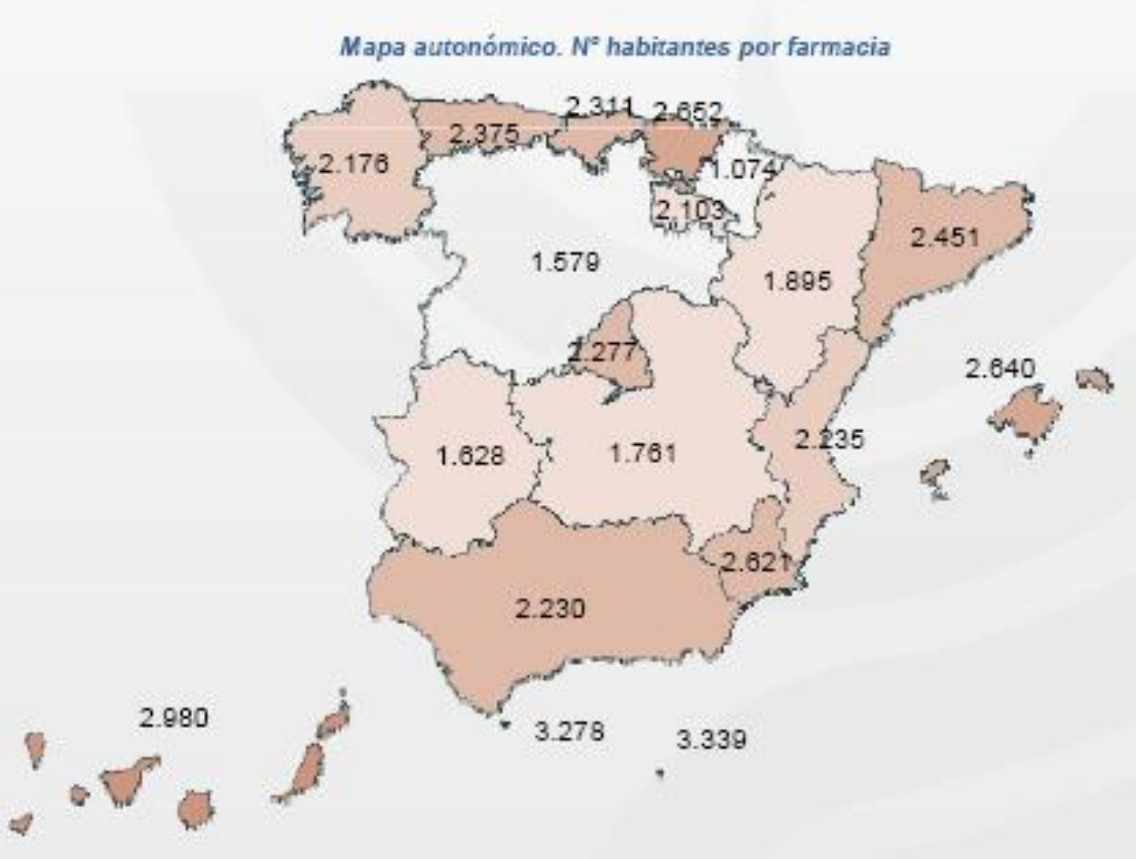


Gráfico 55. Movimientos de farmacias: 2006-2009. Fuente: CGCOF, Estadísticas de Colegiados y Oficinas de Farmacia 2009 (325).

En el año 2009 se experimentó un menor número de aperturas y de traspasos de oficina de farmacia, quizá este hecho esté influenciado por la coyuntura económica y social en la que se encuentra sumida la profesión farmacéutica y la totalidad del tejido sanitario y empresarial español.

El número de habitantes por farmacia condiciona en cierto grado el número de trabajadores en la oficina de farmacia. En el año 2009 el número medio de habitantes por farmacia era de 2.209. Esta cifra no es homogénea pues en capitales de provincia la media era de 1.955 habitantes por oficina de farmacia y en el resto del territorio de 2.356 habitantes. La media de habitantes por oficina de farmacia fluctúa de manera alarmante entre las distintas Comunidades Autónomas, como puede observarse en el mapa 12.



Mapa 12. Mapa autonómico: número de habitantes por farmacia. Fuente: CGCOF, Estadísticas de Colegiados y Oficinas de Farmacia 2009 (325).

Por autonomías, Canarias, el País Vasco y Baleares son las Comunidades con mayor concentración de población por oficina de farmacia mientras que Navarra, Castilla - León y Extremadura son las Comunidades Autónomas con menor ratio de habitantes por farmacia.

El número de habitantes por farmacia ha aumentado un 7,1% desde el año 2000. En el gráfico 56 se aprecia la tendencia ascendente del número de habitantes por farmacia. Las autonomías con un mayor crecimiento en el número de habitantes por oficina de farmacia son Murcia, Baleares y La Rioja, este crecimiento está vinculado en todas ellas a un crecimiento de la densidad de población de estas Comunidades Autónomas como consecuencia del fenómeno migratorio experimentado en España en los diez últimos años, en el año 2000 la población extranjera representaba un 2,3% del total de la población española y en la actualidad representa un 12,2%.

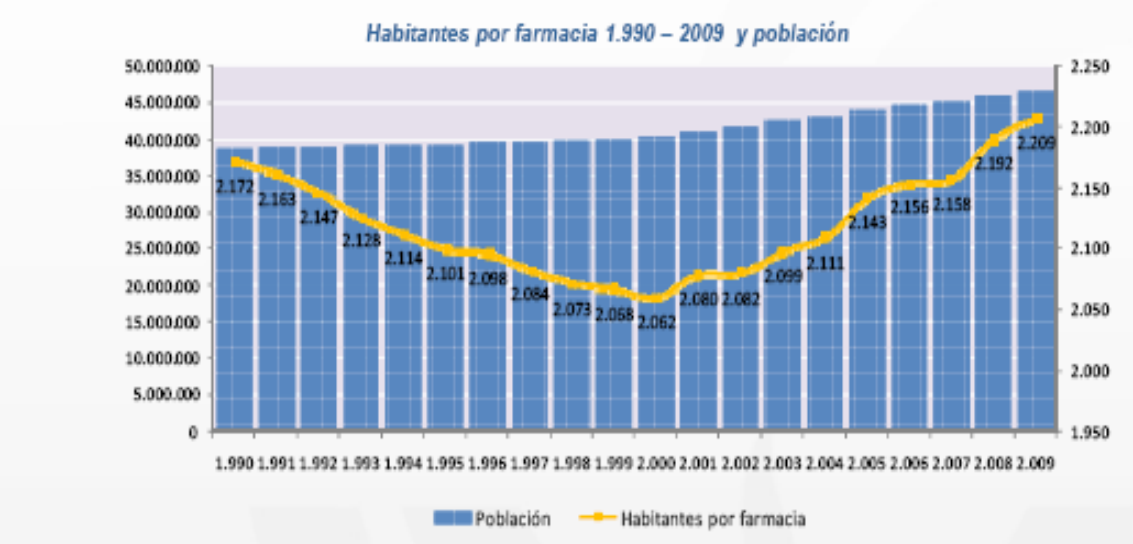


Gráfico 56. Evolución del número de habitantes por oficina de farmacia: 1990-2009. Fuente: CGCOF, Estadísticas de Colegiados y Oficinas de Farmacia 2009 (325).

En otro sentido y diferenciado sobre el resto se encuentra Navarra, con un descenso acusado del número de habitantes por oficina de farmacia del 39% respecto al año 2000. El principal motivo de este descenso fue el incremento en un 90% del número de oficinas de farmacia.

La población española es una población envejecida, en 2009 representaba un 16,6% del total de la población. El crecimiento de la población envejecida ha seguido una tendencia ascendente que ha traído como consecuencia una mayor presencia de personas mayores en la oficina de farmacia, en el periodo 2000-2009 el número de personas mayores por farmacia registró un incremento del 5,7%.

El paciente anciano presenta unas características fisiológicas y sociológicas especiales, requiere de una mayor atención por parte de la oficina de farmacia, suele ser un paciente polimedicado que, a ciertas edades, presenta alguno de sus sentidos disminuidos (vista, oído, etc,…) y por tanto necesita un trato adecuado a sus necesidades y un mayor seguimiento de los tratamientos. En el año 2009 el número medio de pacientes mayores de 65 años era de 368. La zona norte de España es la que mayor número de pacientes ancianos concentra por oficina de farmacia, en especial las Comunidades Autónomas de Asturias, País Vasco y Galicia; por el contrario Navarra, Extremadura y Castilla- La Mancha son las que menos habitantes mayores de 65 años concentran por oficina de farmacia. La mayor afluencia de población mayor de 65 años puede condicionar la necesidad de contratación de un mayor número de efectivos

laborales en la oficina de farmacia, pues la idiosincrasia del paciente obliga a un trato más personalizado y completo.

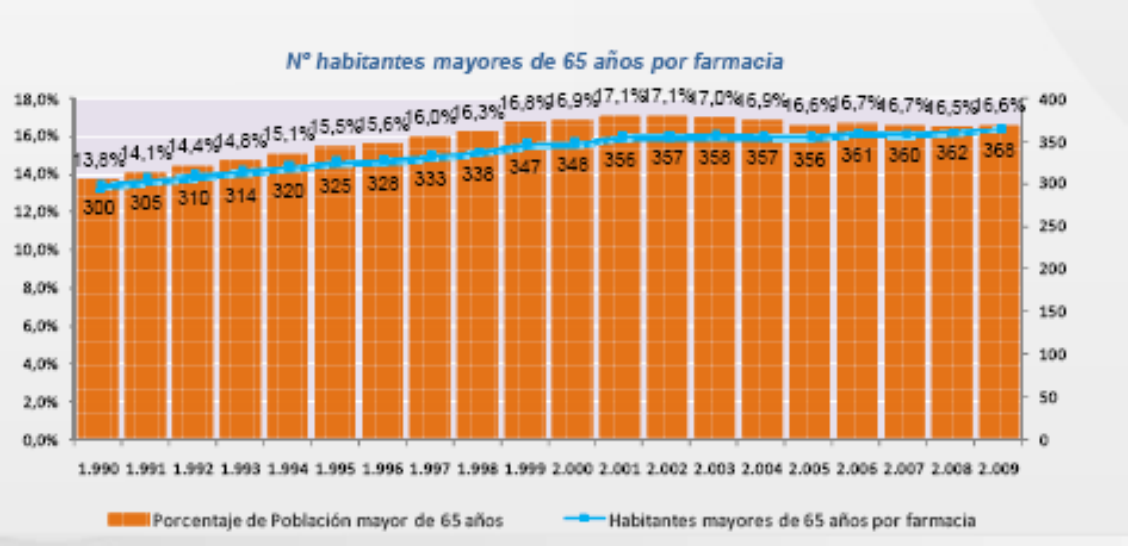


Gráfico 57. Evolución del número de habitantes mayores de 65 años por oficina de farmacia: 1990-2009. Fuente: CGCOF, Estadísticas de Colegiados y Oficinas de Farmacia 2009 (325).

VI.2.2.2. DISTRIBUCIÓN DE LA OFICINA DE FARMACIA EN ESPAÑA: ANÁLISIS DE LOCALIZACIÓN DE LAS MISMAS COMO FOCOS GENERADORES DE EMPLEO

En el análisis de la distribución de la oficina de farmacia en España ha de tenerse en cuenta que la farmacia española responde a un "Modelo de Farmacia Mediterráneo", es decir, la oficina de farmacia está definida por ley como un "establecimiento sanitario privado de interés público" donde la propiedad está vinculada a la propiedad y existe una planificación farmacéutica que atiende a criterios poblacionales y geográficos.

Para ilustrar las características del modelo de farmacia español el Consejo General de Colegios Farmacéuticos presentó en febrero de 2009 el informe titulado *"La distribución de la Oficina de Farmacia en España"*[336] que pretende aportar de manera objetiva información cuantitativa y visual sobre la distribución de la oficina de farmacia en la geografía española al objeto de determinar el nivel de accesibilidad de la población a la farmacia siguiendo la estela del

[336]CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS (2009) La distribución de la oficina de farmacia en España. Disponible en: http://www.portalfarma.com/pfarma/taxonomia/general/gp000016.nsf/voDocumentos/FC9C492B00891B8FC12575A50053E045/$File/Informe+Distribucion+de+la+Farmacia+en+Espana+13-02-09.pdf?OpenElement, 7-09-2010.

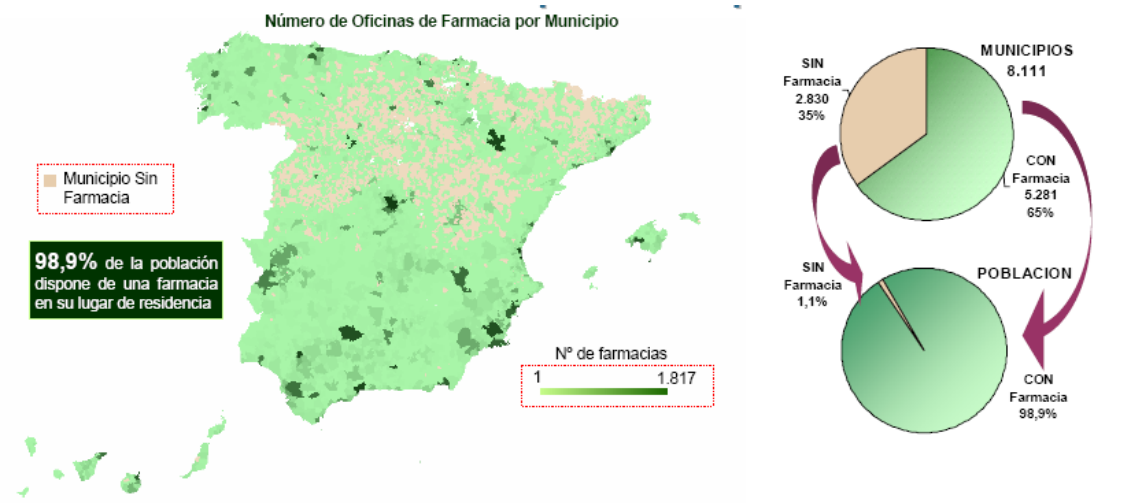
informe realizado por el Colegio de Farmacéuticos de Valencia *"Media de habitantes por farmacia: Una imagen vale más que mil palabras"*[337] utilizado en defensa del Mediterráneo de Farmacia. Este informe concluye que el modelo español de farmacia asegura una distribución eficiente de la red de oficinas de farmacia en todo el territorio pues el 98,9% de la población dispone de al menos una oficina de farmacia en su lugar de residencia y casi el 99,9% de la población española dispone de al menos una oficina de farmacia en su municipio o en términos colindantes. En España hay una farmacia por cada 2.209 habitantes, situándose entre los países de Europa con menor número de habitantes por farmacia. La oficina de farmacia española adapta su nivel de servicio a las necesidades de la población y garantiza que el medicamento llegue en condiciones de igualdad al ciudadano tanto en el medio urbano como en el medio rural. Este hecho, junto a la proximidad y accesibilidad del paciente al profesional farmacéutico convierten a la farmacia española en uno de los servicios sanitarios más valorados.

Cabe destacar que España orográficamente se caracteriza por sus irregularidades, con grandes desequilibrios espaciales, siendo una tierra de contrastes climáticos, variedad en el medio físico y distribución desigual de los recursos naturales, lo que propicia áreas de concentración y áreas de despoblamiento. Territorialmente se halla dividida en 17 Comunidades Autónomas y dos Ciudades Autónomas. A su vez estas Comunidades se dividen en una o varias Provincias haciendo un total de 50 en todo el territorio nacional. Las Provincias están formadas por municipios que son las entidades básicas de organización territorial en España, donde hay un total de 8.111 municipios.

A 1 de enero de 2010 España tenía una población de 46.951.532 habitantes y una densidad de población de 93,04 habitantes/km^2. La población española se concentra en dos zonas prioritariamente: zonas costeras y Madrid capital y alrededores, dejando el interior más despoblado. En España hay 8.111 municipios, de los cuales 895 (11%) tienen una densidad superior a 200 hab/km^2. En estos municipios se concentra el 72% de la población. El nivel de accesibilidad del servicio farmacéutico está determinado por la distribución de la población en el territorio nacional, que en el caso de España se caracteriza por su irregularidad, con grandes desequilibrios espaciales entre áreas de concentración y áreas de despoblamiento. A 31 de

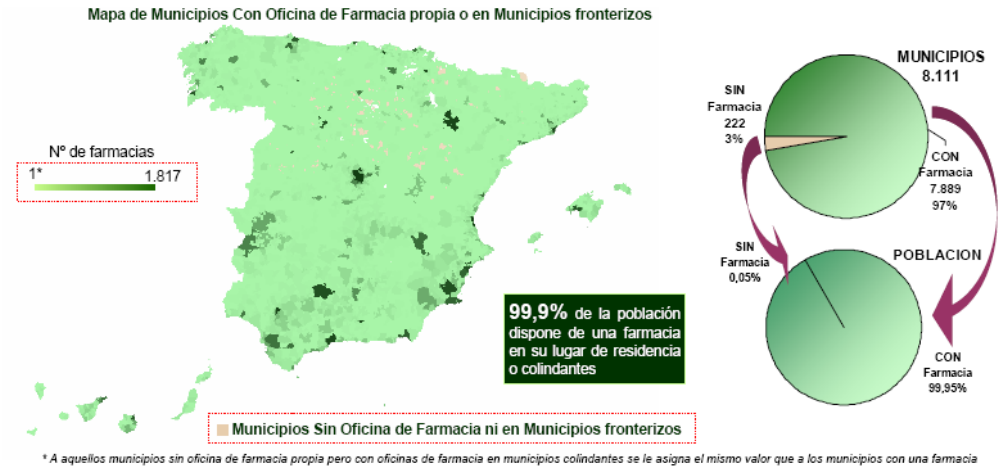
[337] ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS DE VALENCIA (2007) Media de habitantes por farmacia: una imagen vale más que mil palabras. Disponible en: http://www.redfarmaceutica.com/almacen/Plataforma/archivos/892/librillo_mapas.pdf, 7-09-2010.

diciembre de 2007 el 98,9% de la población española residía en municipios con al menos una oficina de farmacia.



Mapa 13. Número de oficinas de farmacia por municipio. Fuente: CGCOF, La distribución de la Oficina de Farmacia en España (336).

Esta población se encontraba distribuida en 5.281 municipios, es decir, el 65,1% de los municipios españoles. En esa misma fecha 2.723 municipios, el 34% del total, presentaban una densidad poblacional inferior a 10 hab/km^2 y menos de 500 habitantes en los que se concentra únicamente el 1% de la población española. El número de farmacias distribuidas en poblaciones de menos de 1.000 habitantes era de 2.078 y en poblaciones de menos de 500 habitantes 1.076. El porcentaje de farmacias situadas en medio rural rozaba el 28%.



Mapa 14. Municipios con farmacia propia o en municipios fronterizos. Fuente: CGCOF, La distribución de la Oficina de Farmacia en España (336).

El hecho de que el 98% de la población dispusiera en 2007 de una oficina de farmacia en su municipio implica que el 98% de la población tiene acceso a al menos un profesional farmacéutico (titular de la oficina de farmacia) y al personal auxiliar de la oficina de farmacia. Si este dato se analiza desde el punto de vista de los municipios se observa que la farmacia aparece como **foco localizado de empleo farmacéutico en el 65% de los municipios españoles**, este es un hecho relevante y necesariamente ha de ser a tenido en cuenta, pues según el *World Health Report 2006* (8) para la consecución de los objetivos en el ámbito del trabajo sanitario ha de tenerse en cuenta la distribución de los trabajadores sanitarios. El Anexo VII, utilizando los mapas elaborados por el CGCOF, profundiza en la distribución provincial de las oficinas de farmacia en España pues las oficinas de farmacia son **foco generador de empleo farmacéutico** (cualificado y no cualificado), **punto localizado del farmacéutico titular y medio de consecución de los objetivos del *World Health Report 2006*** (8).

De la revisión de los datos del informe *"La distribución de la oficina de farmacia en España"* (336) realizado por el CGCOF puede concluirse que la distribución de la oficina de farmacia en el territorio español tiene una implicación directa de marcado carácter social en la contratación laboral pues propicia una distribución directamente proporcional a la densidad poblacional de los puestos de trabajo en oficina de farmacia y establece a nivel territorial una distribución homogénea de la profesión farmacéutica como base del sistema sanitario español en atención primaria. Pero la distribución de la oficina de farmacia no sólo condiciona la distribución de los puestos de trabajo en oficina de farmacia, un estudio realizado por Antares Consulting denominado *"El Mirador de la Farmacia"*[338], centrado en la percepción de la farmacia por parte de los pacientes y el valor que aporta al SNS puso de manifiesto la buena percepción que el paciente tiene de la farmacia por su proximidad, por este motivo el propio paciente propone a la farmacia como centro de programas asistenciales relacionados con su salud, por tanto, la distribución de las oficinas de farmacia condicionan la percepción del paciente valorando este como criterio de selección de la farmacia en un 76% la proximidad frente a un 11% que selecciona la oficina de farmacia por la profesionalidad del personal.[339]

[338] ANTARES CONSULTING (2009) El Mirador de la Farmacia: la opinión de pacientes y usuarios.
[339] EL GLOBAL. Suplemento febrero 2010. Disponible en: www.elglobal.net/documentacionpdf/medicpubli/MP463.pdf, 7-11-2010.

El Instituto de Salud Austriaco (OEBIG) presentó en el año 2007 el informe *"La oficina de farmacia en Europa"*[340,341] en el que se constata que la farmacia española cuenta con los mejores índices de calidad y accesibilidad de la Unión Europea. Los indicadores evaluados fueron los siguientes:

- Indicadores de accesibilidad:
  - Provisión de medicamentos.
  - Accesibilidad de medicamentos con prescripción.
  - Accesibilidad de medicamentos con prescripción en medio rural.
  - Disponibilidad inmediata de medicamentos.
  - Frecuencias de entregas de medicamentos.
- Indicadores de calidad:
  - Disponibilidad de profesionales.
  - Independencia del profesional farmacéutico.
  - Interés en productos farmacéuticos.
  - Importancia del consejo farmacéutico.
  - Participación en campañas sanitarias.

Aprobando con nota todos ellos, con puntuaciones por encima de Irlanda, Holanda, Noruega, Austria y Finlandia. Estos resultados confirman que la ordenación farmacéutica en España actuando sobre la distribución geográfica y demográfica de la oficina de farmacia surte efecto, haciendo de la dispensación del medicamento un instrumento de salud accesible y de calidad. En este sentido el Estudio Eurofarma *"Comparativa de las políticas farmacéuticas de la Unión Europea"*[342] realizado por Antares Consulting en el año 2007, se pone de manifiesto que más de la mitad de los países europeos cuentan con planificación geográfica y demográfica de las farmacias. No obstante, la gran diversidad de políticas y legislaciones dificulta la adopción de una política común e incide en la necesidad de que sean los propios países los que tengan competencia a la hora de regular los servicios sanitarios y farmacéuticos adaptados en función de las necesidades del país, la cultura y la propia idiosincrasia de los ciudadanos.

[340] FARMACÉUTICOS nº 321, p. 14-15. Marzo 2007.
[341] INSTITUTO DE SALUD AUSTRIACO (2007) La oficina de farmacia en Europa.
[342] ANTARES CONSULTING (2007) Estudio Eurofarma: Comparativas de las políticas de la Unión Europea.

VI.2.3. PANORAMA LABORAL DE LA OFICINA DE FARMACIA ESPAÑOLA

Seguidamente se analizará el presente y el futuro de la oficina de farmacia como foco localizado y fuente generadora de empleo.

VI.2.3.1. PRESENTE DE LA OFICINA DE FARMACIA COMO FOCO LOCALIZADO Y GENERADOR DE EMPLEO

Desde finales de los años 90 del siglo XX las oficinas de farmacias en concreto, y el sector farmacéutico en general, se consolidaron como generadores de **empleo de calidad, estable y fijo;** materializándose este hecho con la contratación de un mayor número de Licenciados en Farmacia en detrimento de la contratación del número de auxiliares. El equilibrio existente en los años 90 del siglo pasado entre el número de farmacéuticos y el número de auxiliares contratados desaparece a favor del número de farmacéuticos. Este hecho podría explicarse por la necesidad de trabajadores más cualificados en las oficinas de farmacia y, por otro lado las necesidades colegiales y de reglamentación de las farmacias de horario ampliado, que están obligadas a contratar a farmacéuticos adjuntos en vez de auxiliares para cubrir la totalidad del turno. Las farmacias encuadradas en un tramo de facturación más alto tienden a contratar a un mayor número de licenciados, este hecho está favorecido principalmente por el recambio generacional que se ha producido, pues estas mismas farmacias generalmente son más antiguas y tenían personal auxiliar con mayor antigüedad, personal que había iniciado su andadura profesional a los catorce años y continuaba en la farmacia hasta jubilarse. La cifra de estos auxiliares de gran antigüedad se ha ido reduciendo al llegar muchos de ellos a la edad de jubilación donde han sufrido un remplazo por licenciados en farmacia o por técnicos en farmacia[343]. Esta tendencia sufrió una inversión a partir del año 2007, donde el "pleno empleo" condicionó la falta de adjuntos para la farmacia rural y se planteaba la cuestión de si seriamos capaces de pasar de exportar a importar farmacéuticos. A falta de titulados, hubo que ampliar el número de titulados medios. La dificultad a la hora de encontrar personal para trabajar en oficinas de farmacia en Barcelona obligó a la contratación de auxiliares, que están supliendo a los farmacéuticos, aunque, según los representantes del colectivo, este incremento no repercutió de manera directa sobre la calidad del servicio. Ni los horarios, ni los sueldos de las farmacias resultaban atractivos para los licenciados en farmacia. Este hecho obligó a eliminar

[343] FARMACIA PROFESIONAL. Suplemento, nº 2. Septiembre 2005.

los procesos de selección de profesionales a las farmacias que necesitaban contratar farmacéuticos, contratando a los candidatos disponibles que no siempre eran los más adecuados para las necesidades de la oficina de farmacia ni para el puesto de trabajo a desempeñar.

En el año 2009 la red de farmacias española constaba de 21.166 oficinas de farmacias abiertas al público que cubren más del 65% de los municipios españoles que actúan como **foco generador de empleo farmacéutico** (cualificado y no cualificado).

Los resultados de la Encuesta Anual de Comercio (CNAE-2009)[344] realizada por el INE informa del número de personas ocupados a 30 de septiembre de 2009 en función del régimen de trabajo, sexo y subsector de actividad. **Las oficinas de farmacia dan empleo a 79.820 trabajadores**, de los cuales presentan empleo remunerado 57.526, siendo fijos 52.591 (91,42%) y eventuales 4.935 (8,57%). Dentro de los trabajadores fijos 13.330 son hombres y 39.261 mujeres, el 25,35% y el 74,65% respectivamente.

Si se comparan estos datos con los datos del comercio minorista en general se observa que el porcentaje de trabajadores remunerados fijos es del 81,60% y por tanto inferior al de la oficina de farmacia, cuyo porcentaje de trabajadores remunerados fijos es del 91,42%. Este dato confirma la estabilidad del empleo farmacéutico, donde más del 90% de los trabajadores de oficina de farmacia tienen un contrato fijo. Además, el empleo farmacéutico se confirma como un empleo eminentemente femenino pues 74,65% de los empleados fijos de las oficinas de farmacia son mujeres frente al 62,92% de mujeres empleadas fijas en el comercio minorista.
Este dato es muy positivo pues el empleo femenino y la inserción de la mujer en el entorno laboral se ve condicionado y dificultado por factores psico-sociales y económicos que se convierten en barreras de entrada al mercado laboral, como pone de manifiesto la EPA y la Encuesta Anual de Comercio (EAC) realizada en el año 2010. Aunque los datos del empleo son muy positivos, ha de tenerse en cuenta que la tasa de eventualidad en el empleo farmacéutico es mayor en el segmento femenino (83,69%) y catorce puntos superior a la tasa media de eventualidad femenina en el comercio minorista general (69,14%).

[344] INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (2010) Encuesta Anual del Comercio (CNAE-2009). Disponible en. www.ine.es, 3-10-2010

	COMERCIO AL POR MENOR DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS EN ESTABLECIMIENTOS ESPECIALIZADOS
TOTAL OCUPADOS	**79.820**
REMUNERADOS	57.526
Fijos	52.591
Hombres	13.330
Mujeres	39.261
Eventuales	4.935
Hombres	805
Mujeres	4.130
NO REMUNERADOS	22.294
Hombres	8.577
Mujeres	13.717

Tabla 56. Encuesta Anual de Comercio, 2010. Comercio al por menor de productos farmacéuticos en establecimientos especializados. Elaboración propia. Fuente: INE, Encuesta Anual del Comercio (343).

	COMERCIO AL POR MENOR, EXCEPTO DE VEHÍCULOS DE MOTOR Y MOTOCICLETAS
TOTAL OCUPADOS	**1861276**
REMUNERADOS	1362599
Fijos	1111974
Hombres	412358
Mujeres	699616
Eventuales	250626
Hombres	77336
Mujeres	173290
NO REMUNERADOS	498677
Hombres	246685
Mujeres	251992

Tabla 57. Encuesta Anual de Comercio, 2010. Comercio al por menor, excepto de vehículos de motor y motocicletas. Fuente: INE, Encuesta Anual del Comercio (343).



Gráfico 58. Encuesta Anual de Comercio, 2010. Comercio al por menor, excepto de vehículos de motor y motocicletas, tasas de ocupación. Elaboración propia. Fuente: INE, Encuesta Anual del Comercio (343).

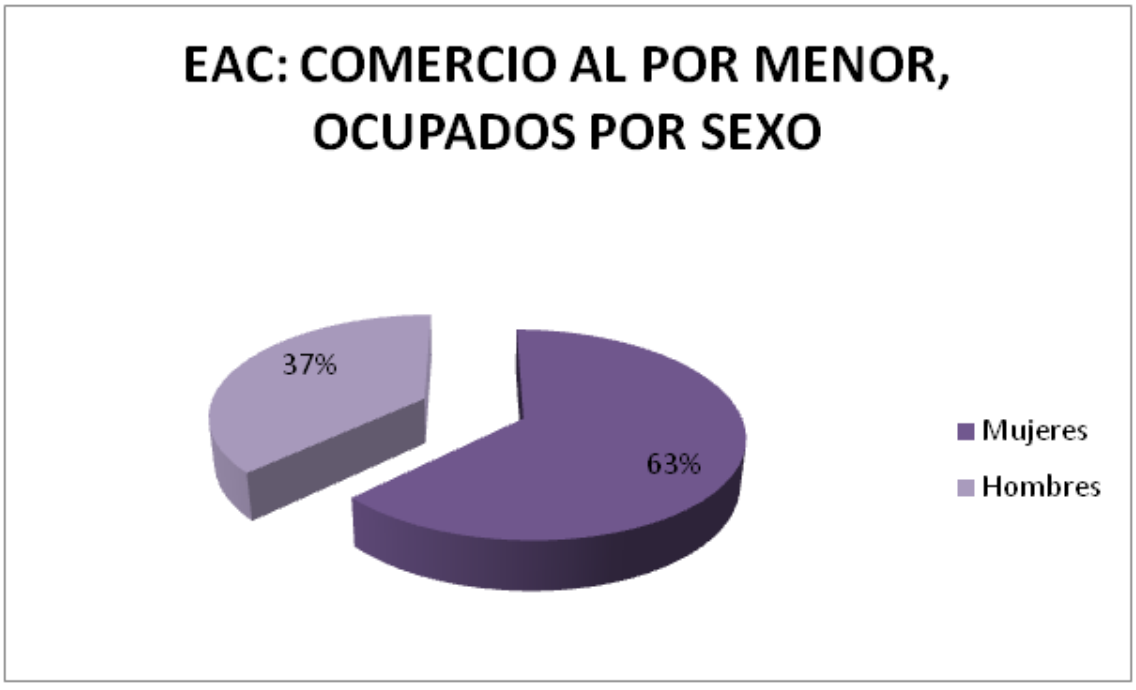


Gráfico 59. Encuesta Anual de Comercio, 2010. Comercio al por menor, excepto de vehículos de motor y motocicleta, ocupados por sexo. Elaboración propia. Fuente: INE, Encuesta Anual del Comercio (343).

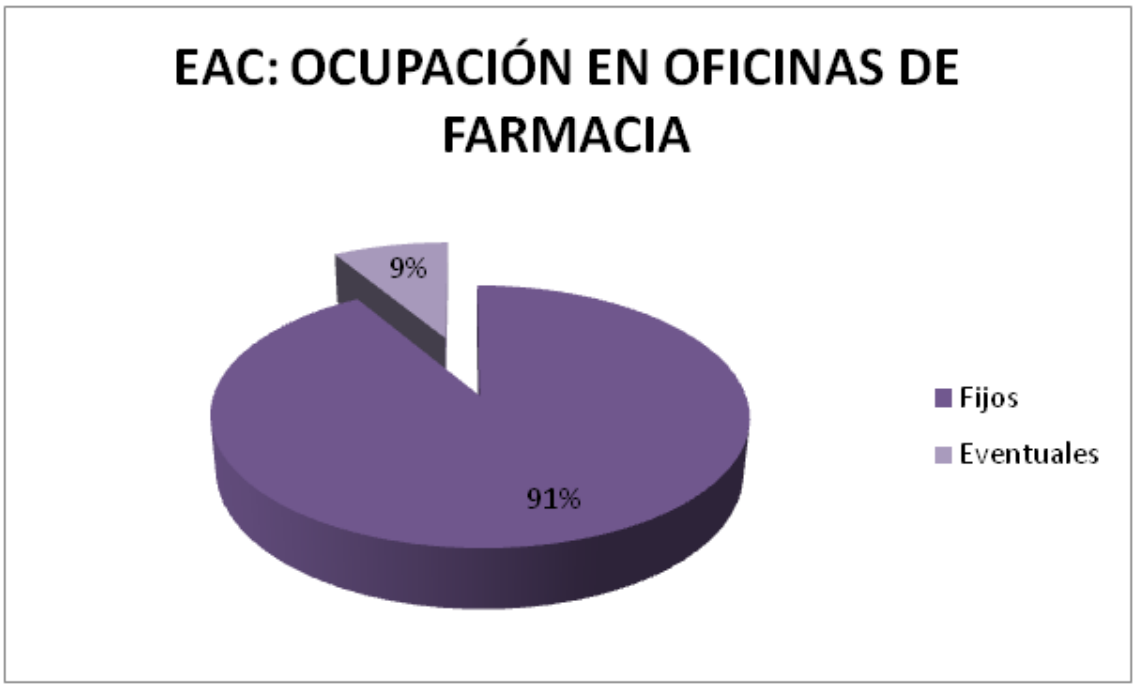


Gráfico 60. Encuesta Anual de Comercio, 2010. Comercio al por menor de productos farmacéuticos en establecimientos especializados, tasas de ocupación. Elaboración propia. Fuente: INE, Encuesta Anual del Comercio (343).



Gráfico 61. Encuesta Anual de Comercio, 2010. Comercio al por menor de productos farmacéuticos en establecimientos especializados, ocupados por sexo. Elaboración propia. Fuente: INE, Encuesta Anual del Comercio (343).

	COMERCIO AL POR MENOR (CNAE 52)	OFICINAS DE FARMACIA (CNAE 5231)
OCUPADOS POR EMPRESA	3,5	**3,8**
PRODUCTIVIDAD (EUROS)	24.360,9	**44.264,7**
SALARIO MEDIO (EUROS)	15.326,3	**17.679,2**
TASA DE VALOR AÑADIDO	65,2	**81,4**
TASA DE GASTOS DE PERSONAL	57,5	**36,8**
TASA DE ASALARIADOS	71,9	**71,7**
TASA DE ESTABILIDAD EN EL EMPLEO	79	**87,4**
TASA DE PARTICIPACIÓN FEMENINA	60,4	**71,7**
TASA DE EMPLEO FEMENINO ASALARIADO	64,5	**75,4**
TASA DE EXTERNALIDAD EN EL EMPLEO	0,7	**0,3**

Tabla 58. Empleo y condiciones laborales en el comercio minorista y la oficina de farmacia, 2010. Elaboración propia. Fuente: INE, Encuesta Anual del Comercio (343).

Si se comparan las principales variables relativas al empleo y condiciones laborales del puesto de trabajo entre el comercio minorista y la oficina de farmacia se puede concluir que la oficina de farmacia presenta una mayor media de ocupados por lugar de trabajo, 3,8 empleados frente a 3,5 en el comercio minorista. De estos 3,8 empleados el CGCOF en sus estadísticas de colegiados del año 2009 afirma que de media en España 2,1 de estos empleados son licenciados en farmacia, por tanto es un trabajo altamente cualificado. El vocal de Oficina de Farmacia del CGCOF, Teodomiro Hidalgo, en unas declaraciones realizadas en 2007 a Correo Farmacéutico afirmó que "incluso podríamos decir que roza la inclusión de un tercer titulado. Sin duda se pude afirmar que las boticas han pasado de ser un espacio de trabajo en solitario a un centro de trabajo en equipo".[345]

No sólo el número de empleados distingue a la oficina de farmacia a nivel laboral del comercio minorista, el salario medio de la oficina de farmacia es de 17.679,2 euros frente al del comercio minorista que se sitúa en 15.326,3 euros. El crecimiento del salario en los últimos ocho años ha sido 182,4 euros superior en la oficina de farmacia, como se muestra en el gráfico 62.

[345] CORREO FARMACÉUTICO. Semana del 11 al 17 de junio de 2007. Disponible en: http://www.correofarmaceutico.com/2007/06/11/al-dia/profesion/siete-de-cada-diez-colegiados-y-seis-de-cada-diez-titulares-ya-son-mujeres, 11-05-2009.

Aunque la tasa de asalariados es mayor en el comercio minorista, la tasa de estabilidad en el empleo es mucho mayor en la oficina de farmacia (87,4%) al igual que la tasa de participación femenina (71,7%) y la tasa de empleo femenino asalariado (75,4%).

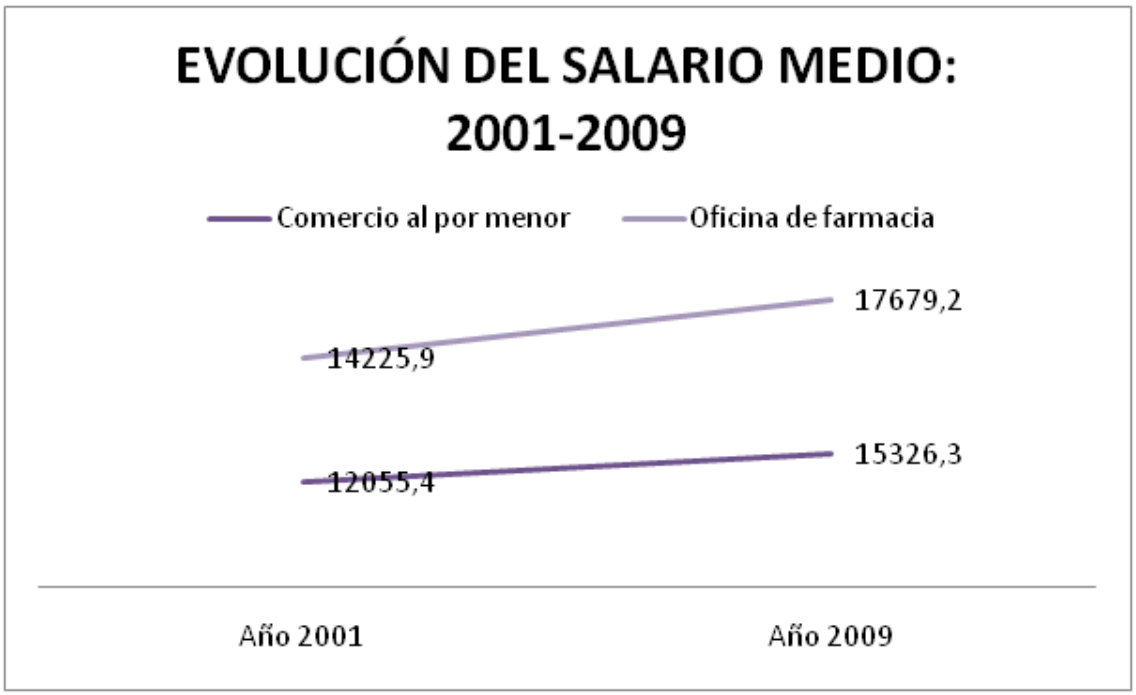


Gráfico 62. Evolución del salario medio: 2001-2009. Comercio al por menor de productos farmacéuticos en establecimientos especializados y comercio al por menor. Fuente: INE, Encuesta Anual del Comercio (343).

La otra cara del panorama laboral de la oficina de farmacia es el paro registrado entre los Licenciados en Farmacia. Este paro es significativamente inferior a la media nacional, situándose además en 2009, según el CGCOF, por debajo de la tasa de paro del conjunto de Estudios Superiores.

FECHA	PARO REGISTRADO FARMACIA	COLEGIADOS EN SITUACIÓN DE TRABAJAR	TASA DE PARO FARMACÉUTICO	TASA DE PARO DE ESTUDIOS SUPERIORES	TASA GENERAL DE PARO
Diciembre de 2007	3.380	57.784	5,85%	5,30%	8,26%
Diciembre de 2008	3.992	58.247	6,85%	6,33%	11,34%
Diciembre de 2009	4.897	59.806	8,19%	9,11%	18,01%

Tabla 59. Paro registrado y tasas de desempleo farmacéutico, de estudios superiores y paro general. Elaboración propia. Fuente: CGCOF, Estadísticas de Colegiados y Oficinas de Farmacia 2009 (325).

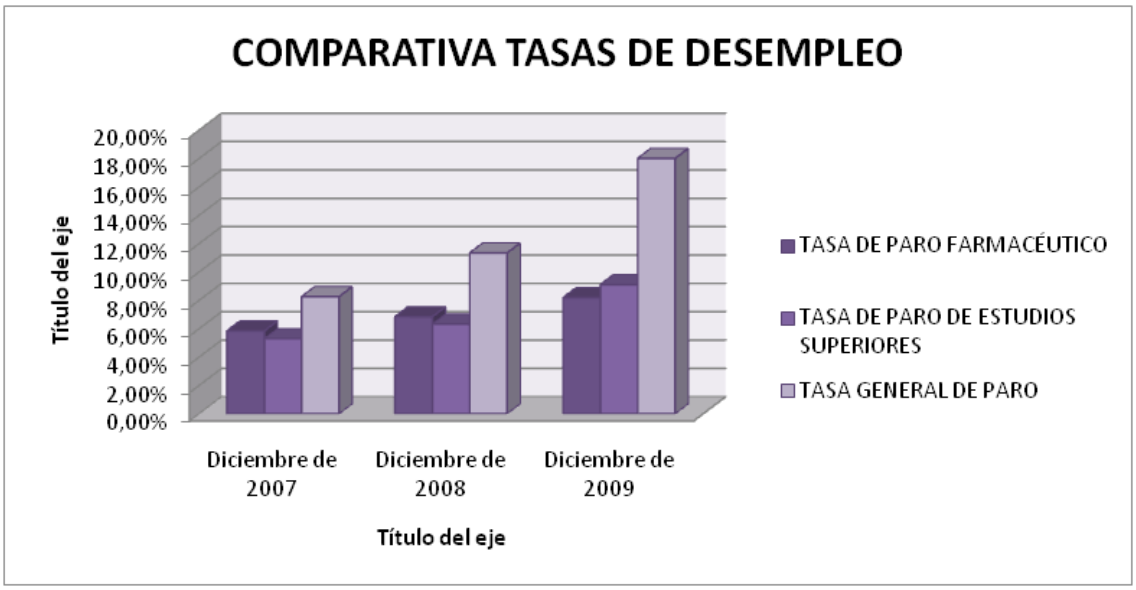


Gráfico 63. Comparativa tasas de desempleo: farmacéutico, estudios superiores y nacional. Elaboración propia. Fuente: CGCOF, Estadísticas de Colegiados y Oficinas de Farmacia 2009 (325).

TITULACIÓN	DICIEMBRE DE 2007	DICIEMBRE DE 2008	DICIEMBRE DE 2009
TÉCNICO EN FARMACIA	1.565	2.003	2.600
LICENCIADO EN FARMACIA	1.730	1.879	2.152
FARMACÉUTICO ESPECIALISTA EN FARMACOLOGÍA	2	5	4
FARMACÉUTICO ESPECIALISTA EN TOXICOLOGÍA	0	0	1
FARMACÉUTICO ESPECIALISTA EN FARMACIA INDUSTRIAL Y GALÉNICA	2	10	12
FARMACÉUTICO ESPECIALISTA EN TECNOLOGÍA	1	1	0
FARMACÉUTICO ESPECIALISTA EN ANÁLISIS CLÍNICOS	15	20	22
FARMACÉUTICO ESPECIALISTA EN BIOQUÍMICA CLÍNICA	1	3	7
FARMACÉUTICO ESPECIALISTA EN MICROBIOLOGÍA Y PARASITOLOGÍA	10	7	9
FARMACÉUTICO ESPECIALISTA EN SANIDAD AMBIENTAL	2	0	2
FARMACÉUTICO ESPECIALISTA RADIOFARMACIA	1	1	1
FARMACÉUTICO ESPECIALISTA EN NUTRICIÓN Y DIETÉTICA	2	3	1
FARMACÉUTICO ESPECIALISTA EN ANÁLISIS	2	3	2
FARMACÉUTICO ESPECIALISTA EN FARMACIA HOSPITALARIA	12	13	15
DOCTOR EN FARMACIA	33	44	66
TOTAL	**3.380**	**3.992**	**4.897**

Tabla 60. Paro farmacéutico por especialidades (se incluye al técnico en farmacia). Fuente: CGCOF, Estadísticas de Colegiados y Oficinas de Farmacia 2009 (325).

El panorama laboral de la oficina de farmacia en el año 2010 se ha visto muy afectado por la inestabilidad del mercado laboral nacional y la crisis financiera mundial. En el mes de septiembre los Servicios Públicos de Empleo registraron 2.888 demandantes de empleo de licenciados en farmacia, de los cuales, 2.207 eran parados. Estas cifras, aunque peores que los datos de los últimos años, son muy inferiores a las registradas en el año 1995 cuando el

problema del paro era uno de los grandes fantasmas y existían 5.656 farmacéuticos inscritos demandantes de empleo en el INEM.[346]

Durante el 2010 los Servicios Públicos de Empleo Estatal (SEPE) registraron un total de 4.256 contratos acumulados, realizados a un total de 2.944 personas demandantes de empleo con la titulación de licenciados en farmacia. En septiembre de 2010, las cifras registradas eran de 416 contratos a 385 personas, de los cuales:

- 338 contratos son de duración temporal.
- 286 contratos son de jornada completa.

Cabe destacar que la tendencia del año 2010 es al crecimiento de la temporalidad en los contratos a licenciados en farmacia (crecimiento del 23,8% con respecto al mismo mes del año anterior). Este es un dato negativo para el panorama laboral de la oficina de farmacia, pues incidirá en la tasa de estabilidad del empleo farmacéutico disminuyéndola, por no hablar de la incidencia de este hecho en la calidad del servicio farmacéutico.

PARADOS POR SEXO Y TRAMOS DE EDAD			
	TOTAL	VARIACIÓN	
		MENSUAL	ANUAL
Por sexo			
Hombre	376	3,01%	11,90%
Mujer	1.831	4,21%	7,26%
Total	**2.207**	**4,01%**	**8,03%**
Por tramos de edad			
18-24	55	89,66%	44,74%
25-29	301	11,07%	3,79%
30-39	895	1,82%	9,41%
40-44	301	-1,31%	-2,27%
>44	655	2,66%	11,21%
Total	**2.207**	**4,01%**	**8,03%**

Tabla 61. Licenciados en Farmacia: Parados por sexo y tramos de edad. Septiembre 2010. Elaboración propia. Fuente: SEPE, Información mensual del mercado de trabajo de Titulados Universitarios[347].

El número de parados aumentó respecto a agosto del 2010 un 4,01% y de manera acumulada en el año 2010 un 8,03%. Siendo mayor este incremento en las mujeres y en los tramos de edad comprendidos entre los 30 y los 39 años y de 44 años en adelante.

[346] FARMACÉUTICOS nº 194 (Suplemento). Diciembre 1995.
[347] SERVICIO PÚBLICO DE EMPLEO ESTATAL (2010) Información mensual del Mercado de Trabajo de Titulados Universitarios.

CONTRATOS POR SEXO Y TRAMO DE EDAD			
	TOTAL	VARIACIÓN	
		MENSUAL	ANUAL
POR SEXO			
HOMBRE	64	14,29%	8,47%
MUJER	352	97,75%	19,32%
TOTAL	**416**	**77,78%**	**17,51%**
POR TRAMOS DE EDAD			
18-24	26	73,33%	44,44%
25-29	96	60,00%	14,29%
30-39	161	78,89%	1,90%
40-44	50	66,77	25,00%
>44	83	112,82	53,70%
TOTAL	**416**	**77,8%**	**17,51%**

Tabla 62. Licenciados en Farmacia: Contratos por sexo y tramos de edad. Septiembre 2010. Elaboración propia. Fuente: SEPE, Información mensual del mercado de trabajo de Titulados Universitarios (347).

El número de contratos aumentó respecto a agosto del 2010 un 77,8% y de manera acumulada en el año 2010 un 17,51%; siendo mayor este incremento entre las mujeres y en los tramos de edad comprendidos entre los 30 y los 44 años.

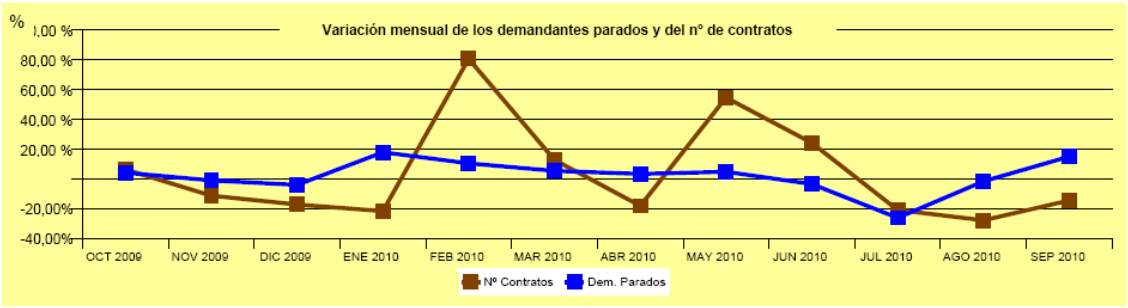


Gráfico 64. Licenciados en Farmacia: Variación mensual de los demandantes de empleo en paro y el número de contratos. Septiembre 2010. Fuente: SEPE, Información mensual del mercado de trabajo de Titulados Universitarios (347).

La ocupación para la que fue demandado mayor número de farmacéuticos durante el mes de septiembre fue la de farmacéutico de oficina de farmacia con un 66,35% del total de los contratos (276 licenciados). La Comunidad Autónoma donde se realizaron un mayor número de contratos fue Madrid seguida de Sevilla y Valencia

Según la información suministrada por el Servicio Público de Empleo mensualmente del mercado de trabajo de Formación Profesional, se registraron 4.023 demandantes de empleo como Técnicos en farmacia, de los cuales, 2.800 eran parados.

El número total de contratos acumulados realizados hasta septiembre del 2010 fue de 6.312, que dieron empleo a un total de 3.651 personas demandantes de empleo con la titulación de Técnico en Farmacia. En septiembre de 2010, las cifras registradas fueron de 536 contratos a 478 personas, de los cuales:

- 503 contrato son de duración temporal.
- 326 contratos son de jornada completa.

Cabe destacar que la tendencia del año 2010 es al crecimiento de la temporalidad en los contratos a Técnicos en Farmacia (crecimiento del 16,7% con respecto al mismo mes del año anterior). Al igual que en los contratos a Licenciados en Farmacia este es un dato negativo para el panorama laboral de la oficina de farmacia, pues incidirá en la tasa de estabilidad y la calidad del empleo farmacéutico disminuyéndola.

PARADOS POR SEXO Y TRAMOS DE EDAD			
	TOTAL	VARIACIÓN	
		MENSUAL	ANUAL
Por sexo			
Hombre	325	8,70%	21,72%
Mujer	2.475	12,96%	17,75%
Total	**2.800**	**12,45%**	**18,19%**
Por tramos de edad			
<18	1	-66,67%	0,00%
18-24	752	16,23%	29,43%
25-29	712	4,86%	13,56%
30-39	733	13,47%	24,03%
40-44	198	15,12%	-1,00%
>44	404	17,78%	9,19%
Total	**2.800**	**12,45%**	**18,19%**

Tabla 63. Técnicos en Farmacia: Parados por sexo y tramos de edad. Septiembre 2010. Elaboración propia. Fuente: SEPE, Información mensual del mercado de trabajo de Formación Profesional[348].

El número de parados aumentó respecto a agosto del 2010 un 12,45% y de manera acumulada en el año 2010 un 18,19%; siendo mayor este incremento acumulado en las mujeres y en los tramos de edad comprendidos entre los 18 y los 24 y los 30 y los 39 años.

[348] SERVICIO PÚBLICO DE EMPLEO ESTATAL (2010) Información mensual del Mercado de Trabajo de Formación Profesional.

.CONTRATOS POR SEXO Y TRAMO DE EDAD			
	TOTAL	VARIACIÓN	
		MENSUAL	ANUAL
POR SEXO			
HOMBRE	63	18,87%	53,66%
MUJER	473	42,47%	10,51%
TOTAL	**536**	**39,22%**	**14,29%**
POR TRAMOS DE EDAD			
18-24	168	15,86%	17,48%
25-29	175	92,31%	30,60%
30-39	110	26,44%	29,41%
40-44	39	44,44%	-26,42%
>44	44	29,412	-18,52%
TOTAL	**536**	**39,22%**	**14,29%**

Tabla 64. Técnicos en Farmacia: Contratos por sexo y tramos de edad. Septiembre 2010. Elaboración propia. Fuente: SEPE, Información mensual del mercado de trabajo de Formación Profesional (348).

El número de contratos aumento respecto a agosto del 2010 un 39,22% y de manera acumulada en el año 2010 un 14,29%. Siendo mayor este incremento acumulado mayor entre los varones y en los tramos de edad comprendidos entre los 30 y los 39 años.

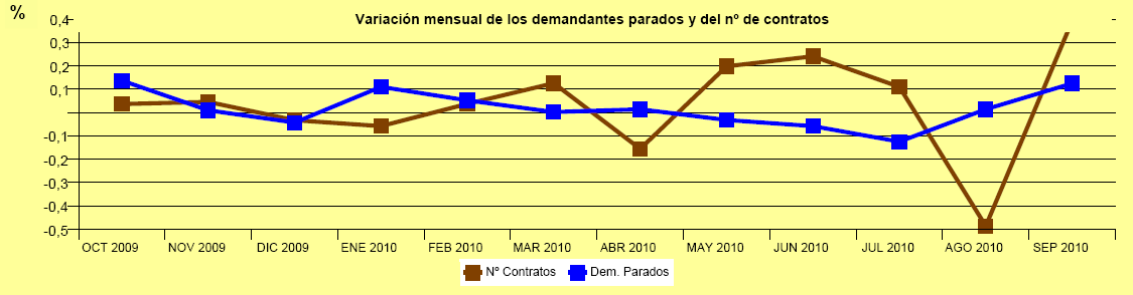


Gráfico 65. Técnicos en Farmacia: Variación mensual de los demandantes de empleo en paro y el número de contratos. Septiembre 2010. Fuente: SEPE, Información mensual del mercado de trabajo de Formación Profesional (348).

La ocupación para la que fue demandado mayor número de Técnicos en Farmacia durante el mes de septiembre fue la de ayudante farmacéutico para oficina de farmacia con un 18,10% del total de los contratos (97 Técnicos en Farmacia). La Comunidad Autónoma donde se realizaron un mayor número de contratos fue Valencia seguida de Sevilla, Cádiz y Madrid.

Aunque la realidad actual no propicia la creación de puestos de empleo ha de tenerse en cuenta que las profesiones sanitarias siguen siendo las más demandadas. Entre ellas, la medicina y la enfermería destacan por la dificultad a la hora de cubrir las vacantes de empleo en distintos puntos de la geografía española. Estos datos se desprenden del Catálogo de Ocupaciones de Difícil Cobertura (CODC)[349] que publica el Servicio Público de Empleo Estatal y que cada trimestre se encarga de abrir el debate sobre la falta de médicos en España. El CODC, al que se alude en el artículo 50.a) del Reglamento de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero[350], sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, aprobado por el Real Decreto 2393/2004, de 30 de diciembre[351], contiene las ocupaciones en las que los Servicios Públicos de Empleo han encontrado dificultad para gestionar las ofertas de empleo que los empleadores les presentan cuando quieren cubrir puestos de trabajo vacantes. El catálogo está desagregado por provincias, islas en el caso de las Comunidades Autónomas Baleares y Canarias y las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, y tiene carácter trimestral, extendiéndose su vigencia desde el primer hasta el último día laborable del trimestre natural siguiente al de su publicación.

La presencia de una ocupación en el catálogo de la zona geográfica de que se trate, implica, para el empleador, la posibilidad de conocer de antemano las ocupaciones con mayor problema de cobertura en su comunidad y tramitar la autorización para residir y trabajar dirigida a un trabajador extranjero. En el caso de que la ocupación no esté incluida en el catálogo, el empleador deberá presentar una oferta en la oficina de empleo.

En concreto, en el primer trimestre de 2011 figuraba como parte del CODC la profesión farmacéutica en el Principado de Asturias. Este catálogo podría ser de gran utilidad para las provincias y regiones que cuentan con amplias zonas rurales de difícil acceso y numerosos turnos de guardia, pues facilitaría la contratación en origen de farmacéuticos para cubrir esas vacantes.

Pero la migración de farmacéuticos no es solo un proceso de absorción de inmigración por el cual se cubren las vacantes de farmacéuticos dentro del territorio español, sino que es un

[349] SERVICIO PÚBLICO DE EMPLEO ESTATAL (2011) Catálogo de Ocupaciones de Difícil Cobertura (2011). https://www.redtrabaja.es/es/redtrabaja/static/Redirect.do?page=af04, 10-01-2011.
[350] Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. BOE nº 10, 12-01-2000, p.1139-1150.
[351] Real Decreto 2393/2004, de 30 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social.BOE nº6, 7-01-2005, p.485-539.

fenómeno de ida y vuelta, la emigración de farmacéuticos también tiene lugar en España y condiciona (o condicionaba hasta el comienzo de la crisis mundial) el entorno laboral de la oficina de farmacia.

La emigración de farmacéuticos es un fenómeno cada vez más frecuente en el sector y a nivel global. Las causas de la inmigración no han sido estudiadas en profundidad pero pueden ser similares a las esgrimidas por otros profesionales sanitarios como médicos o enfermeros: búsqueda de más satisfacción profesional, más oportunidades para desarrollar una carrera y mejores condiciones laborales. Todas estas causas han sido ampliamente analizadas en el capítulo IV. En el caso de España el fenómeno es especialmente significativo en relación con Reino Unido, país que desde el año 2000 se ha convertido en un gran receptor de farmacéuticos españoles, siendo el número de profesionales españoles superior al de otras nacionalidades angloparlantes. Pero, ¿qué valoran de los licenciados españoles? En esencia, su formación universitaria y sus amplios conocimientos teóricos, que deben complementar, para poder ejercer allí, con soltura a la hora de comunicarse con el paciente y de darle la información adecuada sobre su tratamiento.[352]

La propia embajada británica y distintas cadenas realizan convocatorias periódicas para captar profesionales. El número de estas campañas de captación ha disminuido pues a pesar de la liberalización de la propiedad de la oficina de farmacia existente en Reino Unido, sus boticas también sufren recortes en el precio de los medicamentos y se han adoptado una serie de medidas que han mermado la rentabilidad global de estos establecimientos y, por tanto, con el número de vacantes.[353] El descenso de las plazas ofertadas ha aumentado la exigencia con respecto al perfil de los candidatos, llegando incluso a reclamar al farmacéutico que viaje a Reino Unido para una evaluación previa. Además, el perfil del candidato se ha modificado desde el año 2008 por efecto de la crisis mundial, aunque el farmacéutico tipo que emigra es el recién licenciado también aparece la figura de un farmacéutico más maduro como puede ser un visitador médico o del delegado de ventas de la industria farmacéutica que ha perdido su empleo por recortes de personal en los últimos meses (352).

[352]CORREO FARMACÉUTICO. Semana del 26 de julio al 1 de agosto de 2010. Disponible en: http://www.correofarmaceutico.com/2010/07/26/gestion/contratacion-en-reino-unido-antes-que-idioma-hay-que-saber-atender-al-paciente, 17-01-2011.

[353] EL GLOBAL. Semana 24 al 30 de enero de 2010. Disponible en: http://www.elglobal.net/documentacionpdf/globalpdf/2011/504.pdf, 6-2-2011.

No sólo Reino Unido ofrece mejores condiciones laborales, Portugal y Suecia e incluso Estados Unidos también ofrecen puestos de trabajo a los farmacéuticos españoles. En palabras de Benito del Castillo, ex-Decano de la Facultad de Farmacia de la Universidad Complutense "es un mal negocio, porque se forman en las universidades públicas, para que luego se beneficien otros países".[354]

Independientemente de este hecho, las oficinas de farmacia españolas se sitúan en una posición de liderazgo en creación y mantenimiento de empleo de calidad destacando por[355]:

- Aportación cuantitativa, más de 130.000 trabajadores entre directos e indirectos.
- Aportación cualitativa, elevadas tasas de actividad y de ocupación:
    - alta cualificación intensiva
    - mayoritaria ocupación femenina
    - estabilidad en el empleo
    - bajo absentismo
    - formación continuada

Asimismo, es constatable la escasez de profesionales farmacéuticos que ha vivido España en los últimos años, incluso siendo una profesión inscrita en el Catálogo de Ocupaciones de Difícil Cobertura del Ministerio de Trabajo.

Las condiciones de trabajo de los farmacéuticos son similares a las del resto de los profesionales de la salud, compartiendo características con todas ellas como las dificultades para conciliar la vida laboral con la personal, sufrir riesgos laborales tipificados como psicosociales (estrés y burn out, principalmente), transferencia emocional de los pacientes y peso de la responsabilidad profesional. A pesar de ello, el colectivo farmacéutico, comparado con médicos, odontólogos, veterinarios y enfermeros, un mayor grado de satisfacción y una estabilidad profesional más alta (escasa rotación y contratación indefinida y mayoritaria). A ello contribuye, sin duda, el hecho de realizar su trabajo en un entorno de micro-empresa, con contacto directo y personal con el propietario y con mayor capacidad para negociar intereses personales y específicos.

[354] CORREO FARMACÉUTICO. Semana del 11 al 17 de Junio de 2007. http://www.correofarmaceutico.com/2007/06/11/al-dia/profesion/la-cifra-de-matriculaciones-se-reduce-un-25-en-una-decada, 6-05-208.
[355] FARMACÉUTICOS nº 353, p.9. Febrero de 2010.

La situación entre licenciados en Farmacia era técnicamente de pleno empleo en 2010, ello lleva, según el estudio *"El capital humano en las oficinas de farmacia del siglo XXI"*[356] realizado por Cruañas Asociados y presentado en el marco de las Jornadas APROAFA 2010 que tuvieron lugar el 3 de Febrero de 2010 en Toledo, casi un 80% de los farmacéuticos titulares opina que no es fácil encontrar personal cualificado. Esta situación se manifiesta con mayor claridad en las pequeñas poblaciones y entre las farmacias de menor tamaño, así como en los casos en los que se pretende ofrecer puestos de trabajo no estables (suplencias por bajas por enfermedad o vacaciones). El 77% de los titulares buscan a sus nuevos empleados en la bolsa de trabajo de los Colegios de Farmacéuticos, el 14% por amigos o conocidos, 13% en la bolsa de trabajo de las Facultades, otras bolsas de trabajo de las cooperativas farmacéuticas y el resto por anuncios, Internet o servicios públicos de empleo.

VI.2.3.2. FUTURO DE LA OFICINA DE FARMACIA COMO FOCO LOCALIZADO Y FUENTE DE EMPLEO

La aplicación de los Reales Decreto 4/2010 (21) y 8/2010 (22) ha tenido un efecto inmediato en la reducción del beneficio de la farmacia, efecto que traduce el farmacéutico titular en su faceta de empresario en un análisis detallado de los gastos, siempre con el objetivo de reducirlos.

La contabilidad de la oficina de farmacia pasa a un primer plano, ejemplo del mismo es la publicación por Correo Farmacéutico de "Los diez mandamientos contables de la oficina de farmacia" que son un decálogo[357] de contabilidad básica que pretende actuar como guía a la hora de hacer cálculos de los costes y beneficios del negocio. Para ello ha de partirse del análisis de los datos de toda la botica y a partir de ahí podrá tomarse una decisión estructurada sobre los gastos que son prescindibles, y haciendo especial hincapié en los gastos de personal.

[356] MUNDO FARMACÉUTICO, nº 234, p.5. Febrero 2010..

[357] CORREO FARMACÉUTICO. Semana del 3 al 10 de Mayo de 2010. Disponible en: http://www.correofarmaceutico.com/2010/05/03/gestion/rdl-42010-menos-stock-con-mas-rotacion-mas-dependencia-del-mayorista-y-mas-venta-libre.

Los gastos de personal son los gastos fijos más importantes de una oficina de farmacia y por tanto ha de ajustarse la inversión en personal a las necesidades empresariales y valorar el impacto que puede tener en la venta si se elimina ese puesto de trabajo. Las actuaciones sobre el personal son la única medida de ahorro con impacto real y en la oficina de farmacia pueden ir encaminadas en dos sentidos:

- Disminución del número de trabajadores = generación de paro farmacéutico.
- Modificación del perfil profesional de la oficina de farmacia pasando de uno altamente cualificado a trabajadores de rango técnico=disminución de la calidad del servicio.

¿Porqué los gastos de personal son los gastos fijos más importantes de una oficina de farmacia? ¿Cuánto cuesta al farmacéutico como empleador la inversión en personal? Según el *"Informe anual de oficinas de farmacia 2010"* realizado por ASPIME[358] se pueden analizar los costes de personal desde dos prismas distintos: por facturación bruta de la oficina de farmacia y por tipo de farmacia (turística, media o populosa) para obtener los costes como resultado porcentual sobre la facturación bruta de la oficina de farmacia pudiendo determinarse según las circunstancias dichos costes, que se explicitan seguidamente.

- Costes laborales de una farmacia con una facturación anual bruta de hasta 300.000 euros.

Si se analiza la partida de gastos de las farmacias con una facturación inferior a 150.000 euros se aprecia que los farmacéuticos incluidos en este intervalo de ventas no destinan inversión al epígrafe de personal. Si se toman decisiones de contratación de personal suelen ser contrataciones a tiempo parcial con el fin de liberar al titular de la dependencia del horario comercial para que pueda realizar las gestiones propias de la administración empresarial de la oficina de farmacia. Este tipo de gastos se vieron frenados drásticamente en 2008, manteniéndose esta tendencia hasta nuestros días. En 2008 los gastos de personal supusieron el 7,23% de la facturación anual (salarios de empleados, Seguridad Social a cargo de la empresa y cotizaciones de autónomos del titular) frente al 10,08% del 2007. Independientemente del intento de profesionalización y de conciliación de la vida laboral de la oficina de farmacia pequeña ha de entenderse la reacción ante la pérdida de márgenes reduciendo el ratio de contratación de forma importante.

[358] ASPIME (2010) Informe Anual de Oficinas de Farmacia. Disponible en: www.aspime.es, 14-01-2011.

- Costes laborales de una farmacia con una facturación anual bruta de entre 300.001-600.000 euros.

Las farmacias de facturación anual entre 300.001 y 600.000 euros se ven afectadas principalmente por la dependencia que exige el horario comercial de las oficinas de farmacia. El farmacéutico titular de este sector de facturación de farmacias intenta mantener la tasa de empleo de su negocio, repuntando hasta el 9,61% sobre ventas en el 2008. La creación de empleo por parte de la oficina de farmacia es un valor añadido considerando la tasa de paro que existía en 2008 y la que existe en la actualidad. El farmacéutico titular se convierte en un empresario que "crea e intenta mantener" el empleo", incluso con la reducción de márgenes se sigue apoyando en la política laboral.

- Costes laborales de una farmacia con una facturación anual bruta de entre 600.001-900.000 euros.

Las farmacias incluidas en este segmento apuestan por un servicio de calidad en el empleo, implementando políticas de profesionalización en su farmacia, prácticamente igualando a 2007 en sus costes de personal sobre facturación hasta un 9,81% sobre la facturación anual bruta de 2008. Este dato imprime el sello definitivo del farmacéutico español como generador de empleo, donde la contratación de personal cualificado que ofrezca una garantía a su establecimiento sanitario es un fundamento básico para mantener su nivel de competitividad.

- Costes laborales de una farmacia con una facturación anual bruta de entre 900.001-1.200.000 euros.

El coste de personal sobre la venta anual bruta de este segmento de facturación se incrementa considerablemente, hasta el 10,45% en 2008. Desde 2004 hasta 2008 no se origina una disminución de la tasa de empleo de estas farmacias. Llegado este momento, es importante recordar el efecto contrario que puede provocar en algunas oficinas de farmacia la reducción drástica de su estructura de personal, disminuyendo su profesionalización y estándares de calidad sanitaria.

- Costes laborales de una farmacia con una facturación anual bruta de más de 1.200.000 euros.

Las oficinas de farmacia instaladas en este intervalo siguen copando año tras año la cota máxima de costes laborales de la muestra: 10,67% sobre facturación en 2008. El no decrecimiento sustancial de esta tasa supone una respuesta positiva coyunturalmente y en términos de empleo, confirmando la premisa que convierte al farmacéutico en un empresario que "apuesta por su negocio en épocas de crisis", optando por mejorar la calidad en el servicio de su negocio bien contratando personal cualificado, mejorando las condiciones económicas; o bien incorporando modelos de retribuciones sociales, asumiendo costes de sus empleados como seguros médicos, guarderías de sus hijos, planes de pensiones, etc…

Estas oficinas de farmacia siguen luchando con factores como disminución del margen bruto de beneficios, la baja tasa de rentabilidad sobre ventas, la fuerte competencia, la escasa o nula rentabilidad del suministro a residencias, los máximos marginales de imposición fiscal en renta, y la gran retención del RDL 5/2000 (193).

	MARGEN BRUTO 2008 (PROMEDIO)	GASTOS DE PERSONAL S/FACTURACIÓN 2008 (PROMEDIO)	MARGEN NETO ANTES DEL IRPF 2008 (PROMEDIO)	AMORTIZACIÓN S/FACTURACIÓN 2008 (PROMEDIO)
0 a 300.000	28,74%	**7,23%**	8,58%	4,29%
300.001 a 600.000	29,08%	**9,61%**	7,55%	4,33%
600.001 a 900.000	28,29%	**9,81%**	8,15%	3,34%
900.000 a 1.200.000	27,97%	**10,45%**	10,69%	3,54%
Más de 1.200.000	26,69%	**10,67%**	7,34%	2,83%

Tabla 65. Margen bruto, neto y gastos de personal sobre la facturación por segmentos de farmacias (2008). Elaboración propia. Fuente: ASPIME, Informe anual sobre oficinas de farmacia 2010 (358).

- Costes laborales de una farmacia turística.

En el año 2008 se experimentó un importante descenso del gasto en personal que realiza esta tipo de farmacia, situando el valor en 8,28% sobre la facturación anual.

- Costes laborales de una farmacia media.

La farmacia media se ha reestructurado laboralmente para paliar los efectos del Real Decreto 5/2000 y el descenso de liquidez vinculado a su aplicación. El coste laboral de una farmacia media en el año 2008 fue del 9,70% sobre la facturación anual bruta. Es complicado bajar el coste de personal por debajo de este límite sin que se resienta la calidad del servicio.

- Costes laborales de una farmacia populosa.

El incremento de los costes de personal en las farmacias populosas experimentadas en 2008 hasta alcanzar tasas del 9,91% condiciona un decremento en el beneficio neto de la oficina de farmacia y una contención del gasto común. Este gasto puede ir determinado por la competencia existente entre farmacias populosas y por la necesidad de mantener los estándares de calidad en el servicio en aras de esa competencia.

	GASTOS DE PERSONAL S/FACTURACIÓN FARMACIA TURÍSTICA	GASTOS DE PERSONAL S/FACTURACIÓN FARMACIA MEDIA	GASTOS DE PERSONAL S/FACTURACIÓN FARMACIA POPULOSA
1998	8,31	9,86	10,91
1999	9,25	10,21	10,46
2000	10,49	9,29	10,74
2001	10,41	9,47	9,98
2002	10,36	9,74	9,68
2003	8,08	8,24	7,36
2004	11,35	8,7	6,88
2005	9,69	8,57	7,77
2006	10,08	9,09	7,54
2007	12,97	9,68	8,33
2008	8,28	9,7	9,91

Tabla 66. Resumen de gastos de personal (años 1998-2008) sobre facturación anual bruta en función del tipo de farmacia. Elaboración propia. Fuente: ASPIME, Informe anual sobre oficinas de farmacia 2010 (358).

Comparativamente la farmacia populosa es la que más costes de personal soporta, con un 9,91% sobre facturación anual bruta.

Diversos estudios han trazado un perfil de lo que se podría considerar una farmacia "tipo" española. Esta farmacia situaría su facturación anual bruta en 500.000 euros, de los cuales un

73,8% pertenecerían a facturación de prescripciones financiadas a los Servicios Autonómicos de Salud y un 26,2% a venta libre. El margen bruto de esta farmacia tipo en el año 2008 era del 27,76% y los costes laborales del 9,43%. Estos ratios se han visto modificados tras la aplicación de los Reales Decretos 4 y 8/2010 (21 y 22), pues incluso la facturación bruta de la farmacia "tipo" se podría considerar que ha sufrido cambios bajando el umbral de facturación de 500.000 euros a 450.000 euros, esta farmacia tipo es a la que afecta la crisis de manera directa a la hora de gestionar los costes fijos, las políticas de contención de gasto farmacéutico obligan al farmacéutico tipo a tomar determinaciones drásticas en la plantilla.

Las oficinas de farmacia presentan **una plantilla media de 3,33 trabajadores**, media que hasta el año 2008 experimentó un crecimiento positivo anual. Las oficinas de farmacia suponen el 10% del empleo del Sistema Sanitario en su conjunto, en 2005 esto suponía algo más del 4 por mil del empleo global de la economía española. Relacionando el empleo en las oficinas de farmacia con sus niveles de actividad, se observa que aquel crece con más intensidad que la actividad de dispensación y esta evolución se repite al relacionar el empleo de las oficinas de farmacia con el número de unidades de medicamentos dispensados. Si se compara el número de actuaciones sanitarias registradas con el nivel de empleo de las oficinas de farmacia, se observa estabilidad en la actividad por empleado, que se mantiene en el intervalo de 2.800 actuaciones al año[359]. De todo ello puede deducirse que la evolución del empleo de las oficinas de farmacia parecía cada vez menos determinada por el número de unidades dispensadas, y se encuentra crecientemente asociada a actividades ajenas a la dispensación que condicionan un mejor servicio. La disponibilidad de empleo por encima del requerido para la actividad de dispensación de la oficina de farmacia permitía atender el creciente nivel de demandas sanitarias de la población, manteniéndose en el tiempo el ratio de actuaciones sanitarias por empleado y el número medio de empleados por oficina de farmacia entorno a 3,3, hecho que se está viendo afectado por la crisis mundial y por las medidas gubernamentales para el control de la crisis, pues la disponibilidad de empleo por encima del requerido para la dispensación en la oficina de farmacia genera unos gastos fijos que han de ser recortados. Cabe destacar que en las oficinas de farmacia se contratan trabajadores eventuales para sustituir bajas de maternidad o incapacidad, vacaciones o reducción del número de horas extraordinarias, trabajadores que computan en la estadística laboral aunque no sean incrementos reales de la plantilla pues únicamente reemplazan a un trabajador. Es más habitual un mayor número de trabajadores en las oficinas de farmacia de mayor facturación,

[359] FARMACÉUTICOS nº 295, p.27. Enero 2005. .

este mayor número de trabajadores puede deberse a que algunas de estas farmacias ofrecen horario ampliado (Ver tabla 67).

FACTURACIÓN	Nº MEDIO TRABAJADORES 2008	Nº MEDIO TRABAJADORES 2007	Nº MEDIO TRABAJADORES 2006	Nº MEDIO TRABAJADORES 2005	Nº MEDIO TRABAJADORES 2005
Hasta 300.000	0,39	0,65	0,67	0,76	0,59
De 3001.000 a 600.000	1,67	1,83	1,79	1,78	1,84
De 600.001 a 900.000	2,71	2,77	2,8	2,75	2,73
De 900.001 a 1.200.000	3,66	3,48	3,32	3,17	3,28
Más de 1.200.000	6,04	5	6,41	5,96	5,9

Tabla 67. Evolución media del número de trabajadores de la oficina de farmacia española por tramos de facturación. Elaboración propia. Fuente: ASPIME, Informe anual sobre oficinas de farmacia 2010 (358).

Otro aspecto que condiciona la contratación laboral en la oficina de farmacia y los costes vinculados a la misma es el índice de rotación del personal. El índice de rotación es la relación porcentual entre las admisiones y las desvinculaciones de personal, en relación con el número medio de personal empleado. Si el índice es bajo significa un estancamiento y envejecimiento de personal; en cambio, si el índice es muy elevado significa demasiada fluidez. El índice ideal sería el que permitiese a la empresa retener al personal de buena calidad y sustituir al más problemático. Desde el año 2000 se observa un fenómeno en la oficina de farmacia, si bien antes la farmacia era un empleo para toda la vida donde el auxiliar empezaba a prestar sus servicios a los catorce años y finalizaba la relación laboral con la farmacia el día que se jubilaba, hoy en día esto ha cambiado puesto que el farmacéutico es un empresario consciente de que sus empleados no finalizarán la vida laboral en su farmacia sino que probablemente cambiarán de empleo para obtener mejores condiciones salariales, de horario o profesionales y por tanto se flexibiliza un poco el índice de rotación de personal, no siendo tan estático como en los años ochenta y noventa del siglo pasado.

Cuando el titular de farmacia prevé la necesidad de ampliar plantilla, en muchas ocasiones puede tener dudas sobre el tipo de personal que busca o necesita; para ello es necesario que la empresa evalúe qué opción es más recomendable para su farmacia. Las dificultades para conseguir farmacéuticos se han visto atenuadas con la crisis mundial pero aún hay zonas donde es complicado contratar farmacéuticos para desempeñar papeles de sustituto o adjunto. Por ese motivo, se contratan cada vez más Técnicos en Farmacia, que han realizado

durante su formación 400 horas de prácticas en oficinas farmacias. Muchos farmacéuticos prefieren asumir un mayor coste contratando a farmacéuticos pues ven como *handicap* a la contratación de Técnicos en Farmacia la edad media de los mismos (unos 20 años) lo que conlleva cuestionarse su madurez y su sentido de la responsabilidad. En el transcurso de los capítulos del presente trabajo se han estudiado ampliamente las categorías profesionales dentro de la oficina de farmacia. Tal y como se expresa en el siguiente diagrama, las categorías profesionales resultantes son: Facultativo, Técnico en Farmacia, Auxiliar, Jefe Administrativo, Mozo y Personal de Limpieza. El resto de categorías coloreadas en naranja son categorías a extinguir tras el XXIII Convenio Colectivo Marco para Oficinas de Farmacia (24).

Años 2000-2010
Facultativo
Auxiliar Mayor Diplomado
Auxiliar Diplomado
Técnico en Farmacia
Auxiliar
Ayudante
Aprendiz de dieciséis años
Aprendiz de diecisiete años
Jefe administrativo
Jefe de Sección
Contable
Administrativo
Oficial administrativo
Auxiliar administrativo (Caja)
Aspirante de dieciséis años
Aspirante de diecisiete años
Mozo
Personal de limpieza

Diagrama 8. Clasificación funcional del personal en la oficina de farmacia. Años 2000-2010. Elaboración propia.

En el momento presente, dada la convivencia de categorías de personal, se genera un caos a la hora de agrupar a los empleados. Por ejemplo, dentro de la categoría de auxiliares se abarca gran cantidad de empleados con características muy dispares. Por un lado, se halla personal con titulación de Técnico en Farmacia, de edad joven comprendida entre los 17 y 23 años aproximadamente y, por otro lado, auxiliares que han trabajado en la misma oficina de farmacia desde muy jóvenes y lo seguirán haciendo hasta la edad de jubilación. Estos últimos, denominados de forma coloquial “auxiliar de toda la vida”, han ido adquiriendo desde

temprana edad conocimientos, experiencia y formación, mucho de ellos poseen el Diploma de Auxiliar expedido por los Colegios Provinciales de Farmacia y el CGCOF entrando en la categoría de Auxiliar Diplomado y la mayoría se aproxima actualmente a la edad de jubilación (a fecha de cierre de la presente tesis y pese a la polémica suscitada entre Gobierno y sindicatos la edad de jubilación sigue siendo a los 65 años). La proximidad a la jubilación ocasiona que la citada categoría esté en declive y se establezcan las categorías reales: Auxiliar y Técnico en Farmacia. La crisis económica ha venido a interrumpir la tendencia existente pues hace un par de años había serias dificultades de contratación para una persona Licenciada en Farmacia debido a su escasez en el mercado laboral y como consecuencia se incrementaba la retribución de los técnicos y auxiliares, así como también las exigencias de condiciones laborales, lo que a su vez conllevaba una mayor rotación en busca de un puesto de trabajo de mayor calidad (horario continuado o bien flexible, mayor salario y oportunidades de carrera profesional). Previsiblemente las tasas de rotación de empleados en la oficina de farmacia decaerán durante la crisis. El personal de oficina de farmacia sabe que cuenta con la estabilidad de un empleo de calidad mientras se mantengan los márgenes de beneficio de la oficina de farmacia. Un recorte de los mismos incidiría directamente en el empleo.

FACTURACIÓN	Nº MEDIO DE FARMACÉUTICOS	Nº MEDIO DE AUXILIARES DIPLOMADOS	Nº MEDIO DE AUXILIARES	Nº MEDIO DE MOZO/LIMPIEZA	Nº MEDIO DE COLABORADOR
Hasta 300.000	0	0	0,39	0	0
De 300.001 a 600.000	0,44	0,43	0,67	0,08	0,04
De 600.001 a 900.000	0,83	0,61	1,1	0,1	0,09
De 900.001 a 1.200.000	0,99	1,29	1,17	0,19	0,02
Más de 1.200.000	1,93	1,89	1,99	0,2	0,03

Tabla 68. Distribución de las categorías profesionales en la oficina de farmacia española por tramos de facturación. Año 2008. Elaboración propia. Fuente: ASPIME, Informe anual sobre oficinas de farmacia 2010 (358).

La distribución de categorías profesionales dentro de la oficina de farmacia española depende directamente del tipo de oficina de farmacia que sea, en las oficinas de mayor facturación la mitad de sus empleados son farmacéuticos, en muchas ocasiones por exigencias legales. En las farmacias de menor facturación, cuando se plantea la posibilidad de contratar a algún empleado, raramente es para contratar a un farmacéutico, dado que la presencia del propio titular en la oficina de farmacia es constante. Cabe considerar que en una farmacia de menor

facturación se pretende ajustar al máximo los costes y por tanto se opta mayoritariamente por la contratación de un auxiliar, cuyo coste es inferior.

	Nº MEDIO DE FARMACÉUTICOS		Nº MEDIO DE AUXILIARES DIPLOMADOS		Nº MEDIO DE AUXILIARES		Nº MEDIO DE MOZO/ LIMPIEZA		Nº MEDIO DE COLABORARDOR	
Facturación	**2007**	**2008**	**2007**	**2008**	**2007**	**2008**	**2007**	**2008**	**2007**	**2008**
Hasta 300.000	0,07	0	0,54	0	0	0,39	0	0	0	0
De 300.001 a 600.000	0,6	0,44	0,53	0,43	0,64	0,67	0,12	0,08	0,07	0,04
De 600.001 a 900.000	0,71	0,83	0,48	0,61	1,22	1,1	0,22	0,1	0,2	0,09
De 900.001 a 1.200.000	1,52	0,99	0,93	1,29	0,53	1,17	0,21	0,19	0,19	0,02
Más de 1.200.000	2,23	1,93	1,62	1,89	1,34	1,99	0,41	0,2	0,6	0,03

Tabla 69. Comparativa de la evolución bianual de las categorías profesionales en la oficina de farmacia española por tramos de facturación. Elaboración propia. Fuente: ASPIME, Informe anual sobre oficinas de farmacia 2010 (358).

La distribución por categoría profesional de cada oficina de farmacia tendrá su influencia directa en el gasto de personal que conlleva cada categoría. Evidentemente, el gasto salarial y de Seguridad Social variará según la categoría profesional y, en función de la facturación de ésta, en las farmacias en las que existe un mayor número de farmacéuticos los costes salariales por hora de trabajo serán superiores.

Las cotizaciones a la seguridad social de la oficina de farmacia son uno de los gastos fijos de la oficina de farmacia. Una farmacia con tres empleados paga entorno a los 3.000 euros mensuales en conceptos de seguros sociales y cotizaciones. El Sistema de la Seguridad Social viene integrado por distintos regímenes, cada uno de los cuales tiene un ámbito de aplicación y protección propio en función de las características de la actividad desarrollada por las personas que lo integran. Algunos de estos regímenes abarcan actividades muy específicas, de forma que su ámbito de aplicación es reducido[360]. En el caso de los farmacéuticos, se debe tener en cuenta que a partir del Real Decreto 2649/1978, de 29 de septiembre[361], modificado por el Real Decreto 3328/1983, de 21 de diciembre[362], los titulares de farmacia quedaron

[360] PRÁCTICA FARMACÉUTICA, nº 4, p.20-21. Diciembre 2006.

[361] Real Decreto 2649/1978, de 29 de septiembre, por el que se incorporan al Régimen Especial de la Seguridad Social de los trabajadores por cuenta propia o autónomos a los Farmacéuticos, titulares de oficinas de farmacia. BOE nº 268, 6-11-1978, p.25640.

[362] Real Decreto 3328/1983, de 21 de diciembre, por el que se modifica el artículo primero del Real Decreto 2649/1978, de 29 de septiembre, por el que se incorporan al Régimen Especial de la Seguridad

integrados en el Régimen Especial de los Trabajadores Autónomos (RETA). Todo ello de conformidad con el Real Decreto 2530/1970, de 20 de agosto, por el que se regula el régimen especial de la Seguridad Social de los trabajadores por cuenta propia o autónomos[363]. Así lo ha interpretado la Jurisprudencia, de forma que, los farmacéuticos que ostentan la titularidad de una farmacia se encuadran en el RETA, con independencia de que ejerzan otras actividades por las que se integren en otro régimen de la Seguridad Social.

Por el contrario, esta regla no resulta aplicable al resto del personal que presta servicios a una oficina de farmacia, siendo de aplicación a esos las normas generales de encuadramiento, debiendo, por ello, estar a lo dispuesto en éstas para realizar su correcta inserción en los distintos regímenes de la Seguridad Social. Dentro de la oficina de farmacia los empleados, ya sean regentes, adjuntos o sustitutos, se encuadraran, al igual que los trabajadores de cualquier otra empresa en el Régimen General de la Seguridad Social (artículo 7.1.a de la Ley General de la Seguridad (LGSS)[364] y estarán incluidos, con carácter general, en el Régimen General de la Seguridad Social (RGSS) como personas que ejercen una actividad libre, retribuida, dependiente y por cuenta ajena. Es decir, los trabajadores asalariados que se encuentren dentro del ámbito de organización de un empresario, y que reciban por ello una retribución, sin que sean a su cargo los riesgos o los frutos que el desempeño de la actividad empresarial conlleve.

No obstante, estas reglas generales se exceptúan en determinados supuestos, considerando de especial interés la exclusión del RGSS de los trabajadores familiares, es decir, los de los cónyuges y parientes del empresario, establecida en el artículo 7.2. de la LGSS[365]: *"…no tendrán consideración de trabajadores por cuenta ajena, salvo prueba de lo contrario: el cónyuge, los descendientes, ascendientes y más parientes del empresario por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado inclusive y, en su caso por adopción, ocupados en su centro de trabajo, cuando convivan en su hogar y estén a su cargo"*. Esta exclusión encuentra su razón de ser en el hecho de que la convivencia y el parentesco presuponen la existencia de una comunidad de bienes de la unidad familiar, de manera que sus miembros se benefician y son partícipes de los bienes y ganancias de los demás, diluyéndose, por ello, los requisitos de

Social de los trabajadores por cuenta propia o autónomos a los Farmacéuticos titulares de oficinas de farmacia. BOE nº 15, 18-01-1984, p.1276-1277.

[363] Decreto 2530/1970, de 20 de agosto, por el que se regula el régimen especial de la Seguridad Social de los trabajadores por cuenta propia o autónomos. BOE nº 221, 15-09-1970, p15148-15156.

[364] Real Decreto legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. BOE Nº 154, 29-06-1994, P.20664.

[365] *Ibídem*, 20664.

ajenidad y dependencia exigidos para encuadrase en el RGSS. Esta presunción legal afecta a los siguientes parentescos:

- Cónyuge.
- Parientes consanguíneos por línea recta ascendiente hasta el segundo grado: padres y abuelos.
- Parientes consanguíneos por línea recta descendiente hasta el segundo grado: hijos y nietos.
- Parientes consanguíneos por línea colateral hasta el segundo grado: hermanos.
- Parientes por afinidad hasta el segundo grado: hijos políticos (yernos y nueras) y nietos privativos del cónyuge del empresario, suegros, abuelos políticos y cuñados.

Por ello, cuando en la farmacia de un titular presten servicios familiares hasta el segundo grado de parentesco, mayores de dieciocho años, que además convivan con él, éstos no deberán darse de alta en el RGSS sino en el RETA, por cuanto el artículo 3.b del Real Decreto 2530/1970 considera obligatoriamente incluidos en este Régimen Especial al *"cónyuge y los parientes por consanguineidad o afinidad hasta el tercer grado inclusive de los trabajadores determinados en el número anterior (los trabajadores por cuenta propia o autónomos, sean o no titulares de empresas individuales o colectivas) que, de forma habitual, personal y directa, colaboren con ellos mediante la realización de trabajos en la actividad de que se trate, siempre que no tengan la condición de asalariados…".* Al ser la convivencia una situación que puede variar a lo largo del tiempo, debemos tener en cuenta que este cambio podría determinar el paso de un régimen a otro de la Seguridad Social, debiéndose comunicar esta situación a la Administración correspondiente. Sin embargo, esta presunción legal no rige cuando, a pesar de existir una relación de parentesco, no existe convivencia entre familiares. La prueba de la convivencia queda acreditada, por ejemplo, a través del padrón municipal, que, como registro público, goza de especial fuerza probatoria. Pero además ha de probarse que el trabajador es realmente un asalariado y presta sus servicios por cuenta ajena, esta probatura, que determinará su inclusión en el RGSS, ha de centrase en acreditar que la prestación de servicios se realizará dentro del ámbito organizativo del empresario, y que, realmente, el trabajador no tiene una dependencia económica del empresario. Esto deberá ir plasmado en una declaración del empleado y del familiar acreditando la existencia de condición de trabajador por cuenta ajena, categoría profesional, puesto de trabajo, forma y cuantía de retribución, horario y cuantos otros datos la Administración considere necesarios. La afiliación y alta se practica, si procede, y se deniega, previo informe de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social, si no

queda demostrada dicha condición de asalariado. No obstante, se exonera de la obligación de presentar la referida declaración cuando el familiar contratado sea un hijo menor de 30 años[366], aunque conviva con el empleador. Ahora bien, cumplida la referida edad, para que el familiar pueda continuar incluido como trabajador por cuenta ajena, habrá de presentarse la reiterada declaración en el plazo de 30 días naturales siguientes al cumplimiento de esa edad.
El farmacéutico titular a la hora de plantearse los salarios a negociar con sus empleados debe plantearse un balance entre el salario bruto anual que cada empleado percibe y las horas anuales trabajadas, la responsabilidad, experiencia aportada, grado de confianza que el titular puede depositar en este trabajador, la disponibilidad del trabajador, la aceptación o no de horas extraordinarias o las guardias a realizar, etc…

Una de las causas imputables al incremento salarial del farmacéutico es debido a que determinados convenios incorporan un incremento de salario por reconocimiento de la figura de farmacéutico sustituto o farmacéutico adjunto.

AÑO	FARMACÉUTICO	AUXILIAR DIPLOMADO	AUXILIAR
2008	28.081	23.172	21.322
2007	26.179	21.845	19.029
2006	24.720	20.627	17.969
2005	22.947	19.149	16.680

Tabla 70. Evolución del salario bruto según las categorías profesionales en la oficina de farmacia española (2005-2008). Elaboración propia. Fuente: ASPIME, Informe anual sobre oficinas de farmacia 2010 (358).

Durante 2008, el salario medio anual de los farmacéuticos fue de 28.100 euros aproximadamente, teniendo en cuenta que el salario bruto variará según las funciones y responsabilidades que tenga asignado el trabajador. El salario bruto anual de un auxiliar diplomado (considerándose también Técnico en Farmacia) fue de 23.200 euros, aproximadamente, y el bruto anual de un auxiliar es de 21.400 euros. El farmacéutico titular ha de añadir aproximadamente un 32% de coste de Seguridad Social al salario anual bruto, dando como resultado el coste total de empresa, es decir lo que le cuesta a la farmacia contratar a una persona.

[366] CORREO FARMACÉUTICO. Semana del 7 al 13 de septiembre de 2009. Disponible en: http://www.correofarmaceutico.com/2009/09/07/servicios/asesoria-legal/cotizacion-si-la-empleada-es-hija-laboral-y-grabacion-de-un-empleado-proteccion-de-datos, 16-10-2010.

Dentro de las retribuciones salariales al personal de la oficina de farmacia también se contemplan las llamadas "retribuciones sociales". Estas retribuciones presentan ventajas para el trabajador y para el farmacéutico titular en calidad de empleador pues no cotizan a la Seguridad Social, ni tributan al IRPF y constituyen un gasto fiscal deducible. Ejemplo de estos rendimientos del trabajo podrían ser una empleada madre de un hijo pequeño hasta tres años que estuviera interesada en que le pagaran la guardería, de este modo a demás de beneficiar al empleado la farmacia obtiene un gasto deducible o plantear una retribución progresiva en un plan de pensiones a un empleado de edad avanzada. Aunque muchos farmacéuticos titulares se interesan por el funcionamiento de las "retribuciones sociales" son pocos los que optan por este tipo de remuneración.

Por definición, el empleo farmacéutico ha sido un empleo eminentemente femenino, estable y de calidad, pero en los últimos años se ha comenzado a observar una tendencia en la temporalidad y a los contratos en prácticas. Este hecho se relaciona con la necesidad de probar la valía de los candidatos antes de su contratación definitiva y de asegurarse de que esa persona encaja en el conjunto de la organización. Los contratos de interinidad van encaminados a cubrir bajas por enfermedad, accidentes o maternidad, siendo un contrato frecuente en la oficina de farmacia, pues al ser una profesión dominada por las mujeres en todas las categorías profesionales el número de bajas maternales es superior al de otros sectores y por tanto los contratos de interinidad para cubrirlas también.

El absentismo laboral[367] en la oficina de farmacia es mínimo frente al absentismo laboral total en España, donde un millón de empleados faltan cada día al trabajo, casi el doble que en la EU. La tasa de absentismo laboral europea en el año 2010 fue del 4,6% frente a una media del 5,3% en España. En las profesiones sanitarias, debido a la responsabilidad personal implícita en la idiosincrasia de la profesión y a la presión social que se ejerce sobre las mismas, el absentismo laboral es mínimo. Los motivos más frecuentes de ausencia en el trabajo son: visitas al médico, conciliación vida laboral y personal, motivos personales, defunción, trámites y papeleo, maternidad, formación, etc,... De estos motivos de absentismo el que mayor incidencia tiene en la oficina de farmacia es la maternidad por ser un empleo eminentemente femenino. La incidencia en días anuales de absentismo laboral por empleado en el panorama laboral español es menor de 5 días en el 67,4% de los casos, realidad que no afecta a la farmacia donde la mayoría de las incapacidades temporales de los trabajadores superan en la

[367] ABC, 28-2-2010, p.42.

mayoría de los 10 días y se corresponden con situaciones médicas graves o bajas por maternidad. Entre 2000 y 2008 los costes de la incapacidad temporal aumentaron un 62%, hecho que preocupa especialmente a los empresarios en tiempos de crisis que deben correr con el coste de estas incapacidades entre el cuatro y el decimoquinto día de la baja por incapacidad temporal junto con la contratación de personal de sustitución.

La oficina de farmacia presta un servicio sanitario que requiere de una estabilidad en el personal empleado. Los pacientes que acuden a la oficina de farmacia requieren a una persona de confianza para realizar consultas sobre problemas de salud y tratamientos farmacoterapéuticos y por lo general son reacios a los cambios constantes del personal. El porcentaje medio de empleados fijos en las oficinas de farmacia española en el año 2008 rondaba el 80%, siendo mayor en las farmacias de facturación anual bruta entre 900.001 y 1.200.000 euros (91,6%).

FACTURACIÓN	2007	2008
De 600.001 a 900.000	87,36%	81,58%
De 900.001 a 1.200.000	88,22%	91,96%
Más de 1.200.000	86,08%	86,78%

Tabla 71. Porcentaje de contratos fijos en la oficina de farmacia española por tramos de facturación (2007-2008). Elaboración propia. Fuente: ASPIME, Informe anual sobre oficinas de farmacia 2010 (358).

La antigüedad de los empleados de la oficina de farmacia es un punto a tener en cuenta por el farmacéutico como empleador, a mayor antigüedad del empleado mayor, mayor cotización y mayor retribución salarial. La estabilidad en el empleo de las oficinas de farmacia tiene como efecto directo un aumento en la antigüedad de sus empleados y una disminución del índice de rotación del personal. Existe una tendencia a incrementar la rotación y, al mismo tiempo, una paulatina desvinculación por jubilación o por despido de los empleados que han permanecido durante toda su vida laboral en la misma oficina de farmacia. El mercado laboral ha cambiado en la valoración del empleo. Actualmente se considera que el empleado es más exigente y no solamente busca un empleo estable y para toda la vida, sino que presenta más reivindicaciones laborales, como se ha comentado anteriormente (horario, salario, flexibilidad, etc…), que lo hacen susceptible a cambiar de empresa aún a costa de su antigüedad. El número de empleados en la oficina de farmacia con una antigüedad menor a diez años ha aumentado frente al número de empleados con más de 25 años de antigüedad que ha disminuido, manteniéndose el número de empleados con 25 años de antigüedad en la misma oficina de

farmacia. La facturación de la oficina de farmacia condiciona en gran medida la antigüedad del personal, observándose que en las oficinas de farmacia de mayor facturación conviven los auxiliares de mayor antigüedad con personal rotatorio, principalmente Licenciados en farmacia, que tiene una antigüedad inferior a diez años.

La antigüedad del personal de la oficina de farmacia debería condicionar la edad media del personal de la misma, en la mayoría de las oficinas de farmacia la media de edad de sus empleados se situa por debajo de 45 años, aunque esta media sufre un repunte desde el año 2007 debido a la aplicación de la Ley 43/2006, de 29 de diciembre, para la mejora del crecimiento y el empleo[368] que establece importantes bonificaciones para la empresa por la contratación de personas mayores de 45 años.

Al igual que la edad, el sexo es un factor importante a la hora de contratar en la oficina de farmacia. La feminización del sector es un hecho constatable, más del 70% de los empleados son mujeres y más de un 70% de los empleadores también lo son. La ventaja que aporta la contratación laboral de mujeres es una mayor posibilidad de poder disfrutar de bonificaciones en las cuotas de la Seguridad Social y, por tanto, un ahorro en el coste social de la empresa. La contratación indefinida de colectivo femenino está bonificada prácticamente en todas las franjas de edad; en cambio, el colectivo masculino tiene mayoritariamente sus bonificaciones en la contratación de mayores de 45 años o en la de parados de larga duración. El hecho de contratar mujeres en edad fértil sigue creando reparos entre los sectores más conservadores de los titulares de oficina de farmacia pues, es cierto, que en ciertas oficinas de farmacia el hecho de tener trabajadoras embarazadas puede generar problemas organizativos, económicos y estructurales, aunque en la mayoría de los casos se llega a acuerdos entre el farmacéutico empleador y la trabajadora en forma tanto de reducciones de jornada como de excedencia.

[368] Ley 43/2006, de 29 de diciembre, para la mejora del crecimiento y del empleo. BOE nº312, 30-12-2006, p.46586-46600.

FACTURACIÓN	HOMBRE	MUJER
Hasta 300.000	0,14	0,25
De 300.001 a 600.000	0,32	1,35
De 600.001 a 900.000	0,53	2,18
De 900.001 a 1.200.000	0,9	2,76
Más de 1.200.000	1,78	4,26

Tabla 72. Sexo del personal de la oficina de farmacia (media). Elaboración propia. Fuente: ASPIME, Informe anual sobre oficinas de farmacia 2010 (358).

La conciliación de la vida familiar con la laboral continúa siendo un tema de absoluta actualidad. El 22 de Marzo de 2007 se aprobó la Ley orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres[369] que viene a actualizar y completar la Ley 39/1999, de 5 de noviembre, sobre conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras y sus normas de desarrollo[370], que tiene por objeto, tal y como se deduce de su exposición de motivos, combatir todas las manifestaciones aun subsistentes de discriminación, directa o indirecta, por razón de sexo, y promover la igualdad real entre mujeres y hombres, intentando eliminar los obstáculos y estereotipos sociales que impiden alcanzarla. Así, esta ley nace con la vocación de erigirse en la ley-código de la igualdad entre hombres y mujeres. Además prevé una serie de medidas entre las que destacan las que tienen por objeto la corrección de las desigualdades en el ámbito específico de las relaciones laborales. Mediante una serie de previsiones quiere reconocer con más ímpetu el derecho a la conciliación de la vida personal, familiar y laboral, fomentando una mayor corresponsabilidad entre hombres y mujeres en la asunción de obligaciones familiares. Uno de los grandes problemas que amenaza el desarrollo de una trayectoria profesional completa y satisfactoria para la mujer es la dificultad a la que tiene que enfrentarse para conciliar la vida familiar y profesional. La tradicional visión de la madre como la encargada de las tareas domésticas y familiares y la reciente salida al mercado laboral de la mujer junto con la falta de concienciación de los criterios de corresponsabilidad en cuanto al cuidado de los hijos en algunos segmentos de la sociedad se convierte en motivo de estrés para la mujer. De hecho, la Encuesta de Población Activa del Instituto Nacional de Estadística (289) revela que el 94,7% de los trabajadores que abandona sus empleos por motivos familiares son mujeres. El Plan Concilia[371], nacido en el marco de las Administraciones

[369] Ley orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. BOE nº 71, 23-03-2007 p.12611-12645.
[370] Ley 39/1999, de 5 de noviembre, sobre conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras. BOE nº 266, 6-11-1999 p.38934-38942.
[371] Resolución de 20 de diciembre de 2005, de la Secretaría General para la Administración Pública, por la que se dictan instrucciones sobre jornada y horarios de trabajo del personal civil al servicio de la Administración General del Estado. BOE nº 309, 27-12-2005, p. 42443-42447.

Públicas en el año 2006 como fruto del acuerdo de la Administración con los sindicatos para favorecer la conciliación entre las responsabilidades profesionales y familiares se amplía a través de la Ley 3/2007 (370) a la empresa privada aunque su implantación parece difícil. La Escuela Virtual de Igualdad[372], puesta en marcha por el Instituto de la Mujer en 2007 aparece como un espacio on line en el que mediante cursos de formación en esta materia se pretende promover el empleo como marco de igualdad de oportunidades y capacidades y dotar a las empresas de las herramientas necesarias para fomentar la igualdad y el equilibrio entre responsabilidades familiares y profesionales.

Pero, **¿Cuál es la realidad a nivel de conciliación en la oficina de farmacia?** El hecho de que muchos de los titulares de las oficinas de farmacia sean mujeres puede generar un efecto paradójico pues aunque la mayoría de empleadoras muestran una actitud más sensible ante la problemática de la conciliación de la vida laboral y familiar existe un porcentaje de empleadoras, que habiendo sido víctimas de la situación laboral imperante que les obligó a sacrificar su vida familiar por el bien de la farmacia, se muestran más intolerantes con los problemas de sus empleadas, incluidos los derivados del estado de gestación de las mismas. Expertos en conciliación laboral y familiar insisten en que la flexibilidad y capacidad de implicación del personal son dos aspectos claves para que cualquier empresa, por pequeña que sea, pueda emprender una política que favorezca la conciliación de la vida laboral con la familiar.

La igualdad de género es uno de los caballos de batalla de la Ley 3/2007 que el colectivo farmacéutico ha hecho suyo, quizás condicionado por el hecho de ser una profesión eminentemente femenina. Muestra de ello es la iniciativa realizada por la agrupación de farmacias Sanifarma que ha puesto en marcha su Plan de Igualdad 2010-2011 con el objetivo de garantizar la igualdad real y efectiva de hombres y mujeres. Esta iniciativa busca erradicar las diferencias de sexo y afianzar dentro del ámbito interno de la oficina de farmacia otro tipo de medidas relacionadas con la conciliación de la vida personal y profesional y los temas de salud laboral, en este último caso con ciertas propuestas como el protocolo de riesgos laborales con perspectiva de género o el protocolo de acoso sexual por razón de sexo, aplicado también de cara al público. [373]

[372] http://www.escuelavirtualigualdad.es/, 3-02-2010.
[373] Plan de Igualdad, http://www.sanifarma.com/?idL=0&idS=13&idR=179, 2-02-2011.

El descanso por maternidad no genera problemas operativos ni económicos graves a la oficina de farmacia, pues si el titular sustituye a la empleada de baja por una persona inscrita en el SEPE, como demandante de empleo, podrá disfrutar de las bonificaciones de las cuotas de la Seguridad Social (que será del 100% tanto para la trabajadora de baja como para la sustituta) asumiendo la farmacia como único coste el salario de la sustituta pues el de la trabajadora de baja lo abonará íntegramente la Seguridad Social. El problema se plantea tras las 16 semanas de baja por maternidad y el disfrute del periodo de lactancia, pues existe la posibilidad de que la trabajadora quiera reducir la duración de su jornada laboral (370) y eso si constituye un problema a la hora de la gestión operativa de los turnos de trabajo en la oficina de farmacia. Si tenemos en cuenta el horario de apertura de las farmacias, se puede afirmar que una de las ventajas de las farmacias en horario ampliado es la posibilidad de ofrecer turno y, por tanto, es más fácil poder conciliar la vida laboral y familiar, con lo que existe menor probabilidad de que las empleadas soliciten reducción de jornada. También cabe considerar que esta característica horaria de este tipo de farmacias es más atractiva para el personal ya que el horario establecido de turno es más valorado por los empleados. Tal y como se ha comentado anteriormente, para retener a los trabajadores hay que contemplar otras condiciones laborales además de las salariales, ya que el aspecto económico no siempre es el más importante. Como se puso de manifiesto en el *III Congreso Nacional para Racionalizar los Horarios Españoles* que tuvo lugar en noviembre de 2008 en Tarragona[374] y en las *Jornadas para un mejor uso del tiempo*[375] realizadas en septiembre de 2009 en Madrid, muchos países europeos se han dado cuenta de la necesidad y los beneficios de un cambio de cultura del trabajo que contemple los diferentes tiempos de vida de las personas. La apuesta por un modelo que permita equilibrar el tiempo personal y familiar con el laboral permite dar respuestas a las diferentes necesidades reales de las personas. Está perspectiva se plantea, en Europa y también en nuestro país, como la estrategia más acertada, satisfactoria y competitiva para la sociedad en su conjunto.

El concepto de conciliación es mucho más amplio, la conciliación en la oficina de farmacia no solo abarca la conciliación entre la vida laboral y la familiar sino también incluye las relaciones socio-laborales existentes entre el empleado y el empleador. Históricamente las relaciones laborales en la oficina de farmacia han tenido un marcado carácter paternalista, fruto de que muchos auxiliares entraban a trabajar en la farmacia con dieciséis años y permanecían en ésta

[374] ASOCIACIÓN PARA LA RAZIONALIZACIÓN DE LOS HORARIOS ESPAÑOLES (2008) Actas del III Congreso Nacional para Racionalizar los Horarios Españoles (Tarragona).
[375] ASOCIACIÓN PARA LA RAZIONALIZACIÓN DE LOS HORARIOS ESPAÑOLES (2009) Actas de las Jornadas para un mejor uso del tiempo (Madrid).

hasta su jubilación. En la actualidad, esta relación ha evolucionado hacia técnicas de dirección más desarrolladas. Es evidente que al tratarse de una empresa pequeña, en la cual el contacto empresario–trabajador es muy estrecho y constante, el tipo de relación que se genera puede, en ocasiones, distorsionarse y al titular puede resultarle difícil ejercer sus funciones de dirección. Hay que mantener una buena relación pero cada uno debe tener presente su posición. La función tradicional de dirección, basada en atributos individuales se emplea cada vez menos. Ahora se exige flexibilidad, rapidez y compañerismo a la hora de tomar decisiones. La comunicación entre empresa y trabajador es la clave del éxito en la obtención de un buen clima laboral que a su vez repercute en una mejora productiva, en ofrecer un servicio de calidad y, a su vez, en una menor rotación de personal. Es recomendable realizar reuniones mensuales, trimestrales o anuales con los trabajadores para que ambas partes puedan expresar lo que consideren interesante para mejorar en su trabajo diario. Una buena política de comunicación permite a la organización mantener la coordinación entre sus distintas partes. La acción coordinada y el trabajo en equipo, en ocasiones, pueden contribuir a lograr los objetivos empresariales. A su vez, la comunicación permite la introducción, definición y aceptación de nuevos valores y de una nueva forma de gestión, como también favorece la iniciativa y moviliza la creatividad. Por tanto, se convierte en un factor de integración, motivación y desarrollo personal. El objetivo principal del empresario es que sus trabajadores estén motivados, ya que esta motivación demuestra que contribuye a una mejora en la calidad del servicio y por tanto un aumento de productividad y competitividad empresarial, obteniendo mayores beneficios según el principio de responsabilidad social corporativa.

A la luz de los datos estudiados, se puede observar que el gasto de personal en una farmacia es el gasto fijo más importante pues se situa en torno al 10% de la facturación bruta anual, pero no sólo es importante a nivel de gasto económico. La gestión del personal de la oficina de farmacia, al ser ésta generalmente una microempresa genera un gasto importante de tiempo y de esfuerzo por parte del farmacéutico titular en un intento de realizar una gestión racional del mismo. Las necesidades del personal a nivel de conciliación laboral y familiar, a nivel formativo y a nivel de trato generan un desgaste importante en el farmacéutico titular. La creación de un plan operativo de la oficina de farmacia en el que se integren los *job description* de cada una de las personas que integra el equipo junto con las estrategias de abordaje para frenar la rotación del personal ha sido uno de los mayores quebraderos de cabeza del farmacéutico titular. Actualmente, y como consecuencia del recorte en los márgenes de beneficio de las oficina de farmacia, tras la aplicación de los Reales Decretos 5/2000, 4/2010 (21) y 8/2010 (22) la preocupación principal del farmacéutico se ha transformado, y si antes se

preguntaba si encontraría personal para cubrir sus vacaciones o las de sus empleados o si conseguiría dialogar con sus empleados a la hora de repartir los turnos para cubrir todo el horario, la pregunta que se hace hoy día es mucho más dura, reflejo de una crisis económica que recorta el gasto sanitario a fuerza de exprimir al sector farmacia, y es **¿podré pagar los salarios del personal a fin de mes? ¿tendré que prescindir de parte de la plantilla para poder abordar el resto de costes fijos?.**

El desempleo se presenta poco a poco en la oficina de farmacia, el problema del paro está comenzando a introducirse en el sector farmacéutico, que hasta ahora había vivido ajeno a los problemas que sacudían el entorno laboral español. El número de demandantes en las bolsas de trabajo de los Colegios Oficiales de Farmacia, excepciones aparte, han aumentado, pero aun así existe división de opiniones sobre si es necesario dar la voz de alarma ante una situación que podría ser grave. En diciembre de 2010, el paro laboral en España alcanzó su máximo histórico con 4,1 millones de ciudadanos desempleados, unas circunstancias a las que el sector farmacéutico había sido históricamente inmune, especialmente la oficina de farmacia. Pero esta condición podría estar conociendo su fin y diversos colegios de farmacéuticos han dado la voz de alarma. Casos especialmente llamativos son los de Madrid donde en 2009 no existían demandas de empleo y en 2010 ya se registraron 458 demandas, Barcelona que aumentó el número de demandas en 272 respecto a enero de 2010 e incluso Badajoz pasando de paro cero a 14 demandas de empleo. Este paro tiene mayor incidencia en las farmacias con mayor número de empleados, especialmente en aquellas, que tengan más de seis, que optan por la optimización de los recursos laborales bien sea vía despido o bien sea vía no renovación de contratos temporales. La excepción la constituye el País Vasco, donde un decreto regional obliga a las boticas a tener un número mínimo de trabajadores. Según las opiniones manifestadas en diversos diarios profesionales por instituciones colegiadas y sindicatos, no existe una opinión ni postura común sobre la importancia del paro en el sector. Mientras unos consideran el desempleo meramente testimonial, otros lo ven como un síntoma de alarma y preocupación para el futuro del sector; lo que sí es obvio es que el mundo laboral farmacéutico ha entrado en la tónica general, dado que no existe la seguridad en el empleo.

El fantasma del paro y el nuevo contexto laboral en el sector han hecho que el perfil del solicitante de empleo en oficina de farmacia haya cambiado completamente. Los candidatos tienen más edad, presentan disponibilidad para desplazarse y están mejor preparados académicamente. La diferencia radica en las necesidades del mercado en el que si bien antes los titulados podían escoger empleo debido al continuo requerimiento de profesionales del

sector, el cambio de expectativas actuales ha hecho que la figura del solicitante se vuelva "más activa" ante las necesidades, y que desciendan sus requerimientos, tanto los económicos como los compensatorios por desplazamientos a zonas rurales. Además la temporalidad de los contratos tiene incidencia directa en la edad de los demandantes.

La rescisión en el número de trabajadores empleados en la oficina de farmacia no sólo trae consecuencias para el trabajador que se va al paro, que claramente es el mayor afectado, sino que afecta de manera directa a otros actores que integran la cadena laboral. Tanto la disminución del número de trabajadores como la modificación del perfil profesional traerían grandes consecuencias al sector farmacéutico caracterizado por generar un empleo femenino, estable y de calidad, pintando un futuro poco halagüeño. La FEFE[376] se atreve a ponerle cifras a ese futuro próximo de la farmacia española vaticinando que 20.000 trabajadores se irán a la paro, perdiendo cada farmacia el 1,45% de sus empleados. Toda pérdida de capital humano genera un binomio con coste social porque:

- a menor número de trabajadores menor contribución en IRPF (si se cumplen las predicciones el Estado dejaría de percibir 800 millones)
- el menor número de trabajadores puede suponer un deterioro de la calidad en la asistencia farmacéutica.

Con respecto a los posibles ajustes de plantillas[377] derivados del Real Decreto Ley 8/2010 (22), el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid, el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacia y la patronal madrileña de oficinas de empleo de farmacia, ADEFARMA advirtieron que las medidas adoptadas conllevarán la destrucción de empleo por parte del sector y responsabilizan al Gobierno de esta destrucción de empleo pues esta medida pone en riesgo la viabilidad aproximadamente 7.500 farmacia, casi un tercio de las existentes en España, que podrían verse abocadas al cierre y consiguiente pérdida de puestos de trabajo. Carmen Peña, presidenta del CGCOF, también manifestó su opinión al respecto: *"Estamos hablando de que entre 9.000 y 11.000 puestos de trabajo de personal altamente cualificado están en peligro"*

Por este motivo es necesaria la transformación de la oficina de farmacia en "espacios de salud" aplicando técnicas de gestión dinámica que mejoren la rentabilidad y que no se centren

[376] ABC, 2-6-2010, p.
[377] EL GLOBAL. Semana del 22 al 30 de Mayo de 2010. Disponible en: www.elglobal.net/articulo.asp?idcat=643&idart=481231, 1-06-2010.

exclusivamente en la reducción de gastos fijos. Carlos García- Mauriño[378], de ASEFARMA propone un modelo que se apoya en cuatro aspectos claves de la oficina de farmacia:

- Gestión interna: que engloba la mejora de la gestión de compras, stock, recursos humanos y calidad.
- Estrategias de marketing y comunicación: que afecta a la política de precios, fidelización del cliente, y dinamización de la farmacia.
- Análisis estructural de la farmacia: que optimiza programas informáticos de gestión, las condiciones del local, horario y la robotización.
- Desarrollo de nuevas aéreas de negocio.

Este modelo tiene una gran importancia en tiempos de crisis pues propone una estrategia de gestión global de la oficina de farmacia que podría optimizar el rendimiento de las oficinas de farmacia a la vez que se mantienen los puestos de trabajo existentes en las mismas.

En el informe presentado por Alberto García Romero, presidente del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid (COFM) y por el ex consejero de Sanidad madrileño y presidente de la Fundación Lafer[379], Manuel Lamela, se aborda el *"Futuro de la oficina de farmacia: 2010-2014"*, esta proyección a cuatro años vista realizada por encargo del Colegio de Farmacéuticos de Madrid y con la participación activa de la patronal farmacéutica madrileña ADEFARMA no sólo aborda cuestiones económicas, sino que profundiza en aspectos sociales de la farmacia, tanto en España como en Europa y propone cambios que se consideran imprescindibles en el desarrollo de una verdadera carrera profesional desde el prisma del abordaje de los gastos de funcionamiento de las oficinas de farmacia y los datos microeconómicos del sector, lo cual les permite reunir y analizar datos construyendo series históricas que permiten dar coherencia a las conclusiones obtenidas. Es un estudio exhaustivo del ámbito social de la población española en relación con la oficina de farmacia, la estructura del empleo y los niveles salariales tanto en España como en Europa. El informe incluye el impacto del Real Decreto Ley 4/2010 (21), del cual el presidente del COFM, Alberto García Romero opinó que *"pone en riesgo el modelo de farmacia"* y que si se mira hacia el futuro *"la mayor parte de las oficinas de farmacia se encontrarán en una situación crítica en 2014"* Por su parte, Manuel Lamela afirmó,

[378] CORREO FARMACÉUTICO. Semana del 10 al 16 de Enero de 2011. Disponible en: http://www.correofarmaceutico.com/2011/01/10/gestion, 26-02-2011.

[379] FUNDACIÓN LAFER (2010) Futuro de la Oficina de Farmacia: 2010-2014. Disponible en: http://www.fundacionlafer.es/, 12-01-2011.

en el marco de la presentación del estudio, que la oficina de farmacia es *"una actividad que, tradicionalmente ha apostado por la profesionalización y la calidad del servicio prestado, intentando mantener el empleo, pese a la reducción de beneficios, y que haya realizado importantes esfuerzos inversores en bienes materiales, mayor que en otros países europeos. Sin embargo, a la vista del marco normativo actual, sino se adoptan soluciones, la proyección a 2015 podría suponer la pérdida de más de 5.000 puestos de trabajo. Mantener la viabilidad económica del sector de la oficina de farmacia no solamente tendrá repercusiones en la atención sanitaria que se presta a los ciudadanos, sino también en la generación y mantenimiento del empleo y en la formación continua de los profesionales."*

Entre las conclusiones de este estudio se encuentran las relativas a personal y empleo, reiterando el hecho de que la oficina de farmacia mantiene un empleo estable y de de alta calidad. En la realización de las proyecciones de futuro del empleo del sector farmacéutico de 2010 a 2014 se ha tenido en cuenta únicamente como afecta el mantenimiento o la revisión del Real Decreto Ley 5/2000 (193) sin tener en cuenta los Reales Decretos Ley 4/2010 (21) y 8/2010 (22) por ser su publicación posterior a la realización de estas proyecciones. La reforma del Real Decreto Ley 5/2000 (193) a través del Real Decreto 2402/2004 (205), supuso, junto con la disminución de los márgenes de beneficio neto de la oficina de farmacia, un estancamiento en el empleo y una disminución de la rotación en la antigüedad de la plantilla, frenándose la contratación.

PROFESIONALES	Nº TRABAJADOES	VARONES	MUJERES	% VARONES	% MUJERES
FARMACÉUTICOS TITULARES	23.993	7.198	16.795	30	70
FARMACEÚTICOS CONTRATADOS	18.378	4.778	13.600	26	74
AUXILIARES Y TÉCNICOS	33.310	6.152	27.159	18	81
OTROS PUESTOS	1.566	411	1.154	26	73
TOTAL OCUPADOS EN FARMACIA	**77.247**	**18.539**	**58.708**	**24**	**76**

Tabla 73. Personal que ejerce sus funciones profesionales en la farmacia por categorías. Año 2010. Elaboración propia. Fuente: FUNDACIÓN LAFER, Futuro de la oficina de farmacia: 2010-2014 (379).

EVOLUCIÓN DEL EMPLEO MANTENIENDO O REVISNADO EL RDL 5/2000									
RDL 5/2000	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Δ	Δ%
MANTENIENDO	77.247	78.705	80.275	78.670	77.065	75.460	73.855	6.420	-8,24%
REVISANDO	77.247	78.705	80.279	81.884	83.522	85.193	86.896	6.614	8

Tabla 74. Evolución del empleo en la oficina de farmacia manteniendo o revisando el RDL 5/2000. Elaboración propia. Fuente: FUNDACIÓN LAFER, Futuro de la oficina de farmacia: 2010-2014 (379).

La opinión generalizada sobre cómo afectan los Reales Decretos Ley 4/2010 (21) y 8/2010 (22) es muy negativa. Según Joan Rovira380, profesor de Economía Aplicada de la Universidad de Barcelona, "en España, las medidas que se han tomado desde el Ejecutivo en materia farmacéutica ante la crisis no han estado centradas en mejorar la gestión; han obedecido a criterios globales ante la pérdida de credibilidad de los mercados" perdiendo la oportunidad de poner sobre la mesa iniciativas que realmente vayan orientadas a buscar la eficiencia del sistema como la financiación en función de la utilidad terapéutica y el coste-efectividad del tratamiento.

El comienzo del año 2011 ha constatado una dura realidad económica para la oficina de farmacia, que ya se intuía en el año 2010. Según el informe realizado por la Consultora Mensor para el CGCOF *"La realidad económica de la Farmacia en España: Estudio del impacto económico en las oficinas de farmacia de las medidas de contención del gasto en medicamentos en los últimos diez años"*[381], en España existen en este momento más de 7.000 farmacias en riesgo y 3.179 en situación de especial vulnerabilidad.[382] Tanto las Comunidades Autónomas como los Colegios Oficiales de Farmacia estudian medidas para paliar la situación de las farmacias más vulnerables. Entre las conclusiones del informe *"La realidad económica de la Farmacia en España"* cabe destacar las siguientes:

- La facturación de las farmacias a los Servicios Autonómicos de Salud se traduce en un margen bruto para las Oficinas de Farmacia. Este dato no se corresponde con la

[380] CORREO FARMACÉUTICO. Semana del 18 al 24 de octubre de 2010. Disponible en: http://www.correofarmaceutico.com/2010/10/18/al-dia/profesion/oportunidad-perdida-para-dar-giro-en-busca-de-mayor-eficiencia, 7-03-2011.

[381] GRUPO MENSOR SERVICIOS DE SALUD (2011) La realidad económica de la farmacia en España: Estudio del impacto económico en las oficinas de farmacia de las medidas de contención del gasto en medicamentos en los últimos diez años. Informe realizado para el CGCOF.

[382] CORREO FARMACÉUTICO. Semana del 31 de enero al 6 de Febrero de 2011. Disponible en: http://www.correofarmaceutico.com/2011/01/31/al-dia/profesion/ccaa-y-cof-comienzan-a-estudiar-planes-para-las-boticas-vulnerables-farmacias-y-habitantes-una-relacion-que-cambia, 7-03-2011.

retribución del farmacéutico, sino que sobre él recaen todos los gastos empresariales derivados del funcionamiento de la farmacia (local, otras inversiones, salarios de los colaboradores, consumos e impuestos).

- El margen bruto de las oficinas de farmacia se ha visto disminuido debido a la imposición de diferentes medidas de contención del gasto en medicamentos durante los últimos diez años desde un 27,9% en 2000 hasta un 22,4% en 2009.
- Esta disminución no viene provocada solo por medidas orientadas a la disminución de precios o márgenes, sino que se ha acompañado de una política de aportaciones directas de la farmacia al SNS. En términos absolutos, la aportación total que han realizado las oficinas de farmacia al SNS sólo por la escala de deducciones desde el año 2000 hasta el año 2009 ha sido de 3.330 millones de euros.
- La aportación económica directa que hicieron las oficinas de farmacia al SNS y las mutuas en el año 2009, fue de 546,7 millones de euros: SNS con 532,8 millones, Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE) con 8,2 millones de euros, Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS) con 4,9 millones de euros y Mutualidad General Judicial (MUGEJU) con 800.000 euros.
- La entrada en vigor de las nuevas medidas adoptadas, RDL 4/2010 (21) y 8/2010 (22), afectan de forma directa a los ingresos de las oficinas de farmacia, por la reducción del precio de los medicamentos y en por las deducciones que se practican en función de los tramos de facturación mensual:
    - Estas medidas tienen un impacto directo en la reducción del beneficio bruto, estimado en un 14%.
    - El impacto directo de las medidas sobre el beneficio neto se traduce en destrucción del empleo en este sector, estimado entre 9.208 y 13.715 puestos de trabajo.

La oficina de farmacia aporta valor real a la sociedad española. Es un sector que contribuye al Valor Añadido Sanitario a través de la creación de empleo y de su capilaridad hacia toda la población. Crea empleo cualificado y estable, mayoritariamente femenino que se ha visto amenazado por las medidas adoptadas por el Ejecutivo que se traducen en la pérdida de unos 10.000 empleos. Las oficinas de farmacia han utilizado la contratación indefinida de forma generalizada y además, dinamizan el mercado laboral al usar distintas formas de contratación temporal en función de las necesidades de recursos humanos o de trabajo a ocupar, eligiendo aquellos sectores de la población activa con mayor vulnerabilidad, como lo son los jóvenes y las mujeres. Esta ha sido la tónica generalizada de la oficina de farmacia hacia el empleo hasta

el año 2010 donde la no renovación de los contratos temporales ha hecho saltar las luces de alarma. Las causas más frecuentes para la no renovación de de contratos son la crisis económica y los Reales Decretos 4/2010 (21) y 8/2010 (22), siendo más frecuente la no renovación en farmacias de turno ampliado o de 24 horas, donde las necesidades de personal hacen que el gasto en recursos humanos de las mismas sea insostenible y por tanto se tenga que proceder a reducir horarios y servicios en la farmacia. En lo que se refiere a los despidos por pérdidas aun no se han analizado datos, pero a finales del 2011 podrán apreciarse en especial los despidos realizados por esas 7.000 oficinas de farmacia en riesgo que muestra el informe Mensor, expertos en Derecho Laboral consultados por Correo Farmacéutico prevén una mayor flexibilidad de los jueces para aceptar la eliminación de puestos por falta de rentabilidad[383], aunque, según Correo Farmacéutico, se echa en falta la puesta en marcha de fórmulas que estimule el mantenimiento del empleo en la oficina de farmacia. Para recabar datos reales diversos Colegios Oficiales de Farmacia están realizando una encuesta sobre el empleo activo que permitirá constatar cual es la situación real de la contratación en las oficinas de farmacia y compararla con los datos del año 2010. Por ejemplo, el COF de Badajoz envió a sus colegiados titulares de farmacia, junto con la circular 1/2011[384], una encuesta en la que se pedía la colaboración del farmacéutico para completarla preguntándole acerca del número de farmacéuticos adjuntos o sustitutos, auxiliares, oficiales administrativos, personal de limpieza y aprendices que trabajaban en su oficina de farmacia a tiempo parcial o jornada completa (Ver documento 5).

[383] CORREO FARMACEUTICO. Semana del 18 al 24 de Octubre de 2010. Disponible en: http://www.correofarmaceutico.com/2010/10/18/gestion/el-despido-por-perdidas-solo-si-de-ello-depende-el-futuro-de-la-botica, 29-12-2010.

[384] COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS DE BADAJOZ (2011) Circular 1/2011.

Localidad: Zona de Salud:

Nº Farmacia: ☐ Un titular: ☐ Dos titulares: ☐ Mas de dos titulares: ☐

	01/01/2010	01/01/2011
Nº de Farmacéuticos Adjuntos ó Sustitutos jornada completa:		
Nº de Farmacéuticos Adjuntos ó Sustitutos jornada parcial:		
Nº de Auxiliares jornada completa:		
Nº de Auxiliares jornada parcial:		
Nº de Oficiales Administrativos jornada completa:		
Nº de Oficiales Administrativos jornada parcial:		
Nº de empleados personal de limpieza jornada completa:		
Nº de empleados personal de limpieza jornada parcial:		
Nº aprendices 16-17 años jornada completa:		
Nº aprendices 16-17 años jornada parcial:		

C/ Ramón Albarrán, 15 Bajo. 06002 BADAJOZ • Telf.: 924 22 18 40 • Fax: 924 22 34 67 • E-mail: cofbadajoz@redfarma.org

Documento 5. Encuesta sobre empleo activo realizada por el COF de Badajoz. Fuente: COF de Badajoz, Circular 1/2011 (384).

En un intento de paliar la situación laboral española, desde el Gobierno se han propuesto ventajas fiscales para la incentivación de las nuevas contrataciones y para el mantenimiento del empleo. La Ley 26/2009, de 23 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2010[385] prevé una ventaja fiscal para los contribuyentes que realicen actividades económicas y que mantengan o creen empleo[386]. El beneficio fiscal consiste en una reducción del 20% del rendimiento neto positivo declarado de la actividad económica, es decir, solo se tributará por el 80% de los beneficios obtenidos. Esta reducción tiene un límite máximo que no podrá superarse: el 50% del importe de las retribuciones satisfechas en el año a los trabajadores. La medida será de aplicación en los ejercicios fiscales 2009, 2010 y 2011. Las condiciones para su aplicación serán las siguientes: que la cifra de negocio sea inferior a 5 millones de euros, que el contribuyente tenga una plantilla media superior a un empleado e inferior a 25 y que se mantenga o se incremente la plantilla media del año en cuestión con respecto a la del ejercicio 2008. A los efectos del cómputo de las plantillas medias se tomaran las personas empleadas según la norma laboral, teniendo en cuenta la jornada contratada en relación a la jornada completa y la duración de la relación laboral respecto a la número total de días del año.

¿Cómo afecta esta reducción fiscal en cifras a la oficina de farmacia? Esta reducción fiscal no afecta por igual a todas las oficinas de farmacia que hayan creado o mantenido empleo frente a la plantilla que tuvieron en 2008. La reducción afectará en función del tipo de facturación media de la farmacia. Juan Antonio Sánchez, socio y coordinador de Aspime propuso para Correo Farmacéutico[387] tres modelos de farmacia con tramos de facturación estándar (pequeña, media-grande y muy grande) que podrían beneficiarse de esta medida y los resultados obtenidos fueron los siguientes:

- Farmacia tipo 1 (pequeña, facturación media 325.000 euros en 2009): con la medida aprobada de reducción del 20% del rendimiento neto, tras haber mantenido o creado empleo, esta farmacia podría disfrutar de una reducción de 5.000 euros en el Impuesto sobre el Rendimiento de las Personas Físicas (IRPF). Su ahorro fiscal se

[385] Ley 26/2009, de 23 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2010.BOE nº 306, 24-12-2009, p.108804-109227.
[386] CORREO FARMACÉUTICO. Semana del 4 al 10 de Enero de 2010. Disponible en: http://www.correofarmaceutico.com/2009/01/19/gestion/gestion-en-tiempos-de-crisis/ocasion-mejorar-planificacion-fiscal, 7-7-2010.
[387] CORREO FARMACÉUTICO. Semana del 19 al 26 de Enero de 2010. Disponible en: http://www.correofarmaceutico.com/2009/01/19/gestion/gestion-en-tiempos-de-crisis/ocasion-mejorar-planificacion-fiscal, 7-7-2010.

situaría, atendiendo al tipo impositivo de esta farmacia, en torno a 1.400 euros en la próxima declaración de renta.

- Farmacia tipo 2 (mediana-grande, facturación media 900.000 euros en 2009): con la medida aprobada de reducción del 20% del rendimiento neto, tras haber mantenido o creado empleo, esta farmacia podría disfrutar de una reducción de 18.000 euros del IRPF. Su ahorro fiscal se situaría, atendiendo al tipo impositivo de esta farmacia, en torno a 7.600 euros en la próxima declaración de renta.
- Farmacia tipo 3 (muy grande, facturación media 2.000.000 euros en 2009): con la medida aprobada de reducción del 20% del rendimiento neto, tras haber mantenido o creado empleo, esta farmacia podría disfrutar de una reducción de 26.000 euros del IRPF. Su ahorro fiscal se situaría, atendiendo al tipo impositivo de esta farmacia, en torno a 12.000 euros en la próxima declaración.

El año 2011 se presenta como un reto para la oficina de farmacia no solo en el plano laboral, pues las medidas fiscales previstas para la incentivación del empleo no son suficientes, el sector espera medidas que permitan gestionar los recortes realizados en 2010 y palien o atenúen sus consecuencias sobre la oficina de farmacia. Estas medidas pasan por el llamado *"Pacto por la Sostenibilidad"*[388], que tiene origen en las peticiones de los distintos sectores (Administración Central, Comunidades Autónomas, Gobierno, Oposición y Sector Farmacéutico en general) de llevar a cabo un gran acuerdo que permita gestionar de manera eficaz los recursos y garantizar la sostenibilidad, viabilidad y equidad del sistema, fortaleciendo la cohesión del sistema sanitario. Estarán encaminadas a prevenir las eventuales consecuencias negativas de los recortes y en cómo las medidas anti-crisis han mermado la capacidad de recuperación de la farmacia. De ahí que los Colegios y Sanidad estén avanzando en una estrategia que permita ayudar a las farmacias que se hayan visto especialmente afectadas por los Reales Decretos 4/2010 (21) y 8/2010 (22) en su supervivencia (387).

[388] EL PAÍS. 13-04-2010. Disponible en: http://www.elpais.com/articulo/economia/Urge/pacto/sanidad/elpepieco/20100413elpepieco_9/Tes, 12-04-2011.


CUARTA PARTE:
GESTIÓN INTEGRAL DEL PERSONAL EN LA OFICINA DE FARMACIA

VII. APLICACIÓN DE LOS ANÁLISIS PROSPECTIVOS A LA GESTIÓN INTEGRAL DEL PERSONAL EN LA OFICINA DE FARMACIA

VII.1. INTRODUCCIÓN

Actualmente, los sistemas sanitarios mundiales son complejos, dinámicos en el tiempo y extremadamente sensibles a los cambios. Se encuentran en permanente estado de evolución pues en ellos intervienen múltiples factores de orden científico, político, normativo o de mercado que inciden directamente en la vida, la salud y el bienestar de los ciudadanos, siendo primordial interpretar este cambio para aplicarlo al micro-entrono de las prestaciones farmacéuticas y por ende al de la oficina de farmacia. Este cambio continuo está motivado por la necesidad de mejorar la calidad de la atención sanitaria, de alcanzar estándares adecuados de estructura y organización, de asegurar el uso racional de los medicamentos y de aumentar la eficiencia del gasto, reduciendo tanto cuanto sean posibles los costes. La meta de los administradores de la salud no es sólo gastar menos, sino gastar con mayor eficiencia y mejores resultados e impactos en salud. La meta del farmacéutico titular de una oficina de farmacia es la misma que el de los administradores sanitarios: gastar menos con mayor eficiencia y mejores resultados en salud. ¿Cómo se consigue esto dentro de un sistema sanitario inmerso en un cambio continuo? La fórmula mágica pasa por el análisis del futuro, por la identificación de los elementos claves que influyen en la consecución de objetivos eficientes dentro de la oficina de farmacia y la elaboración de un plan estratégico que permita abordarlos de manera anticipada, a este tipo de análisis se les denomina **análisis prospectivos**.

Dentro de la oficina de farmacia hay muchos aspectos que condicionan el cambio, pero sólo unos pocos son abordables a la hora de convertirla en una empresa eficiente donde con menos gastos se consiga una mayor eficacia y unos mejores resultados. Los gastos de personal son los primeros en ser revisados a la hora de realizar una reconversión de los gastos pues representan dentro de una farmacia media al menos el 10% de los gastos totales. La gestión integral del personal en la oficina de farmacia se basa en el conocimiento intrínseco de la oficina de farmacia como empresa por parte del empleador, de sus beneficios y gastos, y en la aplicación de las técnicas básicas de gestión de recursos humanos para la organización de equipos tanto en la selección como en la formación y la motivación del mismo. La organización de un equipo humano es uno de los puntos más complejos a tratar en cualquier cambio que se quiera introducir, ya no estructural, sino de la rutina de trabajo en la oficina de farmacia. Pero el momento crítico que experimenta la oficina de farmacia en España ha hecho plantearse si se necesita un cambio estratégico en esta gestión, cuestionándose las perspectivas de futuro de

la oficina de farmacia y los elementos claves susceptibles de cambio para la mejora de la gestión integral del personal.

Con nuestro estudio nos proponemos aplicar los análisis prospectivos a la gestión integral del personal en la oficina de farmacia, abordando concretamente el futuro de las contrataciones laborales en la misma desde unos escenarios posibles que permitan generar un plan estratégico para afrontar los retos que se le presenten a corto, medio y largo plazo a la oficina de farmacia.

Los conceptos de prospectiva y análisis prospectivo parecen encontrase alejados de la realidad de la oficina de farmacia y del concepto de gestión integral del personal en una empresa en general. Aunque esto no es del todo cierto, pues si bien los estudios de prospectiva son poco frecuentes en el sector farmacia, cabe destacar el realizado por Farmaindustria en el año 2002 denominado *"Estudio prospectivo Delphi sobre futuros escenarios del medicamento"*, como primer estudio difundido entre los profesionales farmacéuticos y toma de contacto con la investigación prospectiva, en este caso vinculada a los posibles escenarios en los que se encontrarían a 5, 10 y 25 años los medicamentos y en concreto su precio, las relaciones que generan los medicamentos entre la Administración sanitaria y la industria farmacéutica, la segmentación de la misma y el registro de nuevas patentes. En lo que se refiere a la aplicación de métodos prospectivos a la gestión integral del personal en las empresas, la Comunidad de Madrid junto con las seis universidades públicas madrileñas[389] fueron pioneras en el año 2002 al iniciar la elaboración del macro estudio *"Panorama Laboral de la Comunidad de Madrid en 2011"*[390], con el fin de obtener información actualizada y contrastada para poder anticiparse desde el ejecutivo autonómico madrileño a las necesidades futuras del mercado de trabajo. Este estudio se constituye como una herramienta eficaz a la hora de definir políticas dirigidas a la formación de profesionales y a la orientación laboral, a la vez que permite conocer la situación del mercado de trabajo, siendo este hecho de mayor importancia debido a la singular virulencia con la que la crisis económica está golpeando al empleo. Para ello se han realizado más de mil encuestas a empresas sobre las necesidades que tienen de formación de los trabajadores junto con el análisis del nivel de cualificación de los mismos. Previamente se realizó un estudio del mercado de trabajo tanto a nivel legal como social incluyendo la

[389]Universidad de Alcalá de Henares, Universidad Politécnica, Universidad Complutense, Universidad Rey Juan Carlos, Universidad Carlos III y Universidad Autónoma de Madrid.

[390] Panorama Laboral de la Comunidad de Madrid en 2011. Disponible en: http://www.madridiario.es/2010/Mayo/madrid/186697/investigacion-para-conocer-el-panorama-laboral.html, 17-02-2011.

situación de los parados, las mujeres y los inmigrantes, y contemplando los efectos de la crisis en el mercado de trabajo, además se acompañó de una previsión de las ofertas de empleo que pudieran existir en el año 2011.Una vez analizados todos estos aspectos el estudio propuso planes específicos para la capacitación y el empoderamiento de los trabajadores en tiempos de crisis, cuyo objetivo es mejorar la cualificación de los trabajadores a la vez que se facilita al trabajador la obtención de un puesto de trabajo o la conservación del que ya posee.

Pero cabe preguntarse, ¿qué es la prospectiva y qué importancia tiene a la hora de analizar los posibles escenarios futuros de la contratación laboral en la oficina de farmacia? La definición más práctica y aplicable de prospectiva es aquella que la define como un **instrumento de apoyo a la decisión en la planificación estratégica, territorial y tecnológica**. Posee herramientas metodológicas que facilitan y sistematizan la reflexión colectiva sobre el futuro y la construcción de imágenes o escenarios de futuro. Aunque para ser más exactos en esta definición hay que remontarse a los orígenes de la misma, cuando el filósofo francés Gastón Berger (1896-1960) inventó el término ***Prospectiva*** y lo definió como "*la ciencia que estudia el futuro para comprenderlo y poder influir en él"*[391]. Esta definición unida a las reflexiones del político holandés Fred Polak, que en su libro *"The image of the future"* [392] afirma que todas las sociedades contienen dentro de ellas mismas las imágenes sociales del futuro, configuran las definiciones más clásicas de prospectiva.

La Organización para la Cooperación Mundial y el Desarrollo Económico (OCDE), organismo internacional del cual España es miembro fundador, que tiene como principal objetivo promover el empleo, el crecimiento económico y la mejora de los niveles de vida en los países miembros, y asimismo mantener su estabilidad; propuso en diversos informes una definición ampliada de prospectiva, definición que se ajusta a las sociedades modernas, que viven en un ambiente social marcado por la incertidumbre y el riesgo, dentro de un mundo fragmentado culturalmente, globalizado económicamente y muy dinámico y cambiante desde el punto de vista tecnológico definiendo la prospectiva como "*conjunto de tentativas sistemáticas para observar a largo plazo el futuro de la ciencia, la tecnología, la economía y la sociedad con el propósito de identificar las tecnologías emergentes que probablemente produzcan los mayores beneficios económicos y/o sociales".*

[391] BERGER, G. (1964) Fenomenología del tiempo y perspectiva (póstuma, 1964).
[392] POLAK, F.L. (1961) The imagen of the future: enlightening the past, orientating the present, forecasting the future. Vol. 1 y 2. Leyden, A.W. Sythoff.

A la hora de iniciar un análisis prospectivo ha de tenerse en cuenta que mientras que el riesgo es calculable y su control permite tomar decisiones respecto de un comportamiento actual o proyectarlo a un inmediato futuro, la incertidumbre se caracteriza por ser un riesgo no calculable, independientemente de su magnitud. Para poder abordar, explorar y predecir el futuro de algún suceso, lo que ha sido del máximo interés para gobiernos y empresas a lo largo de la historia, se ha recurrido a diferentes procedimientos que van desde las ciencias esotéricas hasta las proyecciones matemáticas o los estudios cualitativos tipo Delphi. Las técnicas predictivas de investigación social son aquellas que pretenden reducir la incertidumbre ante las consecuencias futuras de una toma de decisión. Pueden ser técnicas **objetivas**, cuando a partir de datos reales preexistentes pretendemos prever el futuro, ya sea como prolongación del pasado o como consecuencia derivada de la evolución de una matriz de variables, y **subjetivas**, aquellas que toman como fuente de información la opinión de expertos en la materia estudiada expresada reflexivamente y teniendo en cuenta sus conocimientos, su experiencia y su misma estrategia, puesto que los expertos no sólo prevén los sucesos, sino que ,con frecuencia ,intervienen en la configuración material del futuro.

La prospectiva no tiene por objeto predecir el futuro. Contrariamente a las creencias sobre prospectiva, el objeto de ésta es ayudar a construir el futuro como parte de un proceso sistemático y participativo a largo plazo para la toma de decisiones y la movilización de acciones conjuntas. La prospectiva como tal consiste en un conjunto de tentativas sistémicas, unida a una disciplina metodológica y a una continuidad ordenada en el tiempo, obligada por su naturaleza intrínseca a proyectarse y referirse a largo plazo que tiene en cuenta tanto la evolución como los condicionamientos de la economía y la sociedad, lo que hace de esta práctica científica en una técnica de carácter multidisciplinar.

Los motivos fundamentales por los cuales se realiza una investigación prospectiva están basados en los intentos de aceleración del cambio dentro de un sector y el aumento de la incertidumbre dentro del mismo como es el panorama laboral farmacéutico español y los problemas derivados de la crisis mundial en cuanto a paro y generación de empleo, todos ellos desencadenados por el hecho de que el futuro no está escrito en ninguna parte y que, el mismo futuro incierto, constituye la razón de ser del presente bien sea de una entidad, una empresa o de una persona.

Al iniciarse un estudio prospectivo ha de adoptarse una **visión global y sistemática**, teniendo en cuenta los factores cualitativos y la estrategia de los actores, cuestionando siempre los

estereotipos recibidos. Para ello ha de integrarse dentro del proceso una complementariedad de enfoques, optando por el respeto absoluto al pluralismo de ideas y opiniones y generando respuestas que movilicen a los actores que puedan posibilitar el cambio. En este sentido, el desarrollo del estudio de las implicaciones sociales de la contratación laboral en la oficina de farmacia, incluye un Brain Storming o Tormenta de ideas acerca de lo que le sugieren a 25 expertos en Farmacia, miembros de diversos estamentos profesionales (Universidad, Organización Colegial, Titulares de Oficina de Farmacia, etc…), la contratación laboral en la oficina de farmacia (necesidades, características, problemática, etc…).

Antes de sumergirse de lleno en la aplicación de los métodos prospectivos es necesario hacer una matización, los estudios prospectivos no son estudios de previsión. Los estudios de previsión, como los escenarios y las perspectivas, se han utilizado ampliamente en organizaciones internacionales, administraciones públicas, empresas y organizaciones no gubernamentales durante las últimas décadas. Los problemas como el cambio climático, las políticas sobre infraestructuras globales, la gestión de los recursos humanos sanitarios de un país o la pérdida de biodiversidad y recursos naturales tienen consecuencias a largo plazo que exigen también soluciones a largo plazo. Para adoptar decisiones estratégicas informadas han de anticiparse a lo que aguarda y saber ver lo que está en curso, lo que está emergiendo y lo que está latente. Si se quiere abordar con seriedad la sostenibilidad de cualquier sistema ha de mirarse más allá de un tiempo concreto. En todo caso, una mirada amplia exige una mente amplia: los principales retos a los que se enfrentan todos los sistemas pueden cambiar notablemente con el tiempo. Por ejemplo, los escenarios y perspectivas (y otros tipos de estudios de previsión) sobre políticas de contratación laboral ayudan a abordar la discontinuidad y las incertidumbres de los acontecimientos futuros y a diseñar políticas sólidas que puedan resistir el paso del tiempo.

No hay una receta única para analizar el futuro. Puede hacerse desde una perspectiva meramente cuantitativa, en la que se toman datos (matemáticos) y modelos para realizar una proyección de las tendencias futuras y analizar sus incertidumbres (se denominan también perspectivas); o bien combinar el análisis cuantitativo con el cualitativo por medio de descripciones, diagramas e imágenes, o bien emplear sólo el análisis cualitativo.

Habitualmente se confunden los estudios de previsión con los estudios prospectivos. A continuación, se muestra un cuadro resumen de las características de los mismos.

	CAUSAS DE ERROR DE LA PREVISIÓN	CARACTERÍSTICAS DE LOS ESTUDIOS PROSPECTIVOS
VISIÓN	Parcial: "En el fondo, todo sigue igual"	Global: "En el fondo, nada sigue igual"
VARIABLES	Cuantitativas, objetivas y conocidas.	Cualitativas, cuantificables o no, conocidas u ocultas.
RELACIONES	Estáticas, estructuras constantes.	Dinámicas, estructuras evolutivas.
EXPLICACIÓN	El pasado explica el futuro	El futuro es la razón de ser del presente.
FUTURO	Único y cierto	Múltiple e incierto
MÉTODO	Modelos deterministas y cuantitativos (econométricos-matemáticos)	Análisis intencional. Modelos cualitativos (análisis estructural) y estocásticos (impactos cruzados)
ACTITUD FRENTE AL FUTURO	Pasiva o adaptable (futuro que hay que soportar)	Activa y creativa (futuro deseado)

Tabla 75. Cuadro resumen de las características de los estudios predictivos y prospectivos. Elaboración propia.

El filósofo francés Maurice Blondel (1861-1949) afirmó en 1930, "el futuro no se prevé, se construye"[393]. En este sentido se recogen las opiniones vertidas en una mesa redonda sobre la previsión que tuvo lugar en el Seminario sobre la Investigación, la Tecnología y el Empleo, organizado por la Presidencia española de la UE en El Escorial, entre el 6-8 de Diciembre de 1995 (véase IPTS Report, Edición 01)[394], sobre el acercamiento de posturas entre los estudios prospectivos y los estudios de previsión. En ella se examinaron en detalle algunas de las lecciones aprendidas en unos ejercicios de previsión recientes y se concluyó que el máximo aprovechamiento de los mecanismos de reacción, especialmente en el contexto de los ejercicios de previsión en grupo, es crucial, como lo es un énfasis en la continuidad y la aplicación persistente de los métodos, con el fin de desarrollar las aptitudes y hacer que el proceso se convierta en un instrumento más útil para administrar el cambio y ayudar a moldear el futuro. Pero estas conclusiones ponen de manifiesto el reto de los estudios de previsión: "mirar más allá de la competitividad, hacia la sostenibilidad en términos de modelos

[393] http://www.uclouvain.be/286667.html, 15-02-2011.
[394] ALLGEIER, H.J. (2006) Notas breves: Estudios de Previsión: Principios básicos para un enfoque a nivel de la UE. The IPTS Report. 2.

de empleo, de competencia, de medio ambiente, de desarrollo regional, etc…". Esto deriva de la necesidad de enfocar no tanto el pronóstico de los desarrollos sino la comprensión y la exploración de las tendencias evolutivas. Es decir, acercar las posturas de los estudios de previsión a los prospectivos, siendo el nuevo objetivo establecer unos conocimientos comunes, un fondo y un entendimiento, incluido un sistema de alerta previa, para formar una base sobre la cual los diferentes actores puedan tomar decisiones mutuamente reforzadoras para apoyar la gestión del cambio.

Para lograr estos objetivos será necesario desarrollar métodos que sean reproducibles, suficientemente descentralizados para acomodar las diferencias culturales y regionales, y mutuamente fructíferos a través del trabajo estructurado en redes.

Estudios de previsión puros han estado tradicionalmente vinculados con el panorama de la contratación laboral en la oficina de farmacia española. El estudio titulado *"El farmacéutico en el mercado laboral español 2008"*[395], realizado por Farma-Iuris para la Asociación para la Promoción de la Asistencia Farmacéutica (APROAFA) y dirigido por Josep Mª Besalduch, tuvo como objetivo analizar la situación del Licenciado en Farmacia ante el mercado laboral imperante en 2008 y obtener las principales conclusiones sobre la capacidad de absorción de estos licenciados en la Oficina de Farmacia con el actual modelo sanitario español, así como su evolución reciente y su proyección a corto plazo.

[395] FARMA-IURIS (2008) El farmacéutico en el mercado laboral español 2008.

Las conclusiones obtenidas se pueden resumir en los siguientes ítems:

CONCLUSIONES DEL ESTUDIO "EL FARMACÉUTICO EN EL MERCADO LABORAL ESPAÑOL, 2008"
1.- ESPAÑA ES EL PAIS DE EUROPA, DETRÁS DE ITALIA (25.000) CON MAS ALUMNOS MATRICULADOS EN LOS ESTUDIOS DE FARMACIA (24.000)
2.- ESPAÑA ES EL PAIS DE EUROPA CON MAS ALUMNOS MATRICULADOS EN FARMACIA POR HABITANTE. 60 POR 100.000
3.- ESPAÑA ES EL PAIS QUE MAYOR NUMERO DE LICIENCIADOS EN FARMACIA DISPONE POR HABITANTES, JUNTO A FRANCIA E ITALIA. 2.200
4.- ESPAÑA ES LA NACION EUROPEA, EN TERMINOS RELATIVOS, CON MAS LICENCIADOS POR HABITANTE. 6 POR 100.000
5.- LA OFERTA Y LA DEMANDA EN ESPAÑA ESTA EN UN PUNTO DE EQUILIBRIO TECNICO 1.500/1.800 LICENCIADOS EN FARMACIA /AÑO.
6.-EL FARMACEÚTICO TIENE INTERIORIZADO SU MERCADO LABORAL Y PARA OBTENER UN CONTRATO NO NECESITA ALEJARSE MUCHO DE SU DOMICILIO.
7.- EL ACTUAL SISTEMA ESTA ABSORBIENDO TODA LA DEMANDA DE FARMACEÚTICOS.
8.-EN LOS PROXIMOS AÑOS DEBERÍA CRECER EL NÚMERO DE LICENCIADOS EN FARMACIA O PODRÍA EXISTIR DEFICIT DE DEMANDA.
9.- LA FARMACIA SIGUE SIENDO UN GENERADOR DE EMPLEO ESTABLE, FEMENINO Y DE CALIDAD.

Tabla 76. Conclusiones del estudio El farmacéutico en el mercado laboral español 2008. Elaboración propia. Fuente: FARMA-IURIS, El farmacéutico en el mercado laboral español 2008 (395).

Tomando como referencia estos resultados, se podría afirmar que, aunque el empleo farmacéutico español en el año 2008 se encontraba en un punto de equilibrio técnico; quizás en un futuro no muy lejano pudiera existir un problema de escasez de farmacéuticos para desempeñar las funciones dentro de la oficina de farmacia, en especial en las zonas rurales más desfavorecidas, pues, como se afirma en el punto 6 de sus conclusiones, el farmacéutico tiene interiorizado su mercado laboral y tiende a satisfacer la demanda de empleo en las zonas más próximas al domicilio de la persona solicitante de empleo. Otro problema que se plantea es la adecuación de la persona demandante a la oferta de empleo y viceversa, al ser la oferta tan amplia, no se garantiza que los demandantes de empleo cumplan los requisitos que cada oferta en concreto necesita. Este es un dato que los estudios de previsión no aportan. Tres años después de la presentación de este estudio, se puede afirmar que las previsiones realizadas por Farma-Iuris (395) no se han ajustado a la realidad del sector farmacéutico pues la crisis mundial y la crisis del sector farmacéutico han generado un desequilibrio entre la oferta y la demanda existente en el contexto laboral de la oficina de farmacia trayendo de vuelta el fantasma del paro, modificando el perfil del candidato a los puestos vacantes en oficina de farmacia a la vez que se modifica la internalización del puesto de trabajo no

importando la ubicación del mismo. Esto se debe en parte a que las farmacias, debido a los recortes económicos que han sufrido desde el año 2005 en adelante y en especial el año 2010 con los RD 4/2010 (21) y 8/2010 (22), han recortado los gastos fijos incidiendo de manera concreta en los gastos de personal, no renovando interinidades, reduciendo horarios y en los casos más extremos recurriendo al despido. Visto esto, el estudio planteado por Farma-Iuris, sí aportó una información relevante con el análisis del entorno laboral farmacéutico pero sus previsiones, si bien se mantuvieron durante el 2008 y parte del 2009, no resistieron los vaivenes económicos del sector sanitario y los recortes en la factura farmacéutica del 2010, desmontando la mayor parte de las conclusiones a las que se había llegado.

La importancia de los estudios de previsión en el sector farmacéutico, como es el caso del estudio *"El farmacéutico en el mercado laboral Español 2008"* (395) realizado por Farma-Iuris para APROAFA; radica en el hecho de que obliga a tomar una actitud frente al futuro, la cual puede clasificarse como:

- **Pasiva:** no hacer nada.
- **Reactiva:** política de "apagafuegos".
- **Pre-activa:** anticiparse a los cambios.
- **Pro-activa:** provocar el cambio.

Sin embargo, los estudios prospectivos, en general, no obligan a tomar una actitud frente al futuro sino que son fuente de apoyo para la toma de decisiones a la hora de encarar el futuro dinamizando los aspectos principales de la toma de decisión:

- Ayudan a la reflexión y la planificación estratégica.
- Suministran información relevante y comprensible respecto al entorno competitivo a tiempo, y de forma aplicable a las diferentes funciones de la gestión de la organización, empresa, territorio, …
- Profundizan en el conocimiento de tendencias, alternativas tecnológicas,… y su priorización dentro de la empresa.
- Difunden la cultura de innovación, de creación de futuro tanto dentro como fuera del entorno en que se llevan a cabo las funciones prospectivas.
- Preparan a la organización, empresa, territorio, etc,.. ante los cambios organizacionales profundos que puede experimentar.

- Cuando las actitudes frente al futuro derivan de una planificación prospectiva son el fruto de un proceso de reflexión estratégica sobre el futuro de una empresa, organización, sector, proyecto, región, país,…, con participación de los actores, al objeto de identificar y poner en marcha las acciones a desarrollar desde el presente. La aplicación concreta de esta planificación estratégica al mercado laboral farmacéutico consta de un proceso de reflexión sobre el futuro de la profesión, implicando al farmacéutico en la identificación y puesta en marcha de las acciones a desarrollar en el presente y en el furo próximo para adecuar el marco laboral (teórico y práctico) a la realidad del sector.

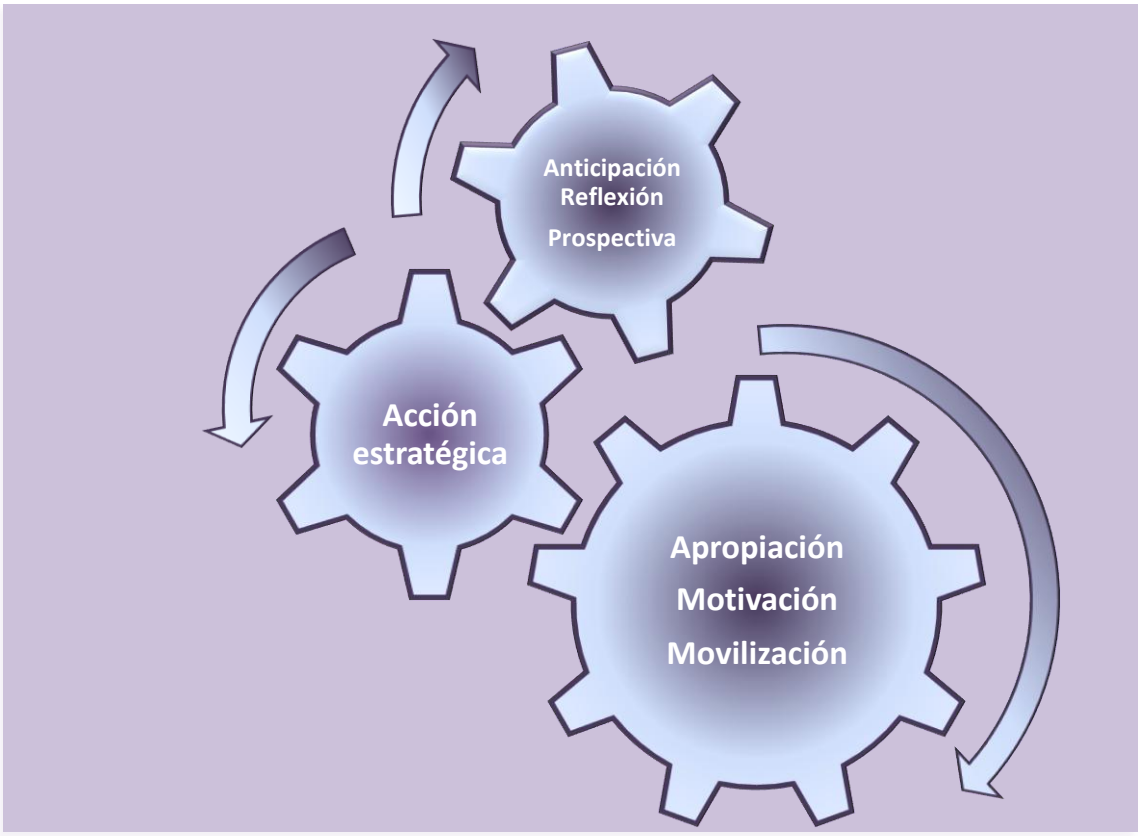


Diagrama 9. Esquema de la planificación prospectiva: Actitudes frente al futuro; dinamización de la toma de decisiones. Elaboración propia.

Los métodos prospectivos permiten reducir el riesgo y la incertidumbre en la puesta en marcha de los proyectos pues identifican los factores clave. Además, permiten implementar sobre ellos una estrategia efectiva a la vez que analiza los posibles escenarios que se abren al proyecto y una vez seleccionado el escenario articular las acciones estratégicas pertinentes.

VII.2. LA APLICACIÓN DE LOS ANÁLSIS PROSPECTIVOS EN EL MARCO DE LA CONTRATACIÓN LABORAL EN LA OFICINA DE FARMACIA: JUSTIFICACIÓN Y ANÁLISIS DEL PRESENTE

La situación de partida de los planes prospectivos estratégicos surge en el análisis del presente, en concreto de la situación actual del territorio, la empresa, organización o sector. Desde esta situación de partida nacen diversos futuros posibles que configuran un horizonte de posibles futuros. Por ese motivo, las partes primera, segunda y tercera de este trabajo analizan de manera exhaustiva los pilares básicos de las implicaciones sociales de la contratación laboral en la oficina de farmacia y de la gestión integral del personal en la misma, estos pilares básicos son: las normas legales, el contexto social y económico de la profesión farmacéutica a nivel mundial y la incidencia social de la contratación laboral en la oficina de farmacia en España, definiendo de manera concreta las implicaciones legales, sociales y económicas de la contratación laboral en la oficina de farmacia, del farmacéutico titular como empleado y de la dimensión empresarial que aborda la gestión integral de la oficina de farmacia y concretamente el personal que trabaja en la misma. Es un esbozo del pasado y del presente de los recursos humanos en la oficina de farmacia.

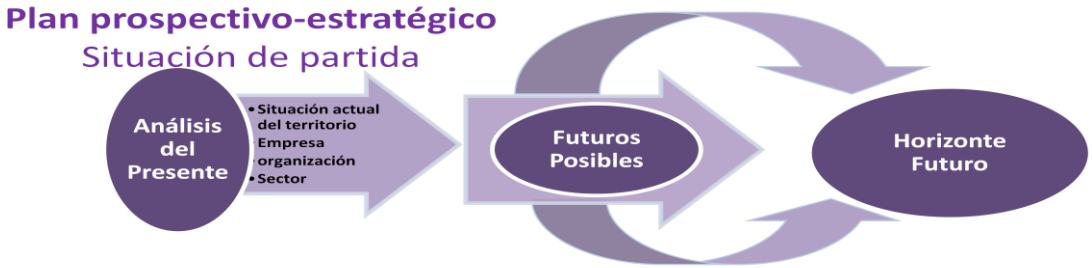


Diagrama 10. Plan prospectivo-estratégico: Situación de Partida. Elaboración propia.

La situación de partida de los planes prospectivos-estratégicos pasa por un análisis del presente que exponga la situación actual del sector farmacéutico. Las primeras partes de esta tesis realizan este análisis de manera completa y exhaustiva, analizando el presente de la

oficina de farmacia desde el ángulo legal y socio-económico tanto a nivel nacional como a nivel internacional.

ANALISIS DEL PRESENTE

Las principales conclusiones extraídas del análisis del presente de la oficina de farmacia que condicionan las implicaciones sociales de la contratación laboral y la gestión integral del personal de manera eficiente son las siguientes:

- Tanto la normativa internacional como la española regulan los derechos y deberes de trabajadores y farmacéuticos titulares en la oficina de farmacia. La normativa española va más allá pues define y regula las competencias de los trabajadores en la oficina de farmacia en función de su categoría profesional, la formación de los mismos e incluso el número mínimo de trabajadores que debe haber en ella. Las leyes de ordenación farmacéutica elaboradas por las Comunidades Autónomas concretan todos estos hechos y los convenios colectivos marcan los salarios, los tipos de contratos, el número de horas de trabajo anuales y los horarios.

- A nivel global existe una escasez de farmacéuticos en las zonas más pobres del planeta, pues existe una dinámica migratoria de profesionales de la salud que va de los países subdesarrollados a los países desarrollados. Pero esa dinámica no solo existe entre distintos continentes o entre distintos países, esos flujos migratorios se pueden apreciar dentro de los propios países desarrollados, donde las zonas rurales más desfavorecidas presentan dificultad para cubrir las vacantes de médicos, farmacéuticos y enfermeros. La crisis mundial quizás modifique estos flujos migratorios, haciendo que algunos profesionales retornen a los países de origen o que aquellos que pensaban en emigrar prefieran ocupar puestos cerca de casa ante la incertidumbre existente en los países de destino.

- Se estima que todos los días un millón de ciudadanos europeos visitan una farmacia comunitaria para solucionar sus problemas de salud. Para dar un servicio de calidad al paciente las farmacias de la UE emplean a más de medio millón de personas, de las cuales casi 400.000 son farmacéuticos. La farmacia comunitaria europea es un foco continuo y estable de empleo.

- Las oficinas de farmacia de la Unión Europea están llamadas a realizar un papel clave dentro de los sistemas de salud pública como garantes del máximo beneficio, a la vez que aseguran el mínimo número de efectos adversos, de las terapias que reciben los pacientes, como consejeras del auto-cuidado de la salud dando información de calidad a los pacientes y como promotoras de estilos de vida saludable formando parte de las campañas de divulgación sanitaria activas en cada uno de los Estados Miembros de la Unión Europea.

- Si se tienen en cuenta que los tres factores que condicionan la consecución de los objetivos del *World Health Report 2006* (8) en el ámbito del trabajo sanitario son: *el número de trabajadores sanitarios, la distribución de los trabajadores sanitarios y las políticas de salud*, habrá de conocerse no sólo el número de farmacéuticos que trabajan en oficina de farmacia en Europa, sino también la ubicación de las oficinas de farmacia, es decir, cómo son de accesibles a los ciudadanos y si esa accesibilidad está condicionada por las políticas sanitarias

- A nivel europeo existen dos modelos de farmacia, por un lado se encuentra el Modelo de farmacia Mediterráneo, donde la propiedad está vinculada a la titularidad y existen criterios demográficos y de distancia a la hora de la planificación farmacéutica; y por otro lado el Modelo Anglosajón o Liberal, donde la titularidad no está vinculada a la propiedad y no existen criterios demográficos ni de distancia a la hora de realizar la planificación farmacéutica nacional. Los países que tengan un "Modelo Mediterráneo de Farmacia" presentaran un patrón de empleo farmacéutico distribuido por toda la geografía del país de manera homogénea, mientras que en aquellos que sigan un Modelo Liberal de Farmacia, la concentración del empleo farmacéutico se hará patente en las zonas más pobladas y relevantes del país.

- Los países que presentan un "Modelo Mediterráneo de Farmacia" comparten características que van más allá del hecho de que la propiedad esté vinculada a la titularidad o que exista una planificación farmacéutica basada en criterios de establecimientos demográficos y de distancia; ya que presentan patrones similares de organización del trabajo y de presencia para llevar a cabo la asistencia farmacéutica.

- La crisis mundial está afectando gravemente a la estabilidad de las oficinas de farmacia europea debido a que las medidas de contención del gasto farmacéutico los Estados prevén en la mayoría de los casos y los recortes presupuestarios en las partidas destinadas a sanidad.

- El Reino de España presenta un "Modelo Mediterráneo de Farmacia" caracterizado por el hecho de que la oficina de farmacia se define a nivel normativo como un establecimiento sanitario privado de interés público, por tanto presenta una dualidad empresario-sanitaria.

- En España el 98% de la población dispone de una oficina de farmacia cercana a su municipio e implica acceso a al menos un profesional farmacéutico (titular de la oficina de farmacia) y al personal auxiliar de la oficina de farmacia. La farmacia se consolida como **foco localizado de empleo farmacéutico en el 65% de los municipios españoles.**

- Las oficinas de farmacia españolas además de ser un foco localizado de empleo farmacéutico, o por su dinámica de trabajo de la oficina de farmacia hace que esta sea un **foco generador de empleo farmacéutico** (cualificado y no cualificado) **y un medio para la consecución de los objetivos del *World Health Report 2006* (8)**

- En España muchas cifras definen a la oficina de farmacia y el empleo farmacéutico pero las más representativas son las siguientes:

    - hay 21.166 oficinas de farmacia para una población de 47 millones de habitantes.
    - la media de habitantes por oficina de farmacia es de 2.209.
    - el número de farmacéuticos colegiados es de 63.593 de los cuales el 70% son mujeres y un 1% extranjeros.
    - es la segunda profesión sanitaria con mayor porcentaje de mujeres en activo
    - la Encuesta Anual de Comercio (CNAE-2009) muestra que las oficinas de farmacia son una fuente de trabajo estable y eminentemente femenino, pues dan empleos directos a 79.820 trabajadores, siendo fijos 52.591 (91,42%) y eventuales 4.935 (8,57%). Dentro de los trabajadores fijos 13.330 son hombres y 39.261 mujeres, el 25,35% y el 74,65% respectivamente.

- 43.603 farmacéuticos trabajan en oficina de farmacia de los cuales 18.205 son titulares únicos, 5.740 son cotitulares, 79 regentes, 16.208 adjuntos y 2.997 sustitutos.
- la media de empleados por oficina de farmacia es de 3,8 de los cuales 2,1 de estos empleados son licenciados en farmacia, por tanto es centro de trabajo en equipo con trabajadores altamente cualificados.
- la oficina de farmacia española lucha por transformarse en una empresa socialmente responsable y respetuosa con la conciliación laboral y familiar.

- España está inmersa en una crisis económica que obliga a recortar los gastos a nivel gubernamental y afecta de manera directa al sector farmacias pues el recorte del gasto sanitario centra sus esfuerzos en recortar el gasto derivado de la prescripción farmacéutica bajando los precios de los medicamentos a la vez que reduce el número de prescripciones. La entrada en vigor de las nuevas medidas adoptadas por el ejecutivo en materia de recortes del gasto, RDL 4/2010 (21) y 8/2010 (22), afectan de forma directa a los ingresos de las oficinas de farmacia, por la reducción del precio de los medicamentos y por las deducciones que se practican en función de los tramos de facturación mensual:

  - Estas medidas tienen un impacto directo en la reducción del beneficio bruto, estimado en un 14%.
  - El impacto directo de las medidas sobre el beneficio neto se traduce en destrucción del empleo en este sector, estimado entre 9.208 y 13.715 puestos de trabajo.

- La gestión de la oficina de farmacia pasa a un primer plano en tiempos de crisis, ha de controlarse los ingresos y los gastos, la reducción de los gastos fijos es la única medida eficaz para mejorar las cifras de rentabilidad de la oficina de farmacia y los gastos de personal son los gastos fijos más importantes de una oficina de farmacia, se sitúan en torno al 10% de la facturación bruta anual , de ahí la **necesidad de formular gestiones integrales del personal de la oficina de farmacia que permitan una labor asistencial eficiente y de calidad con el menor coste posible.**

- La preocupación principal del farmacéutico en su papel de empleador con respecto al personal de la oficina de farmacia se ha transformado pasando de plantearse si **podrá pagar los salarios del personal a fin de mes y si tendrá que prescindir de parte de la plantilla para poder abordar el resto de costes fijos?**

- El desempleo se cuela poco a poco en la oficina de farmacia, el problema del paro está comenzando a introducirse en el sector farmacéutico, que hasta ahora había vivido ajeno a los problemas que sacudían el entorno laboral español (4 millones de parados en diciembre de 2010). La oficina de farmacia ha aportado valor real a la sociedad española durante los últimos diez años creando empleo cualificado y estable, mayoritariamente femenino. Las oficinas de farmacia han utilizado la contratación indefinida de forma generalizada y además, han dinamizado el mercado laboral al usar distintas formas de contratación temporal en función de las necesidades de recursos humanos o del puesto de trabajo a ocupar, eligiendo como candidatos para ocupar las vacantes a aquellos sectores de la población activa con mayor vulnerabilidad, como lo son los jóvenes, las mujeres y los parados. Esta ha sido la actitud de la oficina de farmacia hacia el empleo hasta el año 2010 donde la no renovación de los contratos temporales ha hecho saltar las luces de alarma.

- Países con "Modelo Mediterráneo de Farmacia" presentan contextos socio-económicos similares al español para la oficina de farmacia aunque con particularidades. Ejemplo de ello son los casos de Italia y Portugal.

    - Italia, con una población de más de 60,5 millones de personas, presenta una tasa de actividad del 56,7%. Cuenta con una red farmacéutica de tipo capilar con 17.796 farmacias de naturaleza privada, pública, societaria o de cadenas, pero siempre de propiedad farmacéutica. Presenta criterios demográficos y geográficos para su establecimiento, con un número medio de habitantes por farmacia en abril del 2010 en torno a 3.374, dato próximo a la media europea. En Italia hay 79.000 farmacéuticos colegiados, siendo una profesión eminentemente femenina pues más del 65% son mujeres. De esos 79.000 farmacéuticos 62.354 ejercen en oficina de farmacia, con una media superior a 3 farmacéuticos por farmacia.

La farmacia italiana vive un periodo convulso, no solo por la crisis económica mundial y por los drásticos recortes sanitarios realizados sino porque en el año 2006 se liberalizó la venta de todos los medicamentos sin receta, que pueden ser adquiridos en cualquier establecimiento siempre que este cuente con la presencia obligatoria de un farmacéutico en la zona específica dedicada a la venta de medicamentos sin receta e incluso se pueden adquirir medicamentos sin receta por internet.

- Portugal cuenta con una población de 10,6 millones de personas, presenta una tasa de actividad del 52,45%. Tiene una amplia red farmacéutica distribuida homogéneamente por todo el territorio nacional con 2.914 farmacias. Presenta criterios demográficos y geográficos para su establecimiento, con un número medio de habitantes por farmacia en abril del 2010 en torno a 3.600. En Portugal hay aproximadamente 10.800 farmacéuticos colegiados, siendo una profesión eminentemente femenina pues más de 8.000 colegiadas son mujeres. De esos 10.800 farmacéuticos 6.108 ejercen en oficina de farmacia, con una media superior a 2 farmacéuticos por farmacia.

  Las oficinas de farmacia portuguesas debido a la acuciante crisis y a la necesidad de aplicación de medidas de contención del gasto, han visto crecer de manera alarmante el porcentaje de prescripción de medicamentos genéricos, la reducción del número de prescripciones, el aplazamiento de pagos de la factura farmacéutica amen de los recortes presupuestarios en las partidas destinadas a sanidad y encara un futuro incierto en el cual existe la posibilidad de que el Fondo Monetario Europeo realice un rescate de la economía portuguesa.

PAIS	POBLACIÓN	PROPIEDAD OFICINA DE FARMACIA	CRITERIOS DEMOGRÁFICOS Y GEOGRÁFICOS	PRESENCIA OBLIGATORIA DEL FARMACÉUTICO	VENTA MEDICAMENTOS FUERA CANAL FARMACIA
ESPAÑA	40,5	FARMACEÚTICO, UNA ÚNICA FARMACIA	SI	SI	NO
ITALIA	60,5	PRIVADA (FARMACÉUTICO O SOCIEDAD DE FARMACÉUTICOS) CADENAS PÚBLICA	SI	SI	SI
PORTUGAL	10,6	FARMACÉUTICOS, HASTA CUATRO FARMACIAS	SI	SI	NO

Tabla 77. Resumen de características socio-económicas y normativas de la oficina de farmacia en España, Italia y Portugal. Elaboración propia.

VII.3. ANÁLSIS PROSPECTIVO

Una vez revisada la situación de partida, establecer un posible escenario de contratación laboral para oficina de farmacia que tenga en cuenta todas estas implicaciones legales y sociales en un futuro medio o largo es un reto únicamente abordable a través de la realización un análisis prospectivo, los inconvenientes de los análisis de previsión se han puesto de manifiesto al revisar el informe “El farmacéutico en el mercado laboral español, 2008” y por tanto será necesario dar un paso más en la concreción del futuro. La metodología prospectiva permite reducir el riesgo e incertidumbre en la puesta en marcha de un proyecto, pues permite identificar los factores clave y sobre ellos implementar las estrategias más efectivas. La prospectiva, a su vez, permite analizar los posibles escenarios que se abren al proyecto y una vez seleccionado el escenario por el cual se va a apostar, han de articularse las acciones estratégicas pertinentes.

Para la aplicación de los métodos prospectivos a la contratación laboral en la oficina de farmacia pueden utilizarse diversas herramientas que facilitan la elaboración de los posibles escenarios futuros, y por tanto son indispensables en el diseño de los planes prospectivos estratégicos, en concreto para la identificación de las variables claves a tener en cuenta. Entre ellas se encuentran los Análisis Estructurales, los análisis de Estrategias de Actores, las Exploraciones del Campo de los Posibles, el Método Delphi, los Análisis Morfológicos, el Método Smic, etc,... Para la evaluación de las futuras implicaciones sociales de la contratación laboral en la oficina de farmacia y la optimización de la gestión integral del personal en la oficina de farmacia se ha elegido un método combinado que incluye *tormenta de ideas o brain*

storming junto con el diseño y desarrollo completo de un Delphi, pues, debido a sus características intrínsecas, parece el método más adecuado para la construcción de los escenarios y en la elección de las opciones estratégicas "más correctas".

El hecho de que los países que presentan un "Modelo Mediterráneo de Farmacia" compartan características que van más allá de la vinculación de la titularidad a la propiedad o de que exista una planificación farmacéutica, basada en criterios de establecimiento demográficos y de distancia, ha ampliado el radio de acción de nuestro estudio, incluyendo entre sus metas la elaboración de un escenario común para el diseño de un plan prospectivo estratégico que permita abordar de manera conjunta las implicaciones sociales de la contratación laboral en la oficina de farmacia dentro del marco del "Modelo Mediterráneo de Farmacia". Dentro de la UE existen varios países con características similares tanto económicas como sociales, todos ellos con oficinas de farmacia vinculadas al "Modelo Mediterráneo", estos países presentan patrones idénticos de contratación laboral en la oficina, de establecimiento de criterios para la organización del trabajo y además tienen una clara vocación asistencial constituyéndose las oficinas de farmacia como instrumento de apoyo a las acciones de salud pública del país. En primer lugar, se realizará un análisis comparativo de las implicaciones sociales en la contratación laboral en la oficina de farmacia europea a través de la comparación de los resultados obtenidos en estudios prospectivos realizados en dos países: Italia y Portugal, usando como base para el mismo los elementos claves identificados en España, por lo cual serán unos estudios de características similares al realizado en España, fácilmente comparables entre sí y que permitirán diseñar un plan prospectivo estratégico para abordar los cambios en los que se encuentra inmerso el sector de oficinas de farmacia.

La farmacia como tal, acostumbrada al método científico propiamente dicho, quizás encuentre llamativa la aplicación de un método cualitativo de índole social. Como en todo trabajo pionero en su campo habrá aspectos que habrían podido ser realizados de una manera diferente pero, en su conjunto, el balance de esta experiencia ha sido altamente satisfactorio, tanto en su concepción como en su desarrollo y resultados.

VII.3.1. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

El objetivo general, teniendo en cuenta las implicaciones legales, sociales y económicas del sector, es identificar los aspectos clave en la contratación laboral de la oficina de farmacia perteneciente al "Modelo Mediterráneo de Farmacia" para a partir de ellos los órganos competentes (Administración, Órganos Colegiales, Patronal, Sindicatos, Observatorio Sectorial, etc,…) puedan desarrollar un modelo explicativo que permita abordar de manera integral, y a través de un plan-prospectivo estratégico, la gestión del personal en la oficina de farmacia de manera que tanto empleados como empleadores de las oficinas de farmacia puedan anticiparse y/o adaptarse a los cambios presentes y futuros del entorno de manera eficaz.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Definir de forma clara los elementos clave que condicionan la contratación laboral en la oficina de farmacia en España y graduar la influencia que tienen los mismos sobre el mercado laboral español apoyándose para ello en herramientas prospectivas como es el método Delphi.

- Evaluar si los elementos clave que condicionan la contratación laboral en España son los mismos que en otros países europeos que presenten un "Modelo Mediterráneo de Farmacia".

- Comparar las implicaciones sociales en la contratación laboral en la oficina de farmacia europea a través de la comparación de los resultados obtenidos en estudios prospectivos realizados en dos países : Italia y Portugal con los obtenidos en España.

- Elaborar un escenario común para el diseño de un plan prospectivo estratégico que permita abordar de manera conjunta las implicaciones sociales de la contratación laboral en la oficina de farmacia dentro del marco del "Modelo Mediterráneo de Farmacia".

- Identificar las acciones a desarrollar en el presente y en el futuro próximo para adecuar el marco laboral (teórico y práctico) a la realidad del sector de la oficina de farmacia.

VII.3.2. METODOLOGÍA

Un objetivo básico de esta investigación es obtener información para identificar los aspectos clave en la contratación laboral de la oficina de farmacia perteneciente al "Modelo Mediterráneo de Farmacia". La identificación de estos elementos clave permite plantear el desarrollo de un modelo explicativo que aborde de manera integral la gestión del personal en la oficina de farmacia. El conocimiento del ámbito farmacéutico, y en concreto de la oficina de farmacia, requiere un conjunto de información amplia y compleja.

Tradicionalmente el panorama de la gestión integral de las contrataciones laborales en la oficina de farmacia se ha abordado desde el punto de vista de la previsión analizando los condicionantes económicos de la oficina de farmacia y realizando proyecciones a corto y medio plazo sobre las dinámicas de contratación. Las ventajas de este sistema son que es un método estandarizado, generalizado y de fácil implementación. Pero estas proyecciones presentan varios inconvenientes, pues los resultados son aproximados, tienen márgenes de error moderados y están expuestos a cambios legislativos, demográficos, sociales o económicos. Un ejemplo de ello es el estudio *"El farmacéutico en el mercado laboral español 2008"* (395) realizado por Farma-Iuris para APROAFA, cuyo objetivo era analizar y obtener las principales conclusiones sobre la situación del Licenciado en Farmacia, ante el actual mercado laboral y la capacidad de absorción en la modalidad de la Oficina de Farmacia con el actual modelo sanitario español, así como su evolución reciente y su proyección a corto plazo (2015). Este estudio reconoce en su preámbulo que sus proyecciones estaban expuestas a los cambios del sector aunque sus conclusiones a fecha de cierre del estudio eran del todo fiables. Años después se ha podido comprobar que varias de sus conclusiones se han visto gravemente afectadas por la crisis económica, el punto de equilibrio técnico entre la oferta y la demanda de empleo en la oficina de farmacia ha desaparecido dejando estas de absorber toda la demanda, reaparece el concepto de movilidad geográfica frente a la interiorización del mercado laboral por parte del farmacéutico que le permitía obtener un contrato para su categoría profesional en condiciones favorables sin alejarse mucho de su domicilio y tampoco ha sido necesario el incremento del número de licenciados pues la demanda se ha reducido

debido a la crisis económica. Planteamientos más sencillos, como los desarrollados por los Colegios Oficiales de Farmacia, se centran en recoger información acerca de la situación actual de la oficina de farmacia, cuantificando los empleados en función de las categorías profesionales y comparándolo con datos de años anteriores. Estos métodos clásicos están enfocados a la toma de decisiones y actitudes frente al futuro.

Sin embargo, los estudios prospectivos en general no obligan a tomar una actitud frente al futuro sino que son fuente de apoyo para la toma de decisiones a la hora de encarar el futuro dinamizando los aspectos principales de la toma de decisión. La aplicación concreta de estos estudios al mercado laboral farmacéutico consta de un proceso de reflexión sobre el futuro de la profesión, implicando al farmacéutico en la identificación y puesta en marcha de las acciones a desarrollar en el presente y en el futuro próximo para adecuar el marco laboral (teórico y práctico) a la realidad del sector. Así pues, es necesario obtener información que ayude a identificar los aspectos clave que caracterizan las implicaciones sociales de la contratación laboral en la oficina de farmacia y garantizar la calidad de la misma. Una opción alternativa a las clásicas es recurrir a la consulta de expertos mediante la utilización de metodología Delphi. Este planteamiento permite limitar los inconvenientes que se han enunciado para los planteamientos de previsión. Los expertos conocen perfectamente las características de las oficinas de farmacia, del personal de las mismas y del sector en general. Con la metodología Delphi también es más fácil evitar las reticencias con relación a difundir la información interna de las oficinas de farmacia si la pregunta se realiza de manera adecuada, es decir, evitando las preguntas específicas al experto y abriendo el horizonte, permitiéndole expresar su opinión generalizada sobre el sector.

El método empleado en la aplicación de los análisis prospectivos a la gestión integral del personal en la oficina de farmacia es un método mixto que consta a grandes rasgos de tres fases**: preparación, ejecución y observación**.

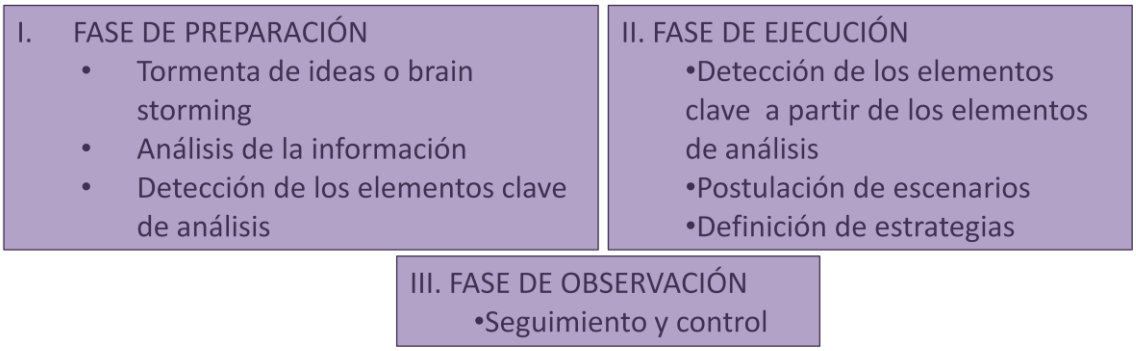


Diagrama 11. Fases del estudio. Elaboración propia.

En la **fase de preparación** se apuesta por la tormenta de ideas o "brain storming" como medio de análisis de la información y de detección de los elementos de análisis. La tormenta de ideas es una herramienta de trabajo grupal que facilita el surgimiento de nuevas ideas sobre un tema o problema determinado. La lluvia de ideas es una técnica de grupo para generar ideas originales en un ambiente relajado. Durante la tormenta de ideas se discutirán los conceptos generales y problemas relacionados con el tema de estudio con el fin de adquirir conocimientos sobre el tema y de identificar expectativas que generen contribuciones útiles para el desarrollo de los estudios prospectivos.

La **fase de ejecución** se centra en la detección de los elementos clave a partir de los elementos de análisis obtenidos en la fase preparatoria, en la postulación de escenarios y en la definición de estrategias. Para ello se ha aplicado un método Delphi, tanto en España como en los dos países analizados, con el fin de explorar el marco de la contratación laboral en la oficina de farmacia, obteniendo información de la sociedad que lo conforma, de las políticas que lo influyen y la situación económica que lo condiciona. Esta exploración permitirá establecer juicios a la vez que se definen los temas de interés que formaran parte de la toma de decisiones con respecto a la gestión integral del personal en la oficina de farmacia.

El método Delphi[396][397], cuyo nombre se inspira en el antiguo oráculo de Delphos, parece que fue ideado originalmente a comienzos de los años 50 en el seno del Centro de Investigación estadounidense RAND Corporation por Olaf Helmer y Theodore J. Gordon, como un instrumento para realizar predicciones sobre un caso de catástrofe nuclear. Desde entonces, ha sido utilizado frecuentemente como sistema para obtener información sobre el futuro.

[396] LANDETA, J. (1999) El método Delphi. Una Técnica de previsión para la incertidumbre. Barcelona, Ariel.
[397] GODET, M. (1996) Manuel de Prospective Strategique. Dunod. Paris.

Como indica Makridakis[398], las técnicas predictivas de carácter subjetivo, que es entre las que se encuadra la técnica Delphi: "No son una simple extrapolación del comportamiento de los datos históricos, ni asumen la constancia del pasado en el futuro. Aunque la historia juega un importante papel en estos métodos de previsión, las técnicas basadas en información subjetiva requieren imaginación combinada con talento individual, visión de futuro y juicio para predecir efectivamente cambios a largo plazo".

El método Delphi es una técnica de investigación social que tiene como objeto la obtención de una opinión grupal fidedigna a partir de un grupo de expertos. Se caracteriza por ser un método de estructuración de un proceso de comunicación grupal efectivo a la hora de permitir a un grupo de individuos, como un todo, tratar un problema complejo[399]. Para ello usa la interrogación a expertos con la ayuda de cuestionarios sucesivos, a fin de poner de manifiesto convergencias de opiniones y deducir eventuales consensos. La capacidad predictiva de los métodos Delphi se basan en la utilización sistemática de un juicio intuitivo emitido por un grupo de expertos. La encuesta se lleva a cabo de una manera anónima (es habitual realizarla haciendo uso del correo electrónico o mediante cuestionarios web establecidos al efecto) para evitar los efectos de "líderes". El objetivo de estos cuestionarios sucesivos es "disminuir el espacio intercuartil, entendiéndose como la disminución del espacio intercuartil a cuanto se desvía la opinión del experto de la opinión del conjunto, precisando la mediana", de las respuestas obtenidas.

Ha sido empleado principalmente como técnica de previsión y consenso en situaciones de incertidumbre, en las que no es posible acudir a otras técnicas basadas en información objetiva. Sus principales características son:

- Anonimato: no debe existir contacto entre los participantes, pero el administrador/gestor de la encuesta si puede identificar a cada participante y sus respuestas. Ello permite poder desarrollar un proceso de grupo con unos expertos que no coinciden ni temporal ni espacialmente, y además busca evitar las influencias negativas que en las respuestas individuales pudieran tener factores relativos a la personalidad de los expertos participantes.

[398] MAKRIDAKIS, S. (1983) Forecasting Methods and Aplications. Jhon New York, Wiley and Sons, p. 637.
[399] LINSTONE, H., TUROFF, M. (1975) The Delphi Method. Techniques and Applications. Addison-Wesley, p.3.

- Iteración/repetición: como mínimo los expertos deben ser consultados dos veces sobre la misma cuestión, de forma que puedan volver a pensar sus respuestas ayudados por la información que reciben del resto de expertos, aunque se pueden manejar tantas rondas como sean necesarias.
- Retroalimentación controlada (*Feedback*): el intercambio de información entre los expertos no es libre, los resultados totales de la ronda previa no son entregados a los participantes, sólo una parte seleccionada de la información se recircula, eliminando toda la información que no sea relevante.
- Resultados estadísticos: todas las opiniones dadas por los expertos forman parte de la respuesta final. Las preguntas están formuladas de forma que se pueda realizar un tratamiento estadístico y representarlas gráficamente (promedios y grado de dispersión).

Para su empleo generalmente es necesario constituir un equipo coordinador del estudio y contar con la colaboración de un grupo apropiado de expertos. En este caso, el equipo coordinador ha estado constituido por una sola persona, el investigador principal, conocedor de la técnica Delphi y de la realidad objeto de estudio y capaz de aplicar el método correctamente e interpretar adecuadamente las opiniones y aportaciones del grupo de expertos colaboradores. El grupo o panel de expertos es el eje central del método, en tanto que son los que proveen la información que se convertirá en la opinión grupal y, por consiguiente parte del resultado de la investigación. La calidad de los resultados depende, sobre todo del cuidado que se ponga en la elaboración del cuestionario y la elección de los expertos consultados.

La fase de ejecución finalizaría con la postulación de una serie de escenarios de futuro a partir de los elementos clave identificados y se definirán distintas estrategias para afrontar los retos que plantea el futuro.

Por último, se encuentra la **fase de observación**, en ella se diseñaran los mecanismos de seguimiento y control de las posibles estrategias definidas en la fase de ejecución. Fase que junto con la postulación de estrategias se prevé forme parte de próximos estudios.

VII.3.3 DESARROLLO DEL TRABAJO

El desarrollo del proceso ha supuesto el seguimiento de una serie de fases. El cumplimiento de las tareas correspondientes a cada fase ha sido responsabilidad del investigador principal. A continuación, exponemos los aspectos más destacados de cada una de estas fases del proceso.

VII.3.3.1. FASE DE PREPARACIÓN: IDENTIFICACIÓN DE LOS ELEMENTOS DE ANÁLISIS

El primer paso para la obtención de la información necesaria para el diseño de los cuestionarios a utilizar en el análisis prospectivo era identificar los elementos de análisis por los cuales habrían de ser interrogados los expertos, es decir, la identificación de los elementos que era conocer y definir los términos en que estos elementos están relacionados con el futuro de las implicaciones sociales dentro de la oficina de farmacia.

En relación con la identificación de los elementos de análisis, la estrategia del proyecto fue diseñar un conjunto bastante amplio que permitiera abarcar toda la problemática presente o futura de la contratación laboral en la oficina de farmacia e identificar los elementos que *a posteriori* necesitarían un análisis más profundo.

Para seleccionar los elementos a investigar por el método Delphi en el ámbito de la contratación laboral en la oficina de farmacia se realizó una tormenta de ideas con trece expertos en la materia provenientes de todos los ámbitos del sector farmacia, que aportaron de manera oral y escrita sus ideas sobre cual eran los términos claves en los que incidir para poder realizar una planificación estratégica de la contratación laboral en la oficina de farmacia. Cada uno de los expertos aportó diez ideas claves sobre las que centrar el cuestionario Delphi, estas ideas fueron tratadas de manera global identificando dentro de ellas ocho campos específicos de investigación. Estos ocho campos se definieron de manera individual, plasmando las ideas que acerca de cada uno de ellos aportaron los expertos y posteriormente fueron utilizados en el diseño del cuestionario Delphi.

VII.3.3.2. FASE DE EJECUCIÓN

El cuerpo central de la fase de ejecución corrió a cargo del diseño y realización de un análisis prospectivo para el cual se empleó el Método Delphi, con el fin de explorar el marco de la contratación laboral en la oficina de farmacia, obteniendo información de la sociedad que lo conforma, de las políticas que lo influyen y la situación económica que lo condiciona. El objeto del mismo era la detección de los elementos clave a partir de los elementos de análisis obtenidos en la tormenta de ideas de la fase preparatoria y a partir de ahí centrase en la postulación de escenarios y en la definición de estrategias. Esta exploración del marco de la contratación laboral no solo se aplicó a España, sino que a partir de la experiencia obtenida en España se realizó una adaptación del método para poder aplicarlo a países con características similares y patrones de farmacia encuadrados dentro del llamado "Modelo Mediterráneo" y realizar un estudio comparativo entre ellos.

Entre los métodos de pronóstico, habitualmente se clasifica al método Delphi dentro de los métodos cualitativos o subjetivos. La calidad de los resultados depende, sobre todo del cuidado que se ponga en la elaboración del cuestionario y la elección de los expertos consultados. Hay distintas fases a la hora de preparar un Delphi. La fase 1 o de formulación del problema es la más compleja. En ella se definen las preguntas. Estas deben ser precisas, cuantificables (versan por ejemplo sobre probabilidades de realización de hipótesis y/o acontecimientos, la mayoría de las veces sobre datos de realización de una de las cuestiones en una fecha determinada no influye sobre la realización de una de las cuestiones en una fecha determinada no influyen sobre la realización de alguna otra cuestión). A esta primera fase le siguen otras tres más, siendo la fase 2 la de la elección de expertos, la 3 la de elaboración y lanzamiento de los cuestionarios y la 4 la de desarrollo práctico y extrapolación de resultados.

A continuación, se indica de forma breve el planteamiento realizado en la ejecución del método Delphi.

- *Fase 1: formulación del problema*

  La etapa de formulación del problema es fundamental en la realización de un Delphi, pues al ser un método cualitativo es muy importante que se defina con precisión el campo de investigación. Este campo de acción fue definido por las conclusiones de la fase preparatoria, en la cual se dio respuesta a la formulación del problema con la identificación de los elementos clave de análisis.

- *Fase 2: elección de expertos*

  Antes de reclutar a los expertos, el investigador principal ha de tener constancia de que poseen *un domino de la materia a tratar* y que este dominio es homogéneo entre los distintos expertos. La etapa de elección de expertos es importante en cuanto que el término "experto" es ambiguo. Según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (DRAE) un *"experto"* se define como una persona práctica, hábil y/o experimentada. Era muy importante garantizar que la selección de los expertos era suficientemente exhaustiva y adecuada para que sus opiniones resultaran de interés. Los expertos fueron elegidos por su capacidad de encarar el futuro y por poseer conocimientos sobre la materia estudiada. Este proceso se complicó a nivel internacional, en parte por el hecho de cuantificar los conocimientos en la materia de los expertos fuera de España y en parte por la dinámica interna del propio Delphi que puede llegar a resultar tediosa para los participantes.

  Se establecieron ocho temas de relevancia a tratar con respecto a la contratación laboral en la oficina de farmacia, temas definidos en la fase de preparación y los expertos expresaron su opinión sobre todos ellos.

  Para evitar posibles sesgos, en concreto que los resultados obtenidos se falseen por un proceso de grupo debido al llamado *"efecto líder"* los expertos respondieron de manera independiente los cuestionarios, por este motivo los cuestionarios fueron enviados por e-mail, garantizando de esta manera el anonimato de los mismos.

Además, vía e-mail, el contacto con los expertos extranjeros pudo realizarse de manera más fluida y dinámica.

- *Fase 3: elaboración y lanzamiento de los cuestionarios (se realizó en paralelo con la fase 2)*

En la elaboración del cuestionario se tuvo en cuenta que las preguntas debían ser "*precisas, cuantificables e independientes"*. Los cuestionarios se elaboraron de manera que facilitasen, en la medida en que una investigación de estas características lo permitió, la respuesta por parte de los expertos consultados. Se eligieron preguntas cuyas respuestas pudieran ser cuantificadas y ponderadas en una escala del 1 al 10 donde el 1 se correspondía con el concepto poco importante y el 10 con el muy importante, y después estas respuestas se trataron de manera estadística en términos porcentuales.

Se elaboró un cuestionario con 8 items procedentes de la tormenta de ideas realizada en la fase preparatoria. Estos ítems se agruparon en tres bloques principales.

- Contratación y estabilidad del empleo: esta parte del cuestionario aborda las necesidades de personal en la oficina de farmacia. Constituyó durante años uno de los mayores problemas en la oficina de farmacia pues al ser la oferta similar a la demanda existía una absorción completa de la demanda, dinámica que se ha modificado en los últimos tiempos debido a la crisis del sector, hay un menor número de contratos indefinidos y disminuyen las renovaciones de los contratos temporales. Al experto se le pide que cuantifique la importancia de las contrataciones laborales en la oficina de farmacia.
- Profesionalidad: esta parte del cuestionario solicita al experto su opinión acerca de la profesionalidad de los empleados en la oficina de farmacia, evaluando si es una cuestión de vital importancia o no y focalizando el tema de la profesionalidad en tres ámbitos principales: formación adecuada del personal en la oficina de farmacia, conocimiento de la normativa y conocimiento de los programas informáticos.

- Cualidades personales necesarias para desempeñar un trabajo en oficina de farmacia: aquí se presentaban todas las cualidades personales fundamentales en el ejercicio de la práctica profesional en la oficina de farmacia. Al experto se le pedía que estimara la importancia de la motivación, el respeto y la capacidad para trabajar en equipo tienen a la hora de valorar a los empleados dentro de la oficina de farmacia y de considerar a los candidatos para un puesto de trabajo vacante.

El cuestionario constaba de 11 preguntas que abordan los elementos clave de estudio acerca de las implicaciones sociales de la contratación laboral en la oficina de farmacia. Antes de establecer el cuestionario definitivo se realizó un estudio piloto con 15 personas con el fin de perfilar las preguntas del cuestionario y salvar cualquier tipo de problema relacionado con las preguntas o con los temas de estudio.

En el proceso de traducción y homologación del instrumento original en español a su versión en lengua italiana y portuguesa se siguieron los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud[400]. De tal forma que un grupo de expertos bilingües revisó la encuesta primaria y dictaminó favorablemente la factibilidad de que fuera traducida.

Se realizó la traducción al italiano y al portugués, la cual fue revisada por un grupo bilingüe así como por un grupo monolingüe (para cada uno de los idiomas). Posteriormente, un experto bilingüe para italiano (independiente del grupo bilingüe) realizó una traducción del italiano al español y otro experto bilingüe realizó una traducción del portugués al español. Tras revisar estas últimas, grupo bilingüe consideró que la versión en español era equivalente a la original. Este método de traducción ha sido ampliamente utilizado para traducciones de cuestionarios sanitarios, responde a lo que se denominaría transcripción inversa y suele ser el paso previo a la validación de escalas sobre problemas de salud, por ejemplo la Escala Atenas de Insomnio[401], antes de realizar su validación en España siguió un método de

[400] SARTORIUS N, JANCA A (1996) Psychiatric assessment instruments developed by the World Health Organization. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 31:55-69.
[401] NENCLARES PORTOCARRERO A., JIMÉNEZ-GENCHI A. (2005) Estudio de la validación de la traducción al español de la Escala Atenas de Insomnio. Salud Mental (28):5:34-39.

transcripción inversa del inglés al español. Este proceso se detallará en la parte de resultados.

- *Fase 4: desarrollo práctico y explotación de resultados.*

El desarrollo práctico del Delphi y la explotación de resultados depende mucho de la **organización del proceso de recogida de información**. El proceso de recogida de información del Delphi comienza con la convocatoria de las personas informantes o expertos para explicarles la finalidad de la información que se les solicita y la mecánica iterativa que se seguirá. En principio, los expertos fueron recabados en tres países distintos: España, Italia y Portugal. En España, los expertos elegidos fueron farmacéuticos titulares de oficina de farmacia de diversas Comunidades Autónomas altamente cualificados generalmente involucrados en sociedades científicas, federaciones empresariales farmacéuticas o asociaciones de empresarios farmacéuticos, miembros del estamento colegial y a profesores de universidad vinculados al mundo de la farmacia, todos ellos cumplían la premisa de ser licenciados en farmacia y con amplio conocimiento teórico o práctico de las implicaciones sociales de la contratación laboral en la oficina de farmacia. En Italia y Portugal, los expertos seleccionados eran farmacéuticos titulares de oficina de farmacia vinculados a sociedades científicas o a la propia universidad. Al igual que en España, todos ellos eran licenciados en farmacia y poseían amplio conocimiento sobre el tema de estudio. Para hacer más dinámico el proceso informativo de los expertos y con el fin de evitar las reuniones presenciales informativas, debido a las distancias existentes entre los tres países estudiados, se envió una carta informativa previa con la cual se requería la colaboración en el estudio además de un contacto telefónico con el experto seleccionado y, tras la aceptación de los participantes, tal y como se les había comunicado en la carta informativa, se les envió junto con las encuestas una carta explicativa de cómo se había de realizar la evaluación de la encuesta, carta en la que se adjuntaba la información general del estudio.

Esto se debe a que previamente al lanzamiento del cuestionario se realizó un estudio piloto en España, entre 15 profesionales del sector a los cuales se les pedía que graduaran la importancia de los temas a tratar en el cuestionario, siguiendo la misma escala donde el 1 se correspondería con una percepción del ítem como poco importante y el 10 como muy importante. Este piloto se realizó en Marzo de 2009 a farmacéuticos titulares de oficina de farmacia de diversas Comunidades Autónomas, a miembros del estamento colegial y a profesores de universidad vinculados al mundo de la farmacia. Una parte de estos expertos recibió información directa acerca del estudio en una reunión informativa realizada por el investigador principal, además de atención e información personalizada junto con las cartas de presentación, otra parte de ellos recibieron la información vía mail o vía telefónica y los cuestionarios vía mail. Los resultados de este estudio piloto no fueron reseñables pero si las conclusiones extraídas, pues se observó en primer lugar la necesidad de perfilar las cuestiones de manera concreta y facilitar una definición previa del concepto expresado por el cual se interroga a los participantes y en segundo lugar que las personas que recibieron las encuestas junto con la información vía mail interactuaron de forma más dinámica que aquellos a los que se les citó en una reunión informativa. La reflexión sobre cómo se había desarrollado todo este estudio piloto y sobre los problemas que se habían presentado en cada una de las diferentes fases, permitió limar las deficiencias más significativas y mejorar el proceso a seguir en el Delphi general.

El cuestionario definitivo se envío a cierto número de expertos, en concreto a 25 expertos españoles, a 129 italianos y a 24 portugueses entre los meses de Enero y Abril de 2011. Se tuvieron en cuenta las no respuestas y los abandonos. Naturalmente el cuestionario fue acompañado por una nota de presentación que precisaba las finalidades del estudio así como las condiciones prácticas del desarrollo de la encuesta (plazo de respuesta, garantía de anonimato). Aunque es habitual en el diseño de muchos cuestionarios Delphi, en esta ocasión no se optó por el planteamiento de que cada experto debiera evaluar su propio nivel de competencia.

El diseño y la ejecución de las distintas rondas responden al planteamiento adoptado. Un planteamiento teórico del método Delphi (398,399) es aquel que lleva a disminuir el espacio intercuartílico precisando la mediana. Eso supondría tener que realizar tres o más rondas (consultas a los expertos) que dilatarían en el tiempo el proyecto,

limitando la visión prospectiva que pretende dar el estudio. Por ese motivo, en el lanzamiento de la segunda consulta ha de intentarse cubrir un doble objetivo:

- Remitir y hacer participes de la información obtenida a todos aquellos que han colaborado en el estudio con la aportación de su conocimiento y sus opiniones.
- Consolidar y refrendar los resultados obtenidos en la consulta inicial.

En este caso en concreto se realizaron dos rondas de consultas a todos los expertos. El objetivo de los cuestionarios sucesivos era disminuir la dispersión de las opiniones y precisar la opinión media consensuada. En el curso de la 2ª consulta, los expertos fueron informados de los resultados de la primera consulta de preguntas. A su vez, dieron una nueva respuesta a las cuestiones planteadas, que cuando discrepaba del resto del grupo fue justificada por el experto. En lo tocante a la metodología, para el lanzamiento y tratamiento de la segunda vuelta, se seleccionaron las medias o medianas de las preguntas de primera ronda (en aquellas que la desviación típica era pequeña se utilizaron las medias). Después fue necesario que los expertos indicaran su acuerdo o desacuerdo con la media de esa pregunta en concreto y que aquellos expertos que no estuvieron de acuerdo argumentaran sus razones por escrito. Las preguntas realizadas a los expertos para saber su grado de concordancia con las medias obtenidas en la primera ronda del Delphi fueron las siguientes:

- ¿Esta Ud. de acuerdo con la media obtenida para el conjunto de los consultados? Si/no
- En caso de que no se halle de acuerdo, ¿Cuál es el nuevo valor que propone?
- Si lo juzga necesario, ¿podría justificar dicha respuesta?

Por último, se calculó una nueva media (fijando como valor de acuerdo el de la media anterior para los expertos que se mostraron conformes con la media obtenida). Los valores propuestos y razonados que difieren de la media sirvieron para elaborar escenarios alternativos o formular hipótesis de futuro diferentes de las elaboradas a partir de la media, pues como ya se ha expuesto con anterioridad el futuro no es único ni predeterminado. Toda información que plantee un futuro distinto de la media será

más valiosa en función de la "calidad" del experto en el tema y han sido convenientemente recogidas en el epígrafe de resultados.

En el abordaje prospectivo de las implicaciones sociales de la contratación laboral en la oficina de farmacia no se consideró necesario una tercera ronda de consultas a los expertos pues existía una opinión consensuada media, y la dispersión de opiniones era mínima (intervalos intercuartiles).

El desarrollo práctico y la explotación de los resultados continua con la recogida de la información proporcionada por los expertos en la primera ronda, su análisis, la remisión de la información obtenida de ese análisis en la segunda ronda, recogida de la información de la segunda ronda y su posterior análisis, este proceso se llevó a cabo por el investigador principal durante el año 2010 y el primer trimestre de 2011. Para evitar los problemas de tipo operativo que se generan en el desarrollo práctico y la explotación de resultados se realizaron diversas acciones a la hora de recoger la información obtenida en las distintas rondas del Delphi al igual que en la tormenta de ideas. Estas acciones fueron las siguientes:

1. **Grabar los resultados en una base de datos**

   La creación de una base de datos específica para el estudio y la grabación de los datos obtenidos en la misma es una labor tediosa aunque el número de respuestas sea reducido. Se diseñaron varias bases de datos en formato excel, para ello se usó el programa Microsoft Office Excel 2007. Una de ellas se ocupó en grabar los resultados obtenidos en la tormenta de ideas, aprovechando su estructura para codificar los ítems principales por bloques y extraer una serie de contribuciones por repetición de ideas por parte de los participantes, que serán los elementos de análisis del Delphi. Los participantes fueron codificados para mantener el anonimato con un código numérico con el que se le vinculaba su participación la tormenta de ideas. Las otras bases de datos se emplearon para grabar los resultados por un lado de la primera ronda y por otro lado de la segunda ronda del Delphi de los distintos países. La informatización facilitó la exportación de los datos una vez tratados a otros programas informáticos de análisis estadístico como es el SPSS 13.0, lo cual permitió llevar a cabo un análisis estadístico más completo de los datos.

2. Analizar los datos

Las medidas de tendencia central y de dispersión serán los estadísticos más correctos a la hora de realizar un análisis de datos de un Delphi. Se emplearon principalmente la m**edia, la mediana, la moda, el máximo, el mínimo y la desviación típica.** Todas ellas permitieron obtener una visión de conjunto de los resultados obtenidos en cada una de las preguntas, aunque sólo se utilizó como valor indicativo para la segunda vuelta la media y la mediana. La media y la mediana indican la tendencia central de la distribución o conjunto de respuestas de expertos, al igual que la moda. El máximo y el mínimo indican las respuestas extremas. La desviación típica señala el grado de dispersión en las respuestas (si más o menos los expertos se hallan en torno a las cifras de la media o no)**.** Los cuartiles indican también grado de dispersión de las respuestas. La explicación más sencilla sobre los cuartiles es aquella que muestra que el Q1 (cuartil 1) es igual al percentil 25, es decir, será aquel valor que deje el 25% de respuestas por debajo y el 75% de respuestas por encima. Inversamente, el Q3 (cuartil 3) será el que deje el 75% de las respuestas por debajo y el 25% por encima. Entre el Q1 y el Q3 se situarán la mitad central de las respuestas obtenidas. De ahí la importancia de la utilización de un programa informático adecuado que incluya el tratamiento estadístico de datos.

3. Exponer los resultados

Una vez recogidos todos los datos, y realizados los cálculos estadísticos, es importante exponer los resultados obtenidos, puede realizarse a través de la elaboración de un informe independiente completo que recoja los resultados más destacados de la encuesta, las tablas estadísticas y gráficos pertinentes elaborados a partir de los resultados obtenidos y las incidencias registradas en el trabajo de campo o estos resultados pueden formar parte de un trabajo más amplio, como es el caso que nos ocupa.

VII.4. RESULTADOS

En este apartado se reflejan los resultados grupales cuantitativos, tanto globales como por ítems. Junto con el análisis comparativo se realizó un análisis por cada uno de los países de estudio, mostrándose la evolución de las dos rondas y los resultados finales. Además, en el estudio realizado en España, el hecho de tener contacto directo con el "experto" permite detallar los resultados por elemento de análisis, tratándose de manera individual.

Los resultados en principio más importantes son los relativos a la tendencia central de las estimaciones de los expertos, medidos a partir de la media y/o mediana de sus estimaciones.

El control específico de la calidad de estos datos se aborda a grandes rasgos desde los ámbitos del consenso/dispersión de las respuestas, la estabilidad de las opiniones de los expertos, la especificidad de sus aportaciones y la participación de los mismos, pues su inclusión aumentaría mucho la extensión del trabajo, hecho que se pretende evitar, y además, el control de calidad de los resultados exige otro estudio complementario, de carácter externo y comparativo, que todavía no ha sido llevado a cabo pero que se plantea realizar en un futuro.

VII. 4.1. FASE DE PREPARACIÓN: *BRAIN STORMING O TORMENTA DE IDEAS*

Se realizó una tormenta de ideas con trece expertos en la materia, provenientes de todos los ámbitos del sector farmacia, que aportaron de manera oral y escrita sus ideas sobre cual eran los términos claves en los que incidir para poder realizar una planificación estratégica de la contratación laboral en la oficina de farmacia. Las respuestas escritas se recogieron en una base de datos tipo Excel denominada TORMENTA DE IDEAS. xls a partir de la cual se analizaron los resultados obtenidos.

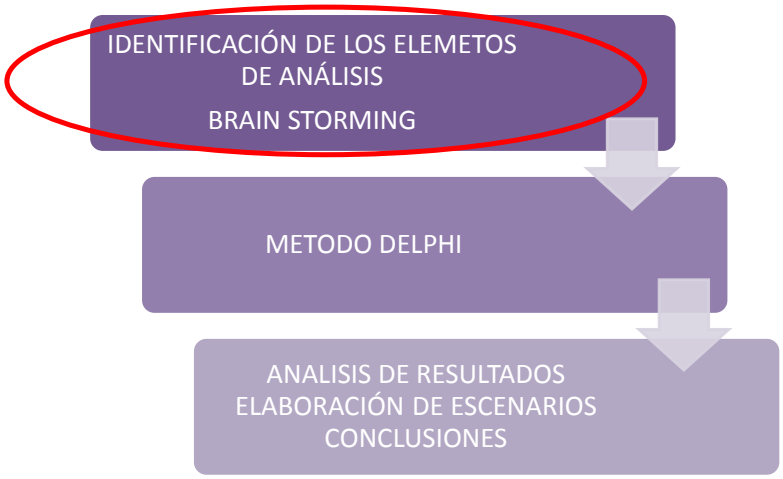


Diagrama 12. Fases del análisis de resultados I. Elaboración propia.

Los expertos fueron seleccionados por el investigador principal atendiendo a su conocimiento de la situación de partida en la que se enunció el problema: **¿Cuáles son los pilares fundamentales (campos de estudio) de la contratación laboral en la oficina de farmacia?**

Cada uno de los expertos aportó diez ideas claves sobre las que centrar el cuestionario Delphi, estas ideas fueron tratadas de manera global identificando dentro de ellas ocho campos específicos de investigación:

	CAMPOS
CAMPO 1 =C1	CONTRATACION
CAMPO 2=C2	PROFESIONALIDAD
CAMPO 3= C3	ESTABILIDAD DEL EMPLEO
CAMPO 4=C4	RESPETO
CAMPO 5=C5	FORMACIÓN PARA TRABAJO EN OFICINA DE FARMACIA
CAMPO 6=C6	TRABAJO EN EQUIPO
CAMPO 7=C7	CONOCIMIENTO NORMATIVA
CAMPO 8=C8	MOTIVACIÓN

Tabla 78. Campos de estudio. Elaboración propia.

Estos ocho campos se definieron de manera individual, plasmando las ideas que acerca de cada uno de ellos aportaron los expertos y posteriormente fueron agrupados en tres bloques y utilizados en el diseño del cuestionario Delphi.

CAMPOS	DEFINICIÓN
CONTRATACION	Los expertos consideraron que la contratación en sí misma es uno de los pilares fundamentales de la contratación laboral en la oficina de farmacia. Esto se debe a que en un pasado reciente cubrir las vacantes de farmacéuticos adjuntos o sustitutos en la oficina de farmacia española era misión imposible, especialmente en zonas rurales.
PROFESIONALIDAD	La profesionalidad se definió por los expertos como la cualidad intrínseca de la persona que ejerce su actividad laboral en la oficina de farmacia con relevante capacidad y aplicación, y se abordó desde el ámbito de la necesidad de formación específica, continúa e integral para realizar la actividad que se ejerce como una profesión.
ESTABILIDAD DEL EMPLEO	La estabilidad del empleo ha sido un rasgo fundamental de la contratación laboral en la oficina de farmacia. La inestabilidad del sector ha condicionado un cambio en este rasgo, por este motivo los expertos se cuestionan si un cambio en la estabilidad del empleo tendrá consecuencias en las implicaciones socio-sanitarias de atención al paciente además de en la propia contratación laboral en sí.
RESPETO	Los expertos entendieron que el respeto como miramiento, veneración o deferencia hacia la profesión farmacéutica, los principios éticos y deontológicos de la misma, los pacientes, el farmacéutico titular como empleador y del trabajador de oficina de farmacia hacia sí mismo, es una cualidad intrínseca que toda persona que aspire a tener o permanecer dentro de una oficina debe poseer, además de ser una cualidad a valorar a la hora de contratar pues condiciona la profesionalidad del personal.
FORMACIÓN PARA TRABAJAR EN OFICINA DE FARMACIA	La formación general de los recién licenciados en farmacia y de los técnicos en farmacia es de alta calidad, pero la formación específica para el ejercicio profesional en la oficina de farmacia fue cuestionada por los expertos aunque en ambos casos se haya realizado un periodo de prácticas formativo para el desempeño del trabajo.

Tabla 79a. Definición de los campos de estudio obtenidos en el *Brain Storming*. Elaboración propia.

TRABAJO EN EQUIPO	La oficina de farmacia ha experimentado en los últimos treinta años un cambio en la dinámica de trabajo importante, pasando de ser un trabajo individual a un trabajo en equipo. Los expertos coincidieron en el hecho de que el personal de la oficina de farmacia necesita poseer cualidades personales que permitan y faciliten el trabajo en equipo.
CONOCIMIENTO NORMATIVO	La oficina de farmacia es un establecimiento sanitario privado de carácter público altamente regulado. El personal debe conocer la normativa por la cual han de regirse sus funciones en la oficina de farmacia. Un error en este respecto puede tener implicaciones con responsabilidad civil e incluso penal.
MOTIVACIÓN	Dentro de las cualidades personales más valoradas al contratar personal en la oficina de farmacia está la motivación. Muchos licenciados en farmacia trabajan en oficinas de farmacia como último recurso, careciendo de vocación y motivación. Este hecho condiciona la desidia laboral, dificultando la realización de un trabajo eficiente. Pero la motivación es un ítem de doble vía pues no solo reside en el empleado, el empleador ha de motivar al personal, incentivando su ejercicio profesional y proporcionándole las herramientas para que desarrollen todas sus capacidades profesionales.

Tabla 79b. Definición de los campos de estudio obtenidos en el *Brain Storming*. Elaboración propia.

Los campos de estudio obtenidos se agruparon en tres bloques principales a partir de los cuales se diseñó el cuestionario Delphi. Los tres bloques definidos fueron los siguientes:

- **Contratación y estabilidad del empleo**
- **Profesionalidad.** Agrupa los siguientes campos: profesionalidad, formación para trabajar en oficina de farmacia y conocimiento de la normativa.
- **Cualidades personales o personal skils.** Agrupa los siguientes campos: trabajo en equipo, respeto y motivación.

VII.4.2. FASE DE EJECUCIÓN: METODO DELPHI

La fase de ejecución se centró en el diseño y realización de un análisis prospectivo para el cual se empleó el Método Delphi y cuyo fin era explorar el marco de la contratación laboral en la oficina de farmacia. El objeto de esta fase de estudio es la detección de los elementos clave a partir de los elementos de análisis obtenidos en la *tormenta de ideas* de la fase preparatoria y a partir de ahí centrarse en la postulación de escenarios y en la definición de estrategias. Los elementos de análisis obtenidos en la *tormenta de idea*s se agruparon en tres bloques principales de estudio a partir de los cuales se diseñó el cuestionario Delphi. Los tres bloques definidos fueron los siguientes:

- **Contratación y estabilidad del empleo**
- **Profesionalidad**
- **Cualidades personales o personal skills**

Esta exploración del marco de la contratación laboral no sólo se aplicó a España sino que, a partir de la experiencia obtenida en España, también se realizó una adaptación del método para poder aplicarlo a países con características similares y patrones de farmacia encuadrados dentro del llamado “Modelo Mediterráneo” y realizar un estudio comparativo entre ellos.

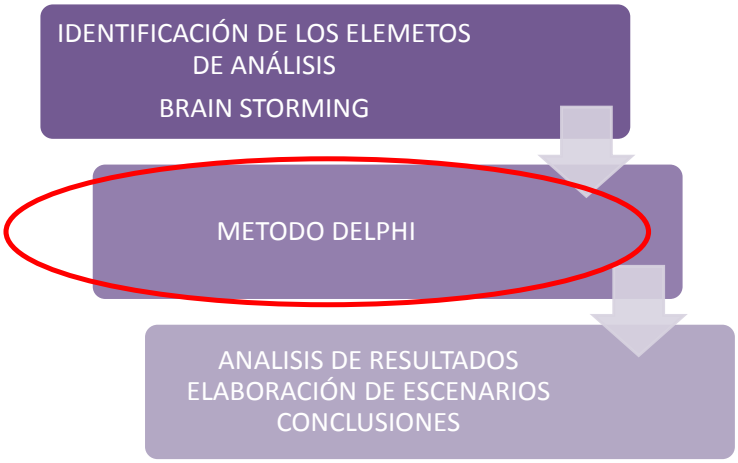


Diagrama 13. Fases del análisis de resultados II. Elaboración propia.

VII.4.2.1.ESPAÑA

Se realizó un análisis prospectivo con el fin de explorar el marco de la contratación laboral de la oficina de farmacia española. A partir de los resultados obtenidos, se pretende plantear escenarios que permitan la mejora en la gestión integral del personal y afrontar los retos dados por las implicaciones sociales de la contratación laboral en la oficina de farmacia española. Para ello se utilizó un método Delphi que, dentro de los métodos pronóstico se clasifica como método cualitativo o subjetivo y está constituido por una serie de etapas o fases de las que a continuación se exponen los resultados.

- *Fase 1: formulación del problema*

  La fase 1 o de formulación del problema es la más compleja. En ella se definen los ámbitos sobre los que se diseñará el cuestionario. A la hora de abordar esta etapa el investigador principal tuvo en cuenta que las preguntas a formular deben cumplir una serie de características entre las cuales destacan el ser precisas y ser cuantificables.

  La etapa de formulación del problema es fundamental en la realización de un Delphi, pues al ser un método cualitativo es muy importante que se defina con precisión el campo de investigación. En este caso, fue definido por las conclusiones de la fase preparatoria, llevada a cabo a través de una tormenta de ideas o *brain storming* en la cual se dio respuesta a la formulación del problema con la identificación de los elementos clave de análisis. Los elementos clave de análisis abordaban ocho campos de estudio, que se definieron de manera individual plasmando las ideas que acerca de cada uno de ellos aportaron los expertos y, posteriormente, estos campos fueron agrupados en tres bloques y utilizados en el diseño del cuestionario Delphi. Los bloques obtenidos fueron los siguientes:

  - **Contratación y estabilidad del empleo.** Los patrones de contratación en la oficina de farmacia se han modificado en los últimos tiempos debido a la crisis del sector, hay un menor número de contratos indefinidos, disminuyen las renovaciones de los contratos temporales y aparecen los despidos. Además cambia el perfil del demandante de empleo pues a los recién licenciados han de añadirse los parados provenientes de la industria farmacéutica, donde proliferan los varones de

mediana edad, hecho que agudiza los problemas en los segmentos de población más desfavorecidos; mujeres y jóvenes recién licenciados, que hasta ahora eran los perfiles habituales de contratación en la oficina de farmacia. Pero, ¿se perciben los cambios en la dinámica de la contratación laboral y en la estabilidad del empleo por los farmacéuticos?

En el cuestionario diseñado al experto se le pide que cuantifique la importancia de las contrataciones laborales en la oficina de farmacia.

- **Profesionalidad.** La oficina de farmacia es un establecimiento sanitario privado de interés público lo cual hace que el servicio prestado por el personal esté condicionado por su carácter sanitario, como por la titularidad privada y el interés público que del mismo se desprende. Por este motivo, los trabajadores de oficina de farmacia han de ser verdaderos "profesionales" del medicamento y de la salud dentro de las parcelas reservadas para cada una de sus categorías profesionales dentro de la normativa farmacéutica. Se solicita al experto su opinión acerca de la profesionalidad de los empleados en la oficina de farmacia, evaluando si es una cuestión de vital importancia o no, y focalizando el tema de la profesionalidad en tres ámbitos principales: formación adecuada del personal en la oficina de farmacia, conocimiento de la normativa y conocimiento de los programas informáticos.

- **Cualidades personales o personal skills**, son necesarias para afrontar los retos que plantea desarrollar cualquier trabajo. En el caso concreto de los empleados de una oficina de farmacia ha de tenerse en cuenta que tratan directamente con pacientes-clientes, compañeros y superiores. Por este motivo, las cualidades que se le piden al personal de oficina de farmacia se encuadran en los tres ámbitos de relaciones que mantiene: el respeto, cualidad necesaria para relacionarse con pacientes, compañeros y jefes; la capacidad para trabajar en equipo, que permite mejorar las relaciones con los compañeros y con el jefe lo que redunda en el aumento de la calidad del trabajo y la eficiencia del servicio; y por último la motivación que depende tanto de la actitud hacia el trabajo de la persona como de la valoración del trabajo, que hacen tanto el farmacéutico titular como sus propios compañeros y que se ve condicionada por la actitud del responsable de la oficina de farmacia desde el punto de vista de la organización del trabajo, de los retos que

plantea al personal y de la integración que del mismo en la dinámica de la oficina de farmacia, haciéndole coparticipe y corresponsable de la gestión y los resultados. Al experto se le pide que estime la importancia de la motivación, el respeto y la capacidad para trabajar en equipo que los empleados tienen a la hora de valorar y considerar a los candidatos para un puesto de trabajo vacante.

- *Fase 2: elección de expertos*

La calidad del Delphi depende fundamentalmente del cuidado que se ponga en la formulación del problema y en la elección de los expertos.

Se realizó una doble selección de expertos, por un lado se seleccionaron 15 personas para realizar un estudio piloto con el fin de perfilar las preguntas del cuestionario y salvar cualquier tipo de problema relacionado con la definición de los campos de estudio; por otro lado se seleccionaron 25 expertos para la realización definitiva del Delphi. Todos ellos (40 en total) fueron reclutados por el investigador pues cumplían los requisitos definidos para tal: conocimiento intrínseco de la materia a tratar e interés en participar. Uno de los cometidos principales del investigador en la fase de elección de expertos fue garantizar que esta selección de expertos era suficientemente exhaustiva y adecuada para que sus opiniones resultaran de interés.

El proceso de elección es arduo pues los “expertos” seleccionados no sólo deben ser aptos y cumplir los requisitos de inclusión sino que además, deben mostrar interés en el estudio y comprometerse con/en la participación dentro del mismo. En España, los expertos elegidos por el investigador principal fueron farmacéuticos titulares de oficina de farmacia de diversas Comunidades Autónomas altamente cualificados y generalmente involucrados en sociedades científicas, federaciones empresariales farmacéuticas o asociaciones de empresarios farmacéuticos, miembros del estamento colegial ó profesores de universidad vinculados al mundo de la farmacia. Todos ellos cumplían la premisa de ser Licenciados en farmacia y con amplio conocimiento teórico o práctico de las implicaciones sociales de la contratación laboral en la oficina de farmacia.

- *Fase 3: Elaboración y lanzamiento de los cuestionarios*

La fase de elaboración y lanzamiento de los cuestionarios se realizó en paralelo con la fase de selección de expertos.

En la elaboración del cuestionario se tuvo en cuenta que las preguntas debían ser *precisas, cuantificables e independientes.* Para ello se abordó la elaboración del cuestionario partiendo de los 8 campos de investigación procedentes de la tormenta de ideas realizada en la fase preparatoria. El cuestionario resultante constaba de 11 preguntas que abordan los elementos clave de estudio acerca de las implicaciones sociales de la contratación laboral en la oficina de farmacia. Se eligieron preguntas cuyas respuestas pudieran ser cuantificadas y ponderadas en una escala del 1 al 10 donde el 1 se correspondía con el concepto "poco importante" y el 10 con "muy importante", y después estas respuestas se trataron de manera estadística en términos porcentuales. Antes de establecer el cuestionario definitivo se realizó un estudio piloto con 15 personas con el fin de perfilar las preguntas del cuestionario y salvar cualquier tipo de problema relacionado con las preguntas o con los temas de estudio.

En el lanzamiento de los cuestionarios se tuvo en cuenta que durante la realización de un estudio Delphi los resultados pueden verse falseados por el llamado *"efecto líder"*, que consiste en una respuesta de grupo.

Como resultado se obtuvo el siguiente cuestionario:

1. Considera que las dificultades para contratar personal en la farmacia, y en concreto para contratar adjuntos son…
2. Considera que las dificultades para contratar personal en la farmacia, y en concreto para contratar sustitutos son…
3. Cómo considera que es de importante la formación práctica adecuada para el desarrollo de las labores profesionales en la farmacia
4. Cómo considera que es de importante el conocimiento de la normativa para el desarrollo del ejercicio profesional en la farmacia
5. Dentro de las cualidades personales de los trabajadores de la farmacia cómo considera de importante el respeto hacia los pacientes, los compañeros y el farmacéutico titular
6. Dentro de las cualidades personales de los trabajadores de la farmacia cómo considera de importante las cualidades comunicativas ante el paciente
7. Dentro de las cualidades personales de los trabajadores de la farmacia cómo considera de importante la capacidad de aprendizaje
8. Cómo considera que es de importante el conocimiento de los programas informáticos por parte del personal para una gestión eficaz de la farmacia
9. Cómo considera que es de importante un aspecto físico cuidado del personal a la farmacia
10. Dentro de las cualidades personales de los trabajadores de la farmacia cómo considera de importante la capacidad de trabajo en equipo
11. Dentro de las cualidades personales de los trabajadores de la farmacia cómo considera de importante la responsabilidad individual del personal para obtener un servicio farmacéutico eficiente

Tabla 80. Cuestionario definitivo. Elaboración propia.

- *Fase 4: desarrollo práctico y explotación de resultados*

El desarrollo práctico del Delphi y la explotación de resultados depende mucho de la **organización del proceso de recogida de información**. Este proceso fue altamente eficaz pues la realización de un estudio piloto previo con 15 “expertos” no solo mejoró la calidad del cuestionario sino que además facilitó la corrección de errores en el desarrollo práctico del estudio. Los resultados del estudio piloto fueron irrelevantes a nivel analítico, pues el único objetivo del mismo fue perfilar las preguntas del cuestionario y mejorar el desarrollo práctico.

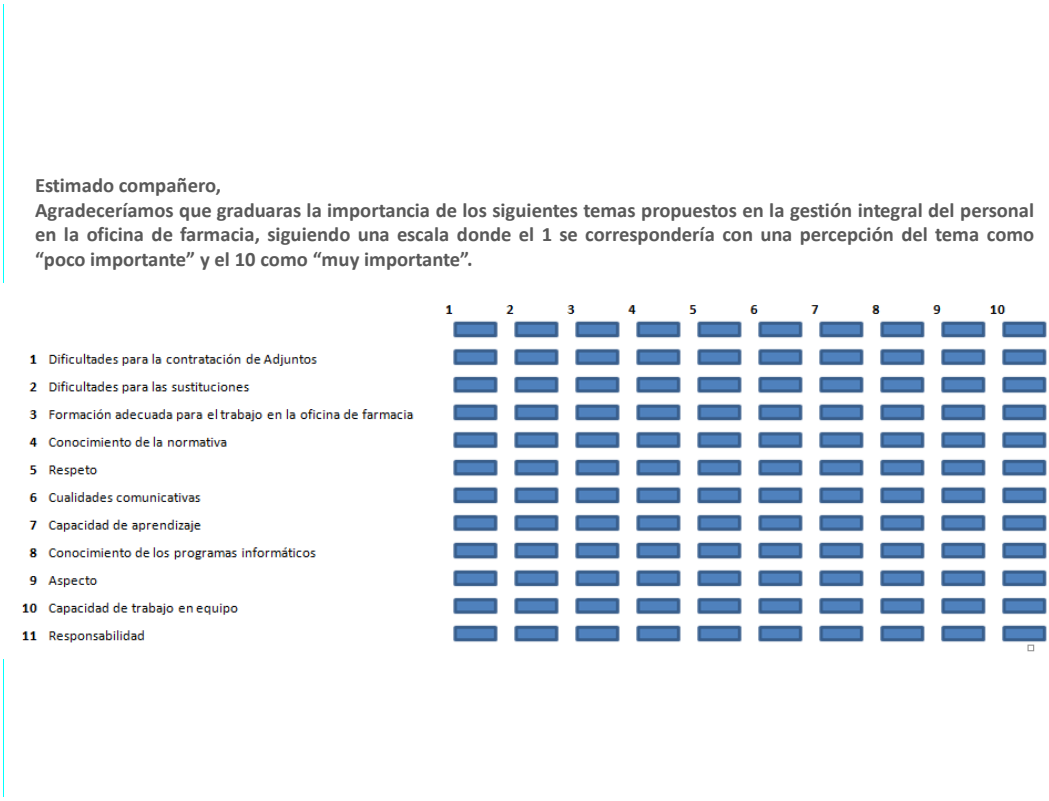
- **Estudio Piloto.**

Previamente al lanzamiento del cuestionario Delphi definitivo se realizó un estudio piloto en España, entre 15 profesionales del sector a los cuales se le pedían que graduara la importancia de los temas a tratar en el cuestionario, siguiendo una escala donde el 1 se correspondería con una percepción del ítem como poco importante y el 10 como muy importante.

Dificultades para la contratación de adjuntos	**Contratación y estabilidad del empleo**
Dificultades para la contratación de sustitutos	
Formación adecuada para el trabajo en la oficina de farmacia	**Profesionalidad**
Conocimiento de la normativa	
Conocimiento de los programas informáticos	
Respeto	**Cualidades personales o personal skills**
Cualidades comunicativas	
Capacidad de aprendizaje	
Aspecto	
Capacidad de trabajo en equipo	
Responsabilidad	

Tabla 81. Temas a evaluar en el estudio piloto para perfilar el cuestionario Delphi definitivo. Elaboración propia.

Este piloto se realizó en Marzo de 2009 a farmacéuticos titulares de oficina de farmacia de diversas Comunidades Autónomas, a miembros del estamento colegial y a profesores de universidad vinculados al mundo de la farmacia. Una parte de estos expertos recibió información directa acerca del estudio en una reunión informativa realizada por el investigador principal, además de atención e información personalizada junto con las cartas de presentación, otra parte de ellos recibieron la información vía mail o vía telefónica y los cuestionarios vía mail. Aunque inicialmente se planteó su realización en dos rondas, se realizó una única ronda pues la información suministrada por el mismo era suficiente y de este modo se evitaba dilatar el estudio en el tiempo para no perder el horizonte temporal (Ver Anexo VIII).



Documento 6. Cuestionario estudio piloto. Elaboración propia.

Los resultados de este estudio piloto no fueron reseñables a nivel analítico pero si las conclusiones extraídas, pues se observó en primer lugar la necesidad de perfilar las cuestiones de manera concreta y facilitar una definición previa del concepto expresado por el cual se interroga a los participantes y en segundo lugar que las personas que recibieron las encuestas junto con la información acerca del estudio vía mail interactuaron de forma más dinámica que aquellos a los que se les citó en una reunión informativa. La experiencia previa obtenida en el piloto permitió limar las deficiencias más significativas y mejorar el proceso a seguir en el Delphi general.

- **Estudio Delphi.**

El carácter prospectivo de los estudios Delphi obliga a que los intervalos de tiempo en los que se realicen sean cortos y las rondas se sucedan de forma rápida. En Marzo de 2011 se inició el proceso de recogida de información convocando a los "expertos" para explicarles la finalidad del estudio: qué información se les solicita, como se va a analizar esta información y la mecánica del estudio. En este caso concreto, la dinámica propuesta planteaba peculiaridades con respecto al método Delphi original que

propone reuniones presenciales con los "expertos". Esto se debe a la necesidad de homogenizar el proceso de recogida de información en todos los países participantes para poder analizar las respuestas de manera global.

Para ello se diseñó un estudio Delphi donde se evitaron las reuniones presenciales, método que se apoyaba en los resultados obtenidos en el estudio piloto. Se envió una mail informativo con el cual se requería la colaboración en el estudio a demás de realizar un contacto telefónico con el experto seleccionado y, tras la aceptación de los participantes, tal y como se les había comunicado en el mail informativo, se les envió un mail que contenía un link a la encuesta junto con una carta explicativa del tipo de colaboración que se le solicitaba y un documento con información general del estudio (Ver Anexo XI).

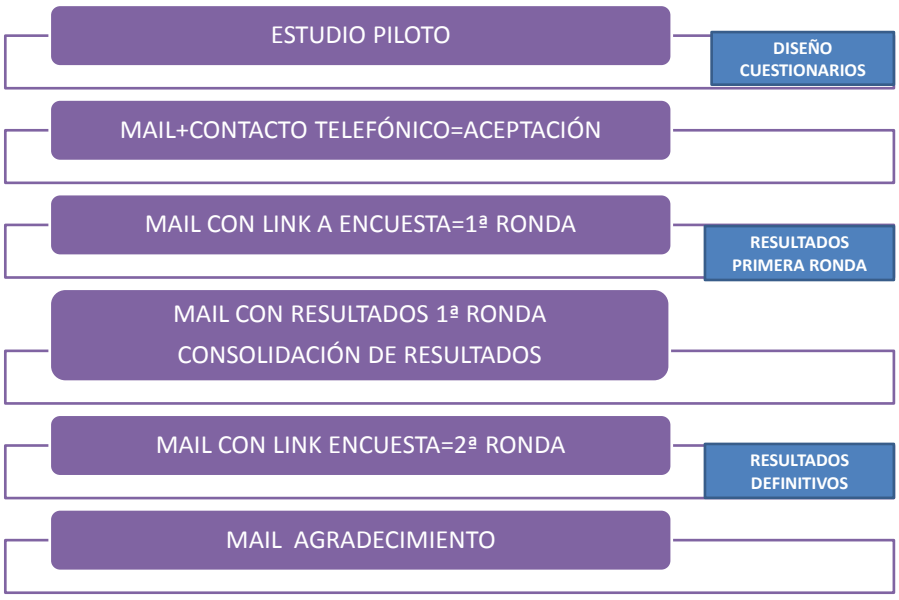


Diagrama 14. Diagrama de Flujo de desarrollo del estudio Delphi en España. Elaboración propia.

Uno de los objetivos del método Delphi, a nivel de resultados, es disminuir el espacio intercuartílico precisando la mediana. Eso supondría tener que realizar tres o más rondas (consultas a los expertos) que dilatarían en el tiempo el proyecto, limitando la visión prospectiva que pretende dar el estudio. En este caso en concreto, se realizaron dos rondas de consultas a todos los expertos con el fin de disminuir la dispersión de las opiniones y precisar la opinión media consensuada. Para ello, se remitió y se hizo

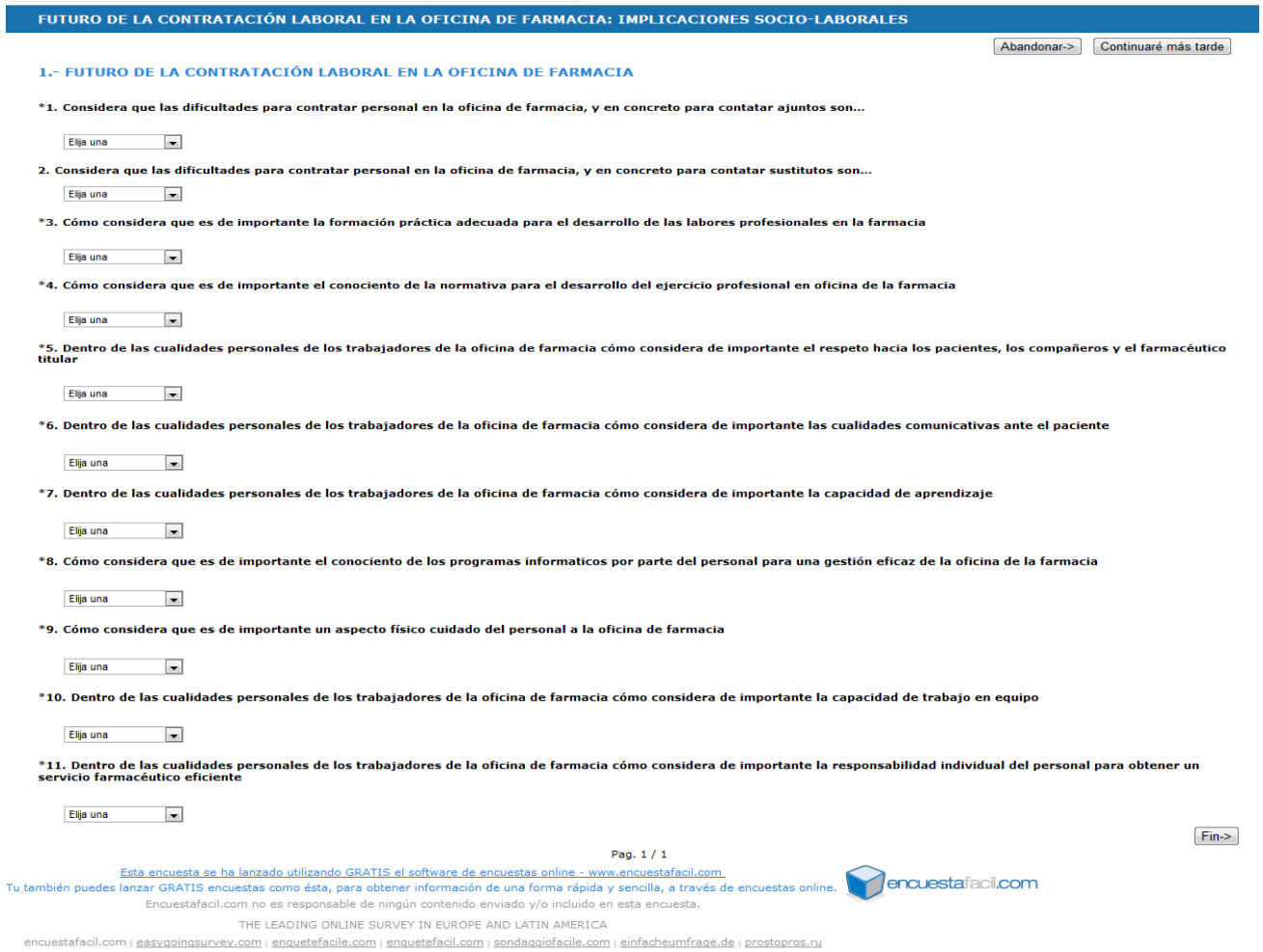
participes de la información obtenida a todos aquellos que habían colaborado en el estudio con la aportación de su conocimiento y sus opiniones pues de esta manera se esperaba consolidar y refrendar los resultados obtenidos en la consulta inicial.

El cuestionario definitivo de la primera ronda se envío a 25 expertos españoles que previamente habían aceptado su participación en el estudio. Se utilizó un cuestionario electrónico diseñado por el investigador principal, que usó para su realización la herramienta informática gratuita accesible on-line en la página www.encuestafacil.com, que permitió a los "expertos" acceder al cuestionario de manera automática clicando en el link contenido en el mail enviado por el investigador, vinculo que, por un lado, garantizaba el anonimato del "experto" y por otro, recogía de manera automática las respuestas.
(http://www.encuestafacil.com/RespWeb/Qn.aspx?EID=932728).[402]

Al clicar en el vínculo, los "expertos" se encontraban con una página web sencilla y cómoda de usar que, en menos de 5 minutos, permitía completar de manera satisfactoria la encuesta. Todas las preguntas debían ser respondidas para que finalizase el cuestionario y se registraran las respuestas.

A continuación, se muestra una imagen del formato que presentaba la encuesta recibida por los "expertos" españoles.

[402] Actualmente este cuestionario se encuentra cerrado al público y no se puede acceder on-line.



FUTURO DE LA CONTRATACIÓN LABORAL EN LA OFICINA DE FARMACIA: IMPLICACIONES SOCIO-LABORALES

Abandonar-> Continuaré más tarde

1.- FUTURO DE LA CONTRATACIÓN LABORAL EN LA OFICINA DE FARMACIA

*1. Considera que las dificultades para contratar personal en la oficina de farmacia, y en concreto para contatar ajuntos son...

Elija una

2. Considera que las dificultades para contratar personal en la oficina de farmacia, y en concreto para contatar sustitutos son...

Elija una

*3. Cómo considera que es de importante la formación práctica adecuada para el desarrollo de las labores profesionales en la farmacia

Elija una

*4. Cómo considera que es de importante el conociento de la normativa para el desarrollo del ejercicio profesional en oficina de la farmacia

Elija una

*5. Dentro de las cualidades personales de los trabajadores de la oficina de farmacia cómo considera de importante el respeto hacia los pacientes, los compañeros y el farmacéutico titular

Elija una

*6. Dentro de las cualidades personales de los trabajadores de la oficina de farmacia cómo considera de importante las cualidades comunicativas ante el paciente

Elija una

*7. Dentro de las cualidades personales de los trabajadores de la oficina de farmacia cómo considera de importante la capacidad de aprendizaje

Elija una

*8. Cómo considera que es de importante el conociento de los programas informaticos por parte del personal para una gestión eficaz de la oficina de la farmacia

Elija una

*9. Cómo considera que es de importante un aspecto físico cuidado del personal a la oficina de farmacia

Elija una

*10. Dentro de las cualidades personales de los trabajadores de la oficina de farmacia cómo considera de importante la capacidad de trabajo en equipo

Elija una

*11. Dentro de las cualidades personales de los trabajadores de la oficina de farmacia cómo considera de importante la responsabilidad individual del personal para obtener un servicio farmacéutico eficiente

Elija una

Fin->

Pag. 1 / 1

Esta encuesta se ha lanzado utilizando GRATIS el software de encuestas online - www.encuestafacil.com

Tu también puedes lanzar GRATIS encuestas como ésta, para obtener información de una forma rápida y sencilla, a través de encuestas online.

encuestafacil.com

Encuestafacil.com no es responsable de ningún contenido enviado y/o incluido en esta encuesta.

THE LEADING ONLINE SURVEY IN EUROPE AND LATIN AMERICA

encuestafacil.com | easygoingsurvey.com | enquetefacile.com | enquetefacil.com | sondaggiofacile.com | einfacheumfrage.de | prostopros.ru

Documento 7. Encuesta on-line en español. Ronda 1 Delphi España.

El propio vínculo a la encuesta registraba on-line las respuestas dadas por los "expertos" a las preguntas del cuestionario sobre el futuro de la contratación laboral en la oficina de farmacia. Estas respuestas podían ser explotadas on-line o exportadas en formato Excel para un análisis más completo. El programa estaba configurado para que cada "experto" pudiera contestar una única vez a las preguntas del cuestionario, si intentaba acceder de nuevo la página le bloquearía el paso.

Se optó por la creación de una base de datos específica para el estudio en formato Excel, al igual que las realizadas para la tormenta de ideas. Se exportaron los datos recogidos en la página web www.encuestafacil.com, vinculados a la encuesta titulada "Futuro de la contratación laboral en la oficina de farmacia: implicaciones socio-laborales", a una base de datos denominada RESULTADOS DELPHI PRIMERA RONDA ESPAÑA y se procedió a la grabación de los datos. La posibilidad de exportación de resultados facilitó la tediosa labor de grabar los datos de manera manual aunque hubo de completarse la base de datos de manera manual, introduciendo acerca de los "expertos" españoles información codificada sobre su edad y su área geográfica. La creación de una base de datos informatizada que incluyera los resultados de la encuesta facilitó la exportación de los datos, una vez tratados, a otros programas informáticos de análisis estadístico como es el SPSS 13.0, lo cual permitió llevar a cabo un análisis estadístico de los datos más completo.

Las preguntas del cuestionario fueron codificadas con un código alfanumérico representativo de manera lógico-intuitiva del concepto a codificar para la inserción en la base de datos. Se eligió la letra P, indicadora de pregunta, y tres números, el primero indicaba el número de ronda del estudio Delphi en la que se realizaba esta pregunta y los dos siguientes el orden en que se hacía la pregunta, iniciándose el contador en 01. El resultado final fue: P101, P102, P103,… hasta P111, tal y como se puede observar en la tabla 82.

PREGUNTA	CÓDIGO
1. Considera que las dificultades para contratar personal en la farmacia, y en concreto para contratar adjuntos son…	P101
2. Considera que las dificultades para contratar personal en la farmacia, y en concreto para contratar sustitutos son…	P102
3. Cómo considera que es de importante la formación práctica adecuada para el desarrollo de las labores profesionales en la farmacia	P103
4. Cómo considera que es de importante el conocimiento de la normativa para el desarrollo del ejercicio profesional en la farmacia	P104
5. Dentro de las cualidades personales de los trabajadores de la farmacia cómo considera de importante el respeto hacia los pacientes, los compañeros y el farmacéutico titular	P105
6. Dentro de las cualidades personales de los trabajadores de la farmacia cómo considera de importante las cualidades comunicativas ante el paciente	P106
7. Dentro de las cualidades personales de los trabajadores de la farmacia cómo considera de importante la capacidad de aprendizaje	P107
8. Cómo considera que es de importante el conocimiento de los programas informáticos por parte del personal para una gestión eficaz de la farmacia	P108
9. Cómo considera que es de importante un aspecto físico cuidado del personal a la farmacia	P109
10. Dentro de las cualidades personales de los trabajadores de la farmacia cómo considera de importante la capacidad de trabajo en equipo	P110
11. Dentro de las cualidades personales de los trabajadores de la farmacia cómo considera de importante la responsabilidad individual del personal para obtener un servicio farmacéutico eficiente	P111

Tabla 82. Codificación del cuestionario de la primera ronda Delphi: España. Elaboración propia.

Los “expertos” respondieron a las preguntas valorando de 1 a 10 en función de la importancia que tuviera para ellos cada uno de los temas que se les presentaron en lo referente al personal de la oficina de farmacia, considerando el 1 poco importante, el 5 importante y el 10 muy importante.

La primera ronda tuvo lugar entre el 1 y el 15 de Marzo de 2011.

CÓDIGO	Área	Edad	P101	P102	P103	P104	P105	P106	P107	P108	P109	P110	P111
1	2	1	6	5	7	4	9	8	8	7	8	8	8
2	2	1	10	10	5	5	9	7	10	1	5	6	10
3	1	2	7	7	5	5	7	7	7	6	6	7	7
4	1	1	5	5	5	3	8	8	8	1	5	8	8
5	1	2	8	8	9	6	10	9	9	2	7	7	9
6	1	2	7	9	9	9	7	10	8	9	9	9	10
7	1	2	5	6	4	2	8	8	8	3	9	10	10
8	1	1	5	10	5	1	6	6	8	2	5	8	5
9	2	1	10	10	5	9	5	10	10	5	9	10	10
10	1	2	8	9	5	6	9	9	10	7	8	9	10
11	1	1	9	9	9	9	9	9	9	8	8	9	9
12	1	1	6	7	9	6	7	7	8	8	6	8	10
13	2	2	7	8	9	9	8	9	9	9	9	9	10
14	1	1	10	9	10	9	9	9	9	9	8	9	9
15	1	2	10	10	8	7	10	9	8	7	8	8	10
16	2	2	7	6	7	5	10	8	9	6	6	9	10
17	2	2	8	9	5	4	8	7	8	4	4	6	9
18	2	2	7	7	8	9	9	8	6	7	6	9	10
19	2	2	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
20	2	2	9	7	5	6	9	9	9	4	5	9	10
21	2	2	6	6	7	6	8	8	9	4	4	7	8
22	2	2	10	10	6	5	7	7	6	7	7	8	10
23	2	2	4	4	6	5	5	6	7	6	5	9	9
24	2	2	9	10	3	3	7	7	8	5	6	9	8
25	2	2	10	10	5	5	5	5	10	5	5	10	10

Tabla 83. Respuestas cuestionario Ronda 1 Delphi España. Elaboración propia.

Se recogieron datos sobre los participantes a nivel de área geográfica en la que desarrolla su labor como farmacéutico y la edad del mismo, datos de utilidad para la realización de futuros análisis estratificados de los resultados obtenidos en España.

El área geográfica de procedencia del experto se codificó como:

- 1. Rural.
- 2. Urbano.

La edad del experto se codificó como:

- 1. Más de 45 años.

- 2. Menos de 45 años.

De todos estos datos se realizó un análisis completo. Se utilizaron medidas de tendencia central y de dispersión como la **media, la mediana, la moda, el máximo, el mínimo y la desviación típica** (Ver tabla 84). La media, la mediana y la moda indicaron la tendencia central. El máximo y el mínimo indican las respuestas extremas. La desviación típica señala el grado de dispersión en las respuestas (si más o menos los expertos se hallan en torno a las cifras de la media o no)**.** Los cuartiles indican también grado de dispersión de las respuestas. La explicación más sencilla sobre los cuartiles es aquella que muestra que el Q1 (cuartil 1) es igual al percentil 25, es decir, será aquel valor que deje el 25% de respuestas por debajo y el 75% de respuestas por encima. Inversamente, el Q3 (cuartil 3) será el que deje el 75% de las respuestas por debajo y el 25% por encima. Entre el Q1 y el Q3 se situarán la mitad central de las respuestas obtenidas [percentil 50 o cuartil 2 (Q2)].

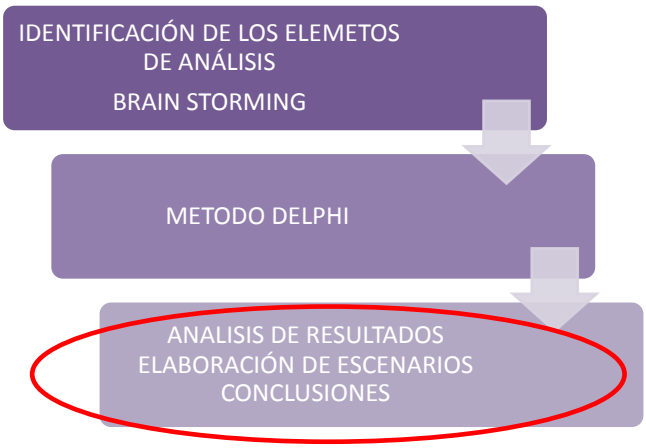


Diagrama 14. Fases del análisis de resultados III. Elaboración propia.

El análisis de los datos se ha resumido en tres partes principales: tabla de resultados, diagrama de caja o boxplot general para todas las preguntas de la ronda 1 y análisis de frecuencia en las respuestas dadas a cada pregunta.

		P101	P102	P103	P104	P105	P106	P107	P108	P109	P110	P111
		Considera que las dificultades para contratar personal en la oficina de farmacia, y en concreto para contratar ajuntos son…	Considera que las dificultades para contratar personal en la oficina de farmacia, y en concreto para contratar sustitutos son…	Cómo considera que es de importante la formación práctica adecuada para el desarrollo de las labores profesionales en la farmacia	Cómo considera que es de importante el conocimiento de la normativa para el desarrollo del ejercicio profesional en oficina de la farmacia	Dentro de las cualidades personales de los trabajadores de la oficina de farmacia cómo considera de importante el respeto hacia los pacientes, los compañeros y el farmacéutico titular	Dentro de las cualidades personales de los trabajadores de la oficina de farmacia cómo considera de importante las cualidades comunicativas ante el paciente	Dentro de las cualidades personales de los trabajadores de la oficina de farmacia cómo considera de importante la capacidad de aprendizaje	Cómo considera que es de importante el conocimiento de los programas informáticos por parte del personal para una gestión eficaz de la oficina de la farmacia	Cómo considera que es de importante un aspecto físico cuidado del personal a la oficina de farmacia	Dentro de las cualidades personales de los trabajadores de la oficina de farmacia cómo considera de importante la capacidad de trabajo en equipo	Dentro de las cualidades personales de los trabajadores de la oficina de farmacia cómo considera de importante la responsabilidad individual del personal para obtener un servicio farmacéutico eficiente
N	Valid	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25	25
	Missing	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mean		7,64	7,96	6,56	5,84	7,88	7,92	8,36	5,60	6,64	8,36	9,08
Std. Error of Mean		,374	,372	,388	,468	,302	,251	,223	,493	,331	,223	,251
Median		8,00	8,00	6,00	6,00	8,00	8,00	8,00	6,00	6,00	9,00	10,00
Mode		10	10	5	5(a)	9	8(a)	8	7	5(a)	9	10
Std. Deviation		1,868	1,859	1,938	2,340	1,509	1,256	1,114	2,466	1,655	1,114	1,256
Variance		3,490	3,457	3,757	5,473	2,277	1,577	1,240	6,083	2,740	1,240	1,577
Minimum		4	4	3	1	5	5	6	1	4	6	5
Maximum		10	10	10	9	10	10	10	9	9	10	10
Sum		191	199	164	146	197	198	209	140	166	209	227
Percentiles	25	6,00	6,50	5,00	4,50	7,00	7,00	8,00	4,00	5,00	8,00	8,00
	50	8,00	8,00	6,00	6,00	8,00	8,00	8,00	6,00	6,00	9,00	10,00
	75	9,50	10,00	8,50	8,50	9,00	9,00	9,00	7,50	8,00	9,00	10,00

Tabla 84. Resumen de medidas de tendencia central y de dispersión. Ronda 1 del cuestionario Delphi España. Elaboración propia.

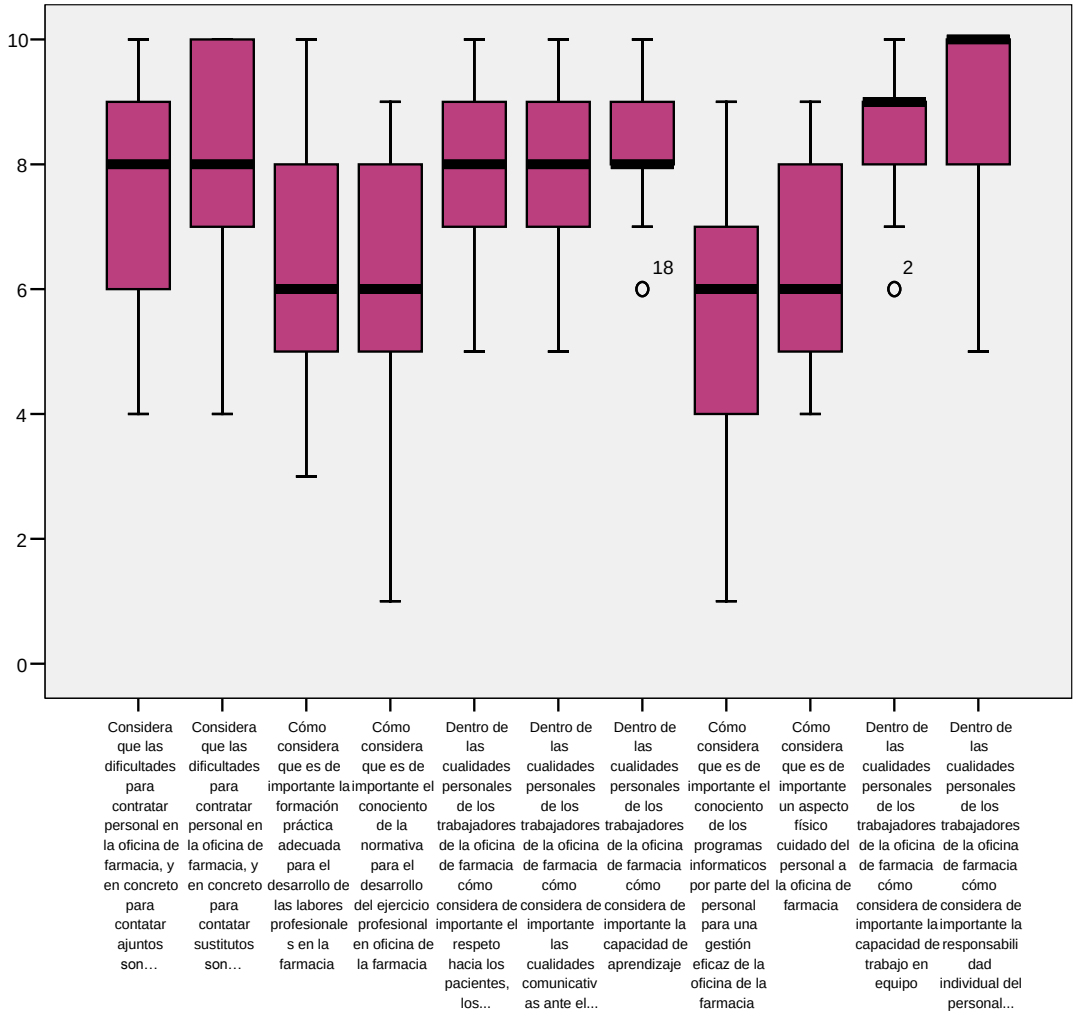


Gráfico 66. Boxplot o diagrama de caja. Respuestas Ronda 1 del cuestionario Delphi España.

Un **diagrama de caja** o **gráfico boxplot** es un gráfico basado en cuartiles, mediante el cual se visualiza un conjunto de datos. Está compuesto por un rectángulo o "caja", y dos brazos. Se ha elegido este tipo de gráfico puesto que suministra información sobre los valores mínimo y máximo, los cuartiles Q1, Q2 o mediana y Q3, sobre la existencia de valores atípicos y la simetría de la distribución de las respuestas.

La tabla 84 ofrece de manera estructurada un resumen de las medidas de frecuencia más importantes analizadas en este estudio. El gráfico 66 muestra que todas las preguntas obtuvieron respuestas con una mediana superior a 6, por tanto los “expertos” consideraron importantes todos los ítems por los que fueron preguntados. Además, en todas las preguntas el percentil 75 superó el 7,5. Las distribuciones de las respuestas fueron características para cada una de las preguntas, como se detallará más adelante en los gráficos de frecuencia por porcentaje de las respuestas.

PREGUNTA 1: CONSIDERA QUE LAS DIFICULTADES PARA CONTARTAR PERSONAL EN LA OFICINA DE FARMACIA, Y EN CONCRETO PARA CONTRATAR ADJUNTOS SON:

La media obtenida en las respuestas dadas por los expertos a la pregunta 1 fue 7,64, con una desviación estándar de1, 868, siendo el valor mínimo dado por los expertos a esta cuestión el 4 y el máximo el 10. La mediana se encuentra en 8 y el percentil 75 en 9,5.

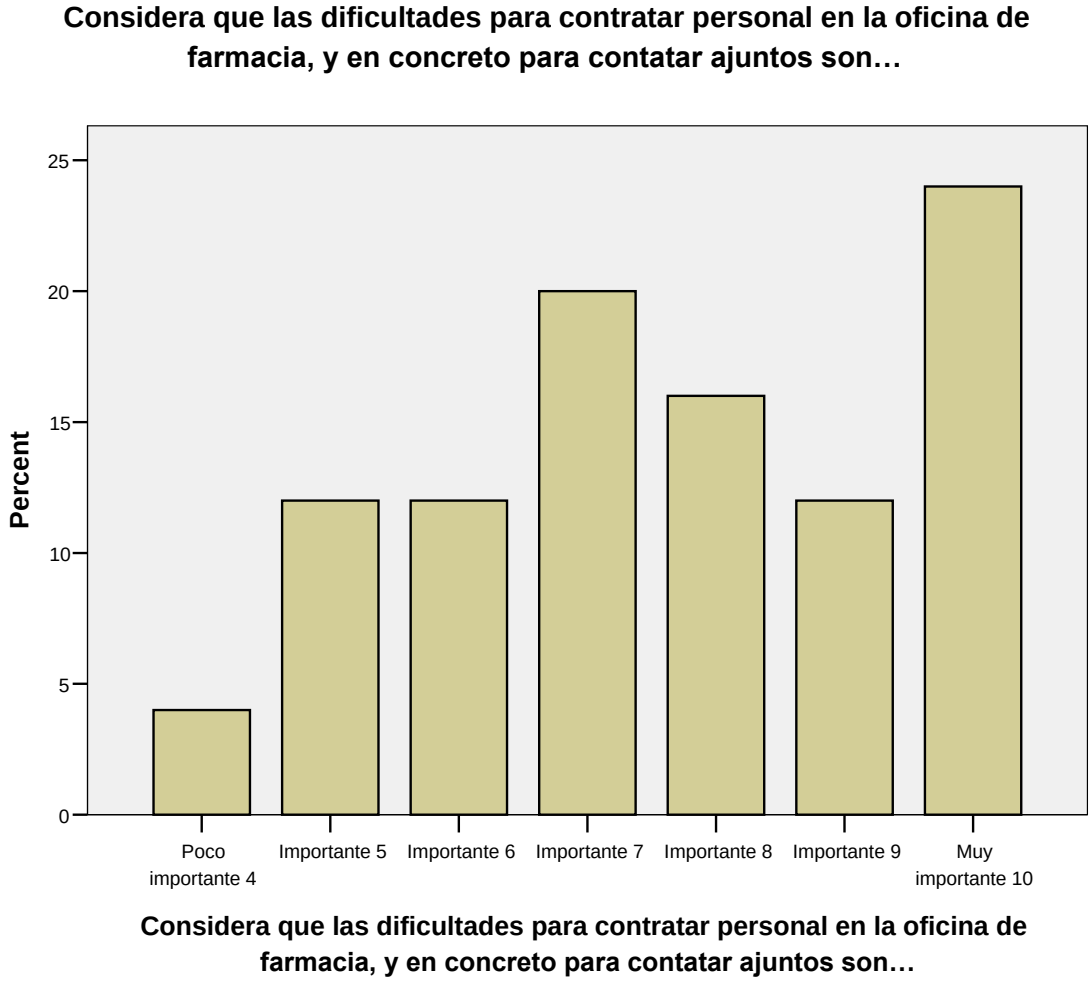


Gráfico 67. Distribución de porcentaje de respuestas en la pregunta 1. Ronda 1 del cuestionario Delphi España.

La mayoría de los expertos, un 24% de los encuestados, consideró que la pregunta 1 era muy importante, frente al 4% de los expertos que consideró que era poco importante. El 72% restante consideró que era importante en distintos grados de importancia (5-9).

PREGUNTA 2: CONSIDERA QUE LAS DIFICULTADES PARA CONTARTAR PERSONAL EN LA OFICINA DE FARMACIA, Y EN CONCRETO PARA CONTRATAR SUSTITUTOS SON:

La media obtenida en las respuestas dadas por los expertos a la pregunta 2 fue 7,96, con una desviación estándar de 1,869, siendo el valor mínimo dado por los expertos a esta cuestión el 4 y el máximo el 10. La mediana se encuentra en 8 y el percentil 75 en 10.

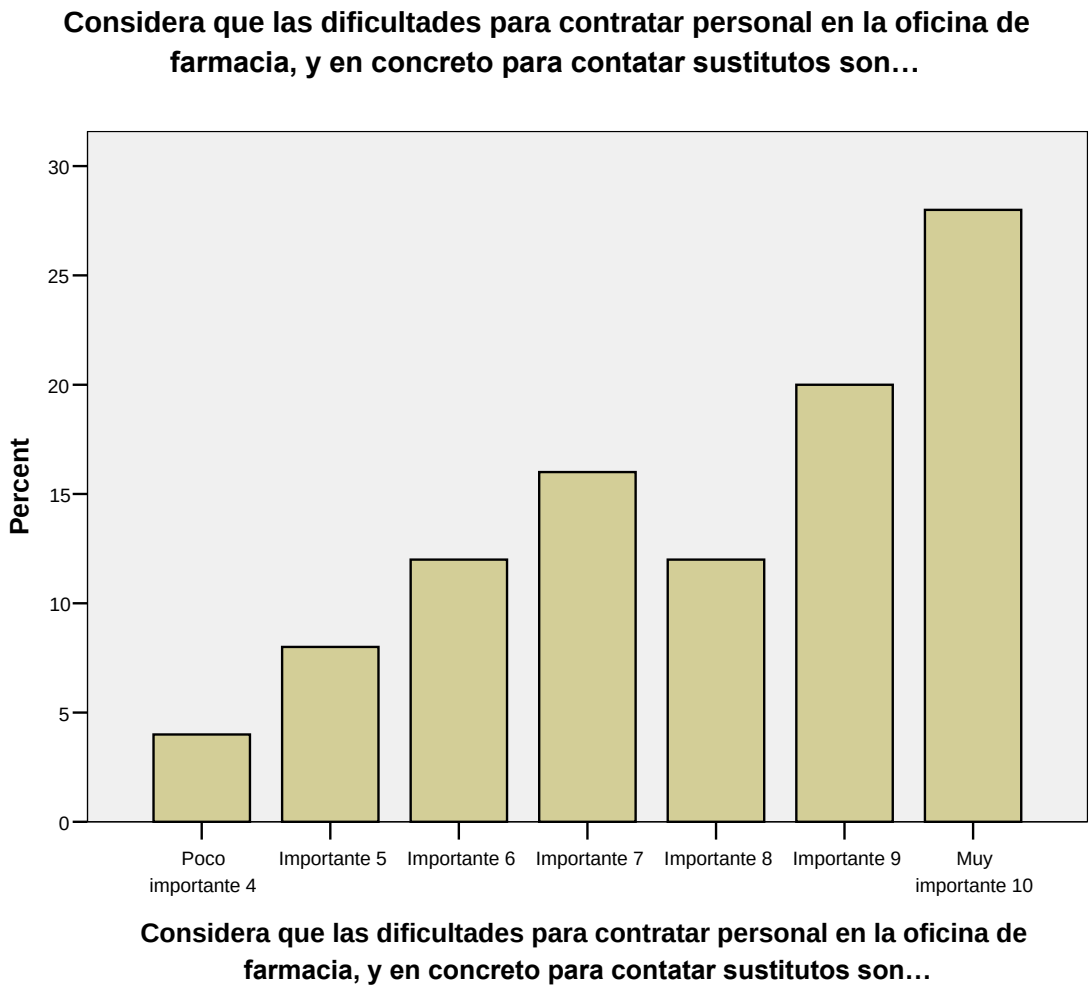


Gráfico 68. Distribución de porcentaje de respuestas en la pregunta 2. Ronda 1 del cuestionario Delphi España.

La mayoría de los expertos, un 28% de los encuestados, consideró que la pregunta 1 era muy importante, frente al 4% de los expertos que consideró que era poco importante. El 68% restante consideró que era importante en distintos grados de importancia (5-9).

PREGUNTA 3: CONSIDERA QUE ES DE IMPORTANCIA LA FORMACIÓN PRÁCTICA ADECUADA PARA EL DESARROLLO DE LAS LABORES PROFESIONALES EN LA FARMACIA:

La media obtenida en las respuestas dadas por los expertos a la pregunta 3 fue 6,56, con una desviación estándar de1,938, siendo el valor mínimo dado por los expertos a esta cuestión el 3 y el máximo el 10. La mediana se encuentra en 6 y el percentil 75 en 8,5.



Gráfico 69. Distribución de porcentaje de respuestas en la pregunta 3. Ronda 1 del cuestionario Delphi España.

Sólo un 4% de los encuestados consideró que la pregunta 1 era muy importante, frente al 8% de los expertos que consideró que era poco importante. El 72% restante consideró que era importante en distintos grados de importancia (5-9).

PREGUNTA 4: CÓMO CONSIDERA QUE ES DE IMPORTANTE EL CONOCIMIENTO DE LA NORMATIVA PARA EL DESARROLLO DEL EJERCICIO PROFESIONAL EN LA OFICINA DE FARMACIA:

La media obtenida en las respuestas dadas por los expertos a la pregunta 4 fue 5,84, con una desviación estándar de 2,34, siendo el valor mínimo dado por los expertos a esta cuestión el 1 y el máximo el 9. La mediana se encuentra en 6 y el percentil 75 en 8,5.

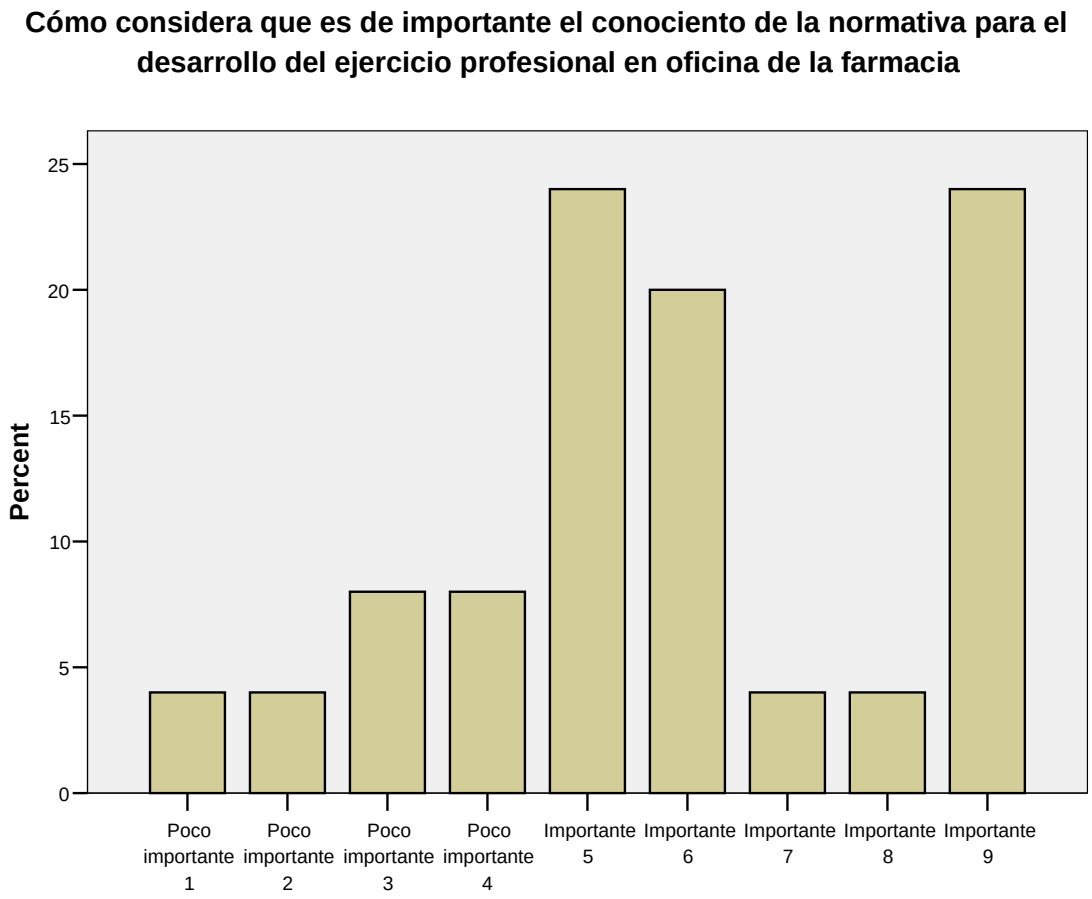


Gráfico 70. Distribución de porcentaje de respuestas en la pregunta 4. Ronda 1 del cuestionario Delphi España.

Ningún experto consideró que fuera muy importante. La mayoría de los expertos, un 76% de los encuestados, consideró que la pregunta 4 era importante en distintos grados de importancia (5-9), frente al 24% de los expertos que consideró que era poco importante.

PREGUNTA 5: DENTRO DE LAS CUALIDADES PERSONALES DE LOS TRABAJADORES DE LA OFICINA DE FARMACIA CÓMO CONSIDERA DE IMPORTANTE EL RESPETO HACIA LOS PACIENTES, LOS COMPAÑEROS Y EL FARMACÉUTICO TITULAR:

La media obtenida en las respuestas dadas por los expertos a la pregunta 5 fue 7,88, con una desviación estándar de 1,509, siendo el valor mínimo dado por los expertos a esta cuestión el 5 y el máximo el 10. La mediana se encuentra en 8 y el percentil 75 en 9.

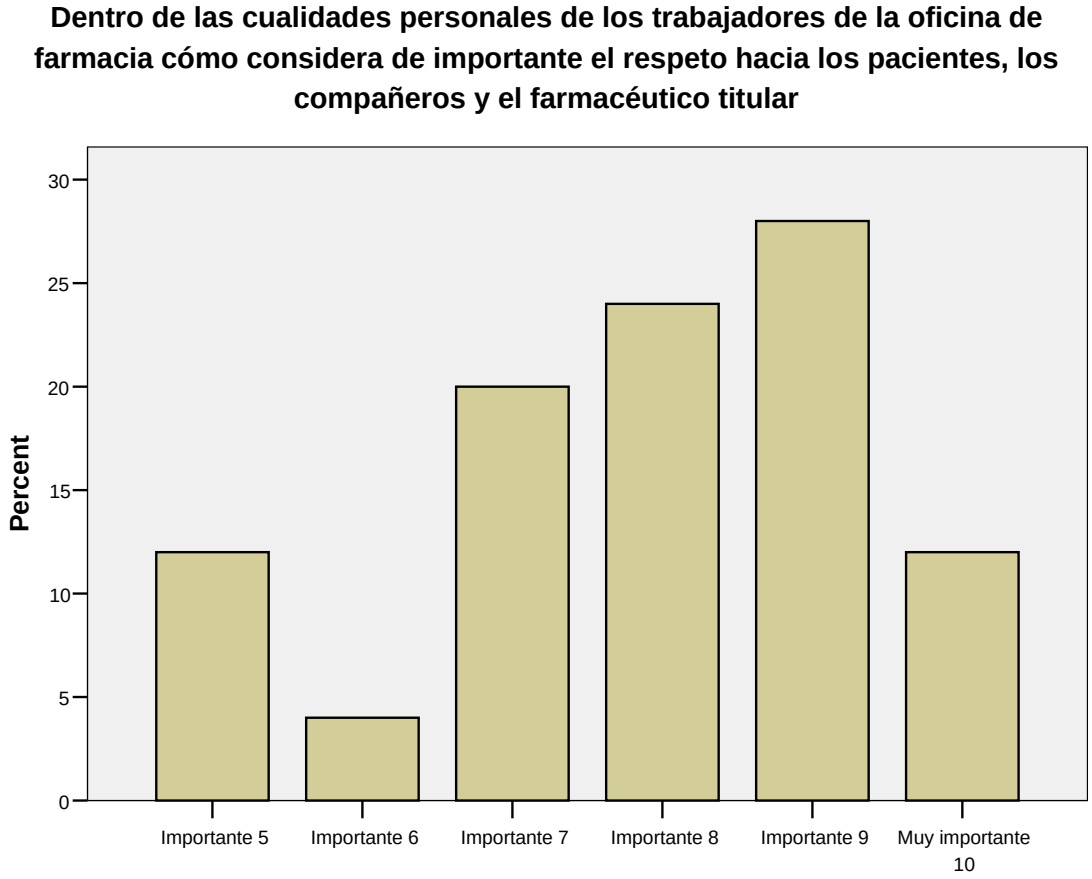
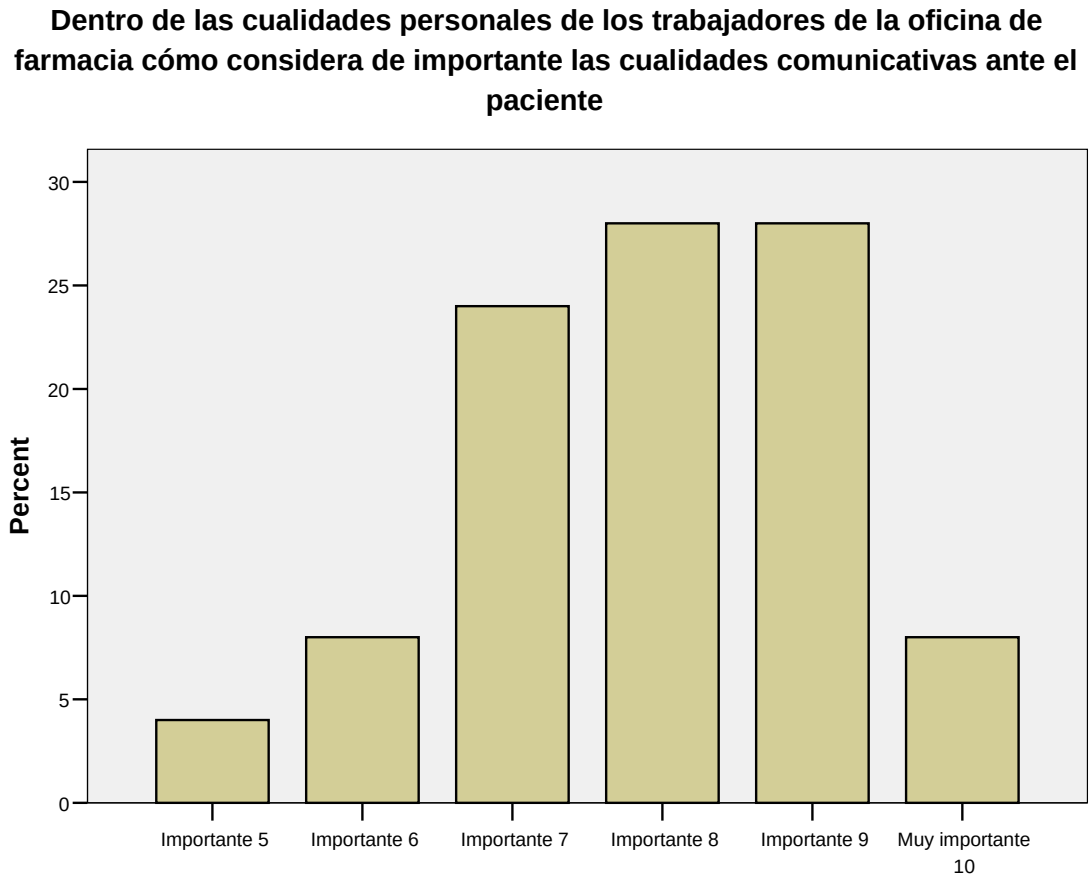


Gráfico 71. Distribución de porcentaje de respuestas en la pregunta 5. Ronda 1 del cuestionario Delphi España.

La mayoría de los expertos, un 88% de los encuestados, consideró que la pregunta 5 era importante con distintos grados de importancia (5-9).

PREGUNTA 6: DENTRO DE LAS CUALIDADES PERSONALES DE LOS TRABAJADORES DE LA OFICINA DE FARMACIA CÓMO CONSIDERA DE IMPORTANTE LAS CUALIDADES COMUNICATIVAS ANTE EL PACIENTE:

La media obtenida en las respuestas dadas por los expertos a la pregunta 6 fue 7,92, con una desviación estándar de 1,256, siendo el valor mínimo dado por los expertos a esta cuestión el 5 y el máximo el 10. La mediana se encuentra en 8 y el percentil 75 en 9.



Dentro de las cualidades personales de los trabajadores de la oficina de farmacia cómo considera de importante las cualidades comunicativas ante el paciente

Gráfico 72. Distribución de porcentaje de respuestas en la pregunta 6. Ronda 1 del cuestionario Delphi España.

La mayoría de los expertos, un 92% de los encuestados, consideró que la pregunta 6 era importante con distintos grados de importancia (5-9), frente al 8% de los expertos que consideró que muy importante.

PREGUNTA 7: DENTRO DE LAS CUALIDADES PERSONALES DE LOS TRABAJADORES DE LA OFICINA DE FARMACIA CÓMO CONSIDERA DE IMPORTANTE LA CAPACIDAD DE APRENDIZAJE:

La media obtenida en las respuestas dadas por los expertos a la pregunta 7 fue 8,36, con una desviación estándar de 1,114, siendo el valor mínimo dado por los expertos a esta cuestión el 6 y el máximo el 10. La mediana se encuentra en 8 y el percentil 75 en 9.

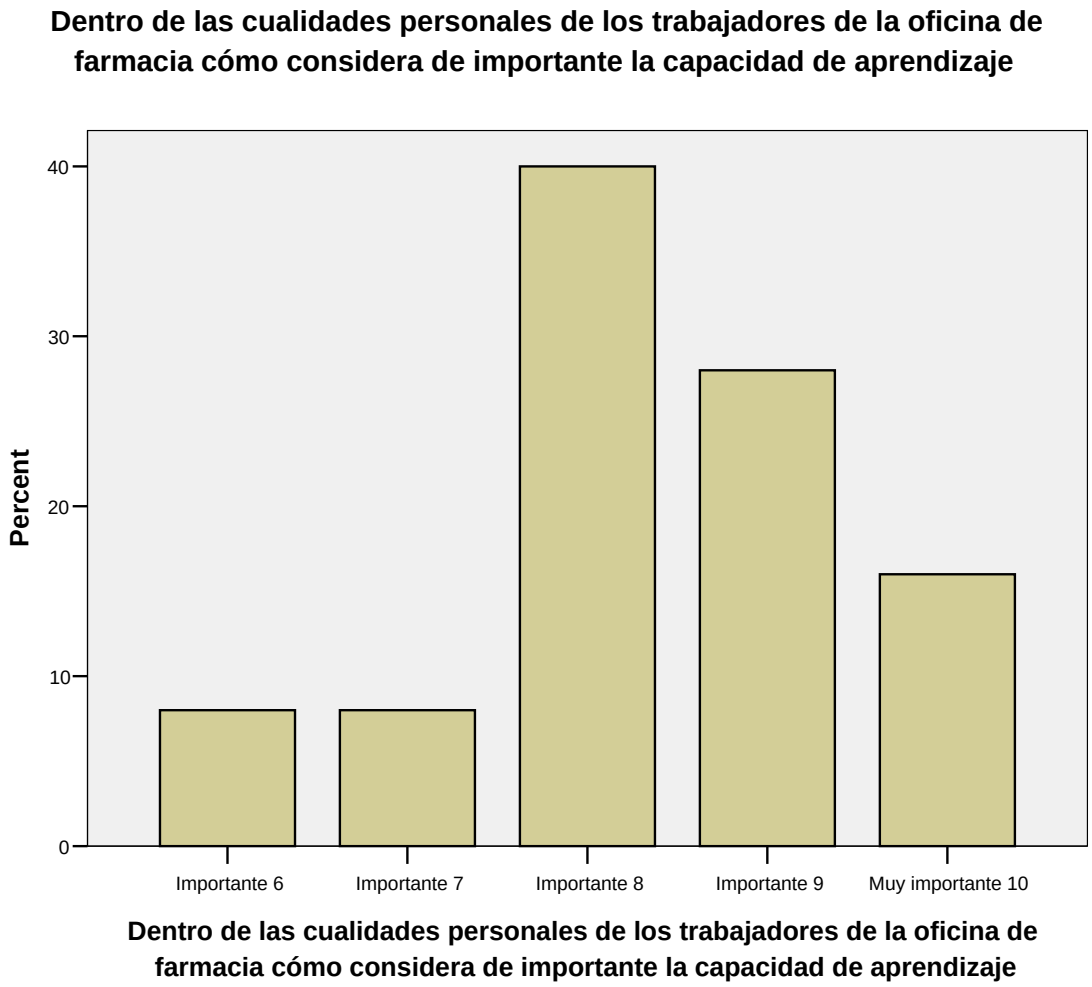


Gráfico 73. Distribución de porcentaje de respuestas en la pregunta 7. Ronda 1 del cuestionario Delphi España.

La mayoría de los expertos, un 84% de los encuestados, consideró que la pregunta 7 era importante con distintos grados de importancia (6-10), frente al 16% de los expertos que consideró que era muy importante.

PREGUNTA 8: COMO CONSIDERA DE IMPORTANTE EL CONOCIMIENTO DE LOS PROGRAMAS INFORMÁTICOS POR PARTE DEL PERSONAL PARA UNA GESTIÓN EFICAZ DE LA OFICINA DE FARMACIA:

La media obtenida en las respuestas dadas por los expertos a la pregunta 8 fue 5,6, con una desviación estándar de 2,466, siendo el valor mínimo dado por los expertos a esta cuestión el 1 y el máximo el 9. La mediana se encuentra en 6 y el percentil 75 en 7,5.

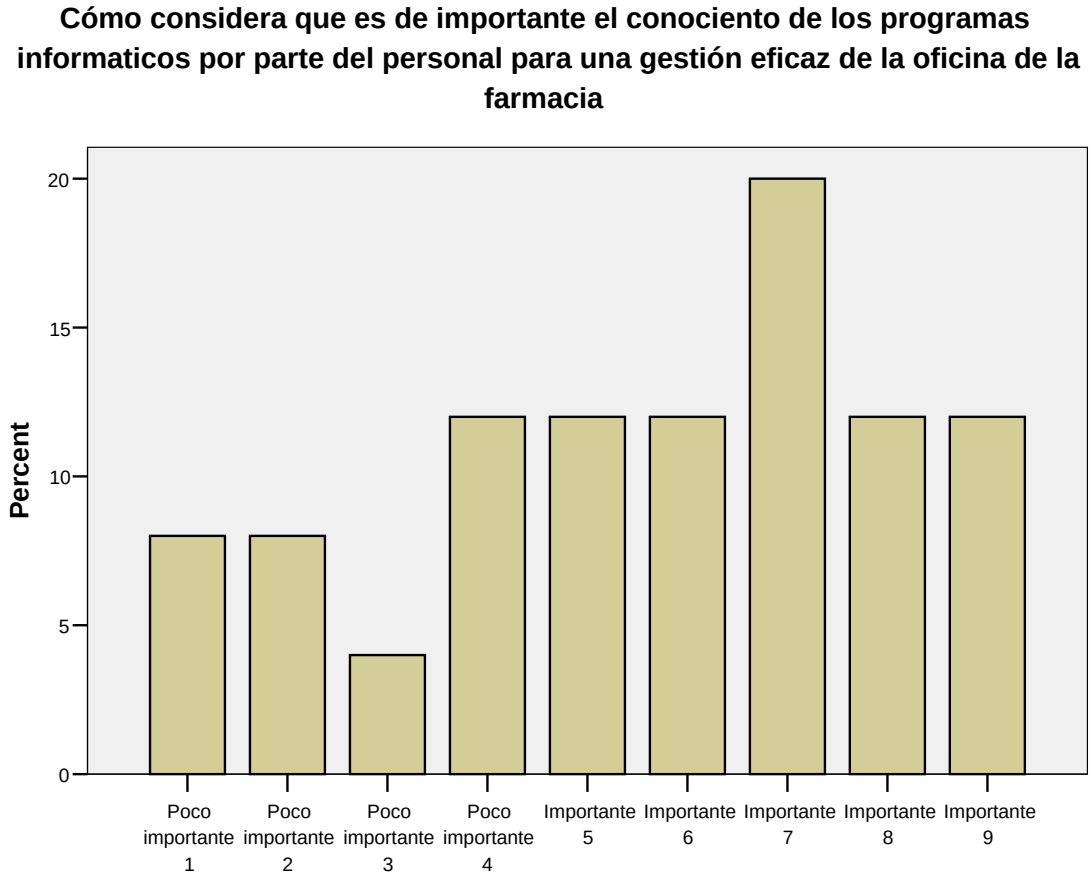


Gráfico 74. Distribución de porcentaje de respuestas en la pregunta 8. Ronda 1 del cuestionario Delphi España.

La mayoría de los expertos, un 68% de los encuestados, consideró que la pregunta 8 era importante, frente al 32% de los expertos que consideró que era poco importante. Es un hecho llamativo la baja percepción de este ítem por los expertos.

PREGUNTA 9: COMO CONSIDERA QUE ES DE IMPORTANTE UN ASPECTO FÍSICO CUIDADO DEL PERSONAL EN LA OFICINA DE FARMACIA:

La media obtenida en las respuestas dadas por los expertos a la pregunta 9 fue 6,64, con una desviación estándar de 1,655, siendo el valor mínimo dado por los expertos a esta cuestión el 4 y el máximo el 9. La mediana se encuentra en 6 y el percentil 75 en 8.

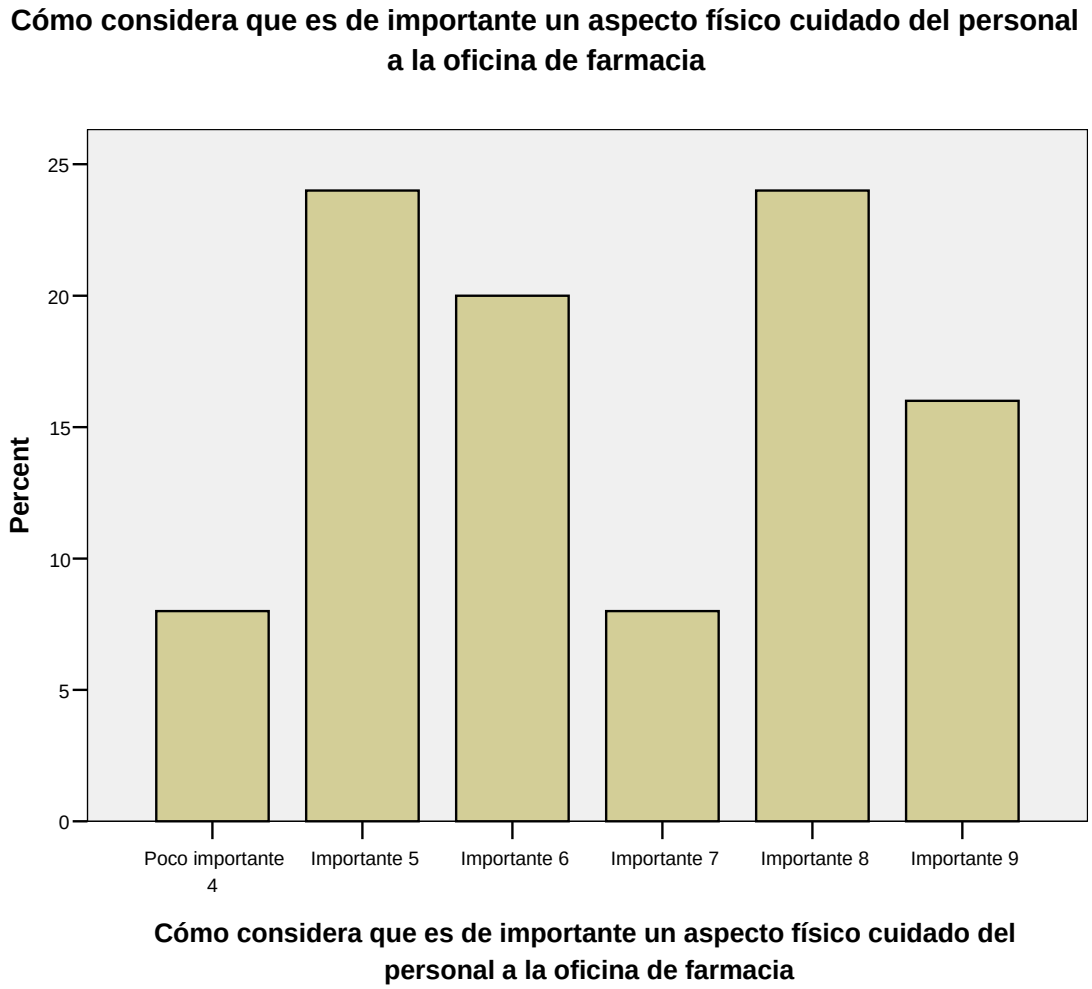


Gráfico 75. Distribución de porcentaje de respuestas en la pregunta 9. Ronda 1 del cuestionario Delphi España.

La mayoría de los expertos, un 92% de los encuestados, consideró que la pregunta 9 era importante con distinto grado de importancia (5-9), frente al 8% de los expertos que consideró que era poco importante.

PREGUNTA 10: DENTRO DE LAS CUALIDADES PERSONALES DE LOS TRABAJADORES DE LA OFICINA DE FARMACIA CÓMO CONSIDERA DE IMPORTANTE LA CAPACIDAD DE TRABAJO EN EQUIPO:

La media obtenida en las respuestas dadas por los expertos a la pregunta 10 fue 8,36, con una desviación estándar de 1,114, siendo el valor mínimo dado por los expertos a esta cuestión el 6 y el máximo el 10. La mediana se encuentra en 9 y el percentil 75 en 9.

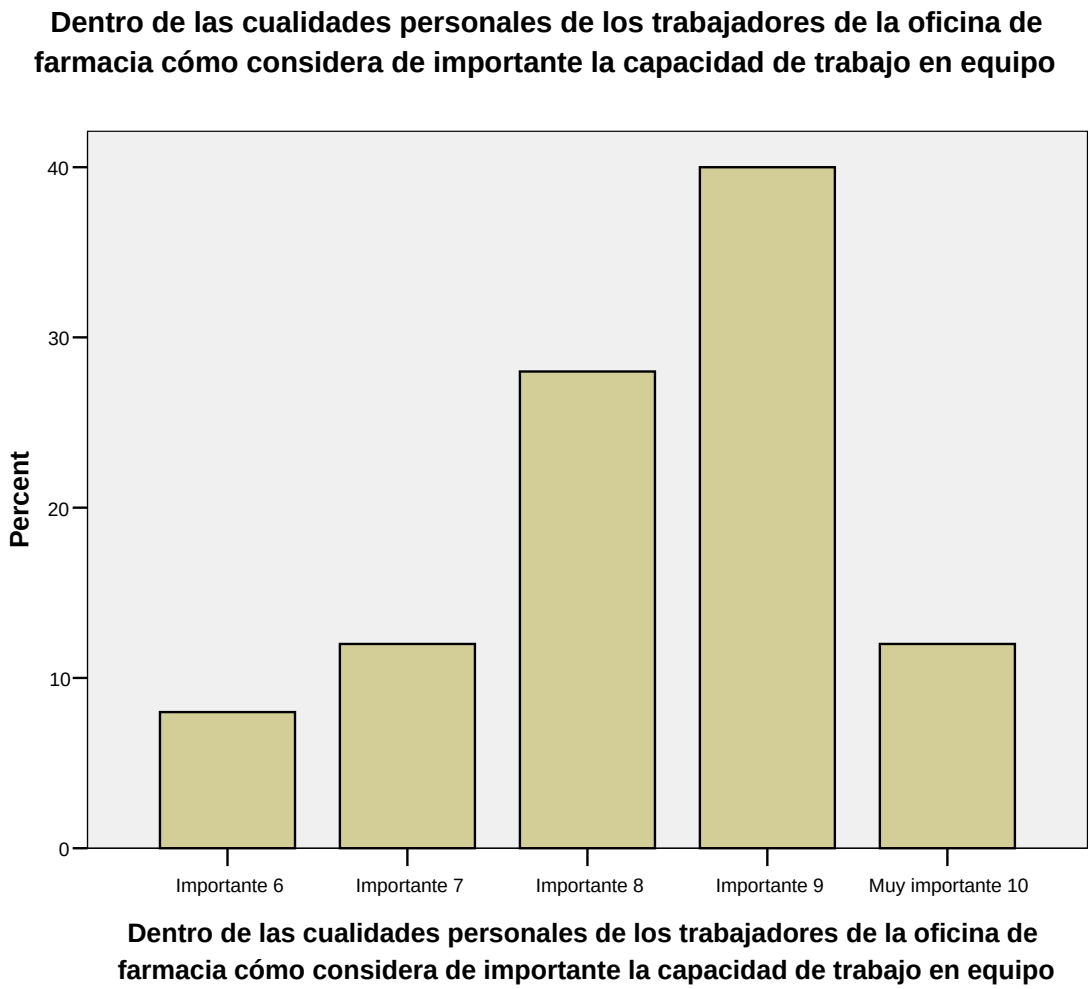


Gráfico 76. Distribución de porcentaje de respuestas en la pregunta 10. Ronda 1 del cuestionario Delphi España.

La mayoría de los expertos, un 40% de los encuestados, consideró que la pregunta 10 era importante en grado 9, hecho llamativo. El 12% de los expertos consideró que era muy importante.

PREGUNTA 11: DENTRO DE LAS CUALIDADES PERSONALES DE LOS TRABAJADORES DE LA OFICINA DE FARMACIA CÓMO CONSIDERA DE IMPORTANTE LA RESPONSABILIDAD INDIVIDUAL DEL PERSONAL PARA OBTENER UN SERVICIO FARMACÉUTICO EFICIENTE:

La media obtenida en las respuestas dadas por los expertos a la pregunta 11 fue 9,08 con una desviación estándar de 1,265, siendo el valor mínimo dado por los expertos a esta cuestión el 5 y el máximo el 10. La mediana se encuentra en 10 y el percentil 75 en 10.

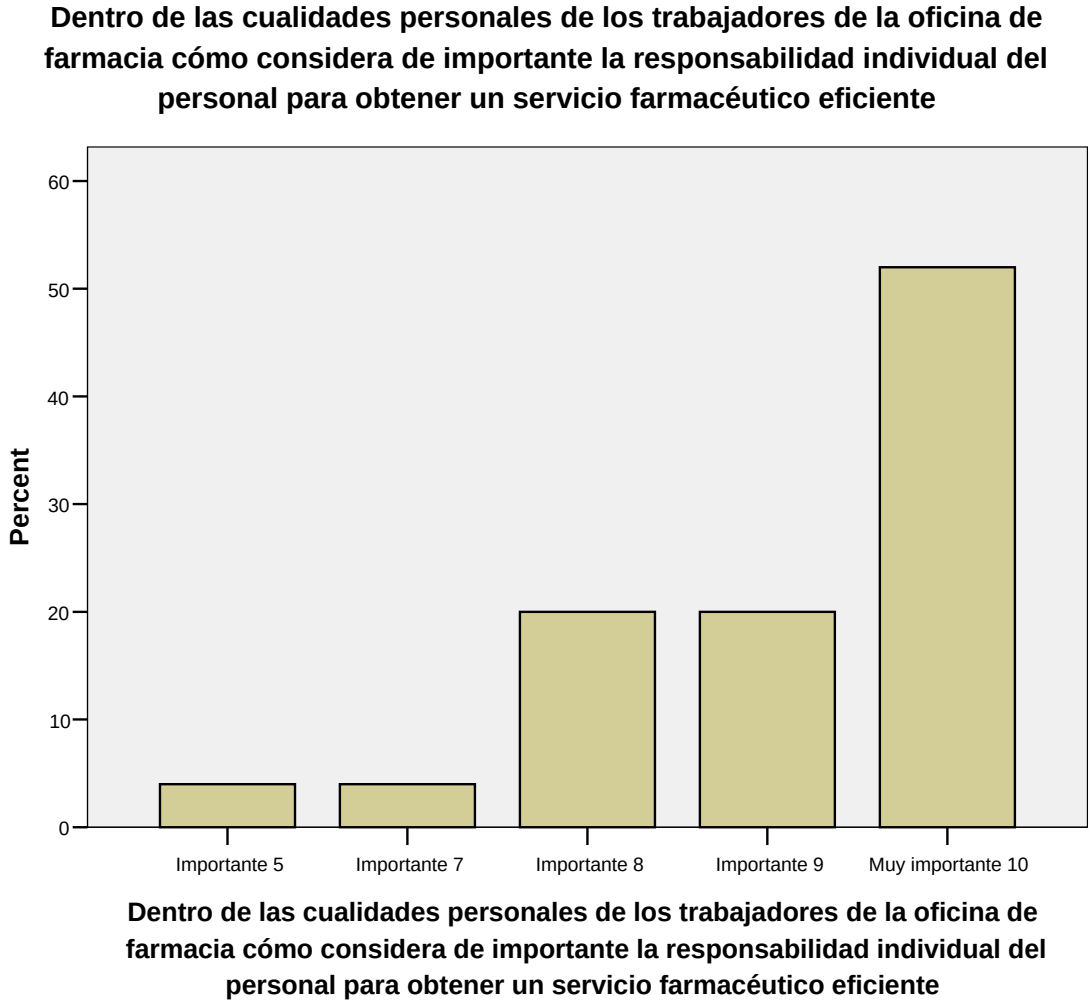


Gráfico 77. Distribución de porcentaje de respuestas en la pregunta 11. Ronda 1 del cuestionario Delphi España.

La mayoría de los expertos, un 52% de los encuestados, consideró que la pregunta 11 era muy importante, hecho a considerar en la segunda ronda Delphi.

1. Considera que las dificultades para contratar personal en la farmacia, y en concreto para contratar adjuntos son…
2. Considera que las dificultades para contratar personal en la farmacia, y en concreto para contratar sustitutos son…
3. Cómo considera que es de importante la formación práctica adecuada para el desarrollo de las labores profesionales en la farmacia
4. Cómo considera que es de importante el conocimiento de la normativa para el desarrollo del ejercicio profesional en la farmacia
5. Dentro de las cualidades personales de los trabajadores de la farmacia cómo considera de importante el respeto hacia los pacientes, los compañeros y el farmacéutico titular
6. Dentro de las cualidades personales de los trabajadores de la farmacia cómo considera de importante las cualidades comunicativas ante el paciente
7. Dentro de las cualidades personales de los trabajadores de la farmacia cómo considera de importante la capacidad de aprendizaje
8. Cómo considera que es de importante el conocimiento de los programas informáticos por parte del personal para una gestión eficaz de la farmacia
9. Cómo considera que es de importante un aspecto físico cuidado del personal a la farmacia
10. Dentro de las cualidades personales de los trabajadores de la farmacia cómo considera de importante la capacidad de trabajo en equipo
11. Dentro de las cualidades personales de los trabajadores de la farmacia cómo considera de importante la responsabilidad individual del personal para obtener un servicio farmacéutico eficiente

Tabla 85. Preguntas que obtuvieron mayor puntuación en la Ronda 1 Delphi España. Elaboración propia.

En la tabla 85 se marcan en color amarillo las 6 preguntas que obtuvieron mayor puntuación media de los expertos y además coincide que obtuvieron la media de puntuación más alta junto con una menor desviación estándar y una menor diferencia intercuartilica entre Q2 y Q3.

A los expertos se les reenviaron estos resultados junto con estas tres preguntas:

- ¿Esta Ud. de acuerdo con la media obtenida para el conjunto de los consultados? Si/no
- En caso de que no se halle de acuerdo, ¿Cuál es el nuevo valor que propone?
- Si lo juzga necesario, ¿podría justificar dicha respuesta?

Todos ellos estuvieron de acuerdo con los valores obtenidos y no se propusieron nuevos valores.

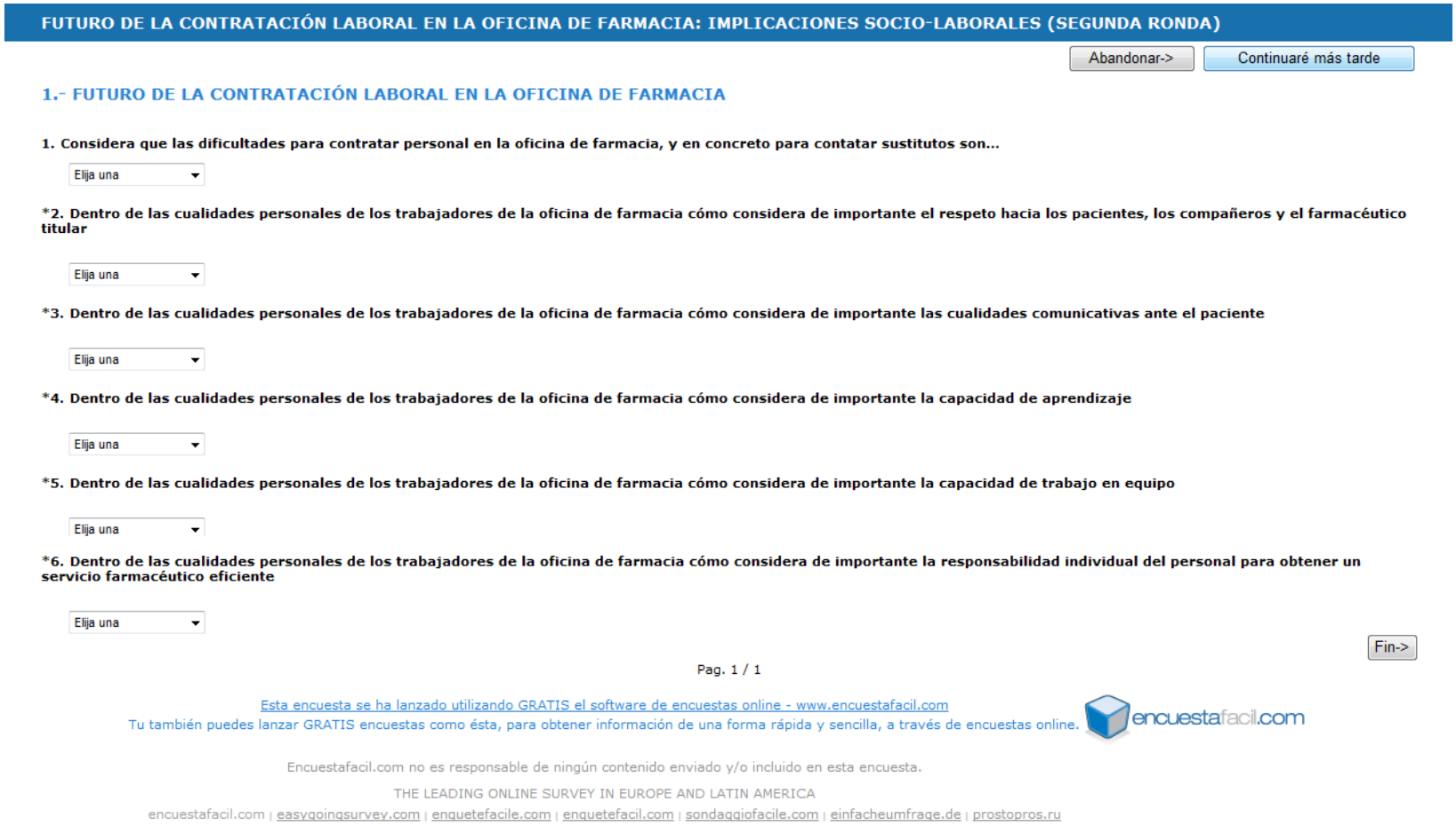
El control específico de la calidad de estos datos se aborda a grandes rasgos desde los ámbitos del consenso/dispersión de las respuestas, pues existe muy poca dispersión de las mismas y solo se observan valores atípicos u outliers en la preguntas 7 y 10, con un único experto (distinto en ambas preguntas) que se aleja del rango intercuartílico Q1-Q3. La estabilidad de las opiniones de los expertos, la especificidad de sus aportaciones y la participación de los mismos, se constata en el hecho de que no hay pérdida de tamaño muestral pues los 25 participaron en las dos rondas, asintiendo a los resultados obtenidos en la primera ronda Delphi sin discusión reseñable. Como se expuso en el desarrollo teórico del estudio, la inclusión del control específico de calidad de los datos aumentaría mucho la extensión del trabajo, hecho que se pretende evitar, y además, el control de calidad de los resultados exige otro estudio complementario, de carácter externo y comparativo, que todavía no ha sido llevado a cabo pero que se plantea realizar en un futuro.

El cuestionario definitivo de la segunda ronda se envío a los 25 expertos españoles que participaron en la primera ronda. Se utilizó un cuestionario electrónico diseñado por el investigador principal, que usó para su realización la herramienta informática gratuita accesible on-line en la página www.encuestafacil.com, que permitió a los "expertos" acceder al cuestionario de manera automática clicando en el link contenido en el mail enviado por el investigador, vinculo que, por un lado, garantizaba el anonimato del "experto" y por otro, recogía de manera automática las respuestas.
(http://www.encuestafacil.com/RespWeb/Qn.aspx?EID=965814).[403]

Al igual que en la primera ronda, al clicar en el vínculo, los "expertos" se encontraban con una página web sencilla y cómoda de usar que, en menos de 5 minutos, permitía completar de manera satisfactoria la encuesta. Todas las preguntas debían ser respondidas para que finalizase el cuestionario y se registraran las respuestas.

A continuación, se muestra una imagen del formato que presentaba la encuesta recibida por los "expertos" españoles en la segunda ronda.

[403] Actualmente este cuestionario se encuentra cerrado al público y no se puede acceder on-line.



Documento 8. Encuesta on-line en español. Ronda 2 Delphi España.

Al igual que en la ronda 1, el propio vínculo a la encuesta registraba on-line las respuestas dadas por los "expertos" a las seis preguntas del cuestionario sobre el futuro de la contratación laboral en la oficina de farmacia. Estas respuestas podían ser explotadas on-line o exportadas en formato Excel para un análisis más completo. El programa estaba configurado para que cada "experto" pudiera contestar una única vez a las preguntas del cuestionario, si intentaba acceder de nuevo la página le bloquearía el paso.

Se optó por la creación de una base de datos específica para el estudio en formato Excel, al igual que las realizadas para la tormenta de ideas. Se exportaron los datos recogidos en la página web www.encuestafacil.com, vinculados a la encuesta titulada "Futuro de la contratación laboral en la oficina de farmacia: implicaciones socio-laborales (Segunda Ronda)", a una base de datos denominada RESULTADOS DELPHI SEGUNDA RONDA ESPAÑA y se procedió a la grabación de los datos. La posibilidad de exportación de resultados facilitó la tediosa labor de grabar los datos de manera manual aunque hubo de completarse la base de datos de manera manual, introduciendo acerca de los "expertos" españoles información codificada sobre su edad y su área geográfica. La creación de una base de datos informatizada que incluyera los resultados de la encuesta facilitó la exportación de los datos, una vez tratados, a otros programas informáticos de análisis estadístico como es el SPSS 13.0, lo cual permitió llevar a cabo un análisis estadístico de los datos más completo.

Las preguntas del cuestionario fueron codificadas con un código alfanumérico representativo de manera lógico-intuitiva del concepto a codificar para la inserción en la base de datos. Al igual que en la ronda 1 se eligió la letra P, indicadora de pregunta, y tres números, el primero indicaba el número de ronda del estudio Delphi en la que se realizaba esta pregunta y los dos siguientes el orden en que se hacía la pregunta, iniciándose el contador en 01. El resultado final fue: P201, P202, P203,… hasta P206, tal y como se puede observar en la tabla 86.

PREGUNTA	CÓDIGO
1. Considera que las dificultades para contratar personal en la farmacia, y en concreto para contratar sustitutos son…	**P201**
2. Dentro de las cualidades personales de los trabajadores de la farmacia cómo considera de importante el respeto hacia los pacientes, los compañeros y el farmacéutico titular	**P202**
3. Dentro de las cualidades personales de los trabajadores de la farmacia cómo considera de importante las cualidades comunicativas ante el paciente	**P203**
4. Dentro de las cualidades personales de los trabajadores de la farmacia cómo considera de importante la capacidad de aprendizaje	**P204**
5. Dentro de las cualidades personales de los trabajadores de la farmacia cómo considera de importante la capacidad de trabajo en equipo	**P205**
6. Dentro de las cualidades personales de los trabajadores de la farmacia cómo considera de importante la responsabilidad individual del personal para obtener un servicio farmacéutico eficiente	**P206**

Tabla 86. Codificación del cuestionario de la segunda ronda Delphi: España. Elaboración propia.

Los "expertos" respondieron a las preguntas valorando de 1 a 10 en función de la importancia que tuviera para ellos cada uno de los temas que se les presentaron en lo referente al personal de la oficina de farmacia, considerando el 1 poco importante, el 5 importante y el 10 muy importante.

La segunda ronda tuvo lugar del 15 al 30 de Marzo.

Al igual que en la ronda 1 del estudio Delphi, se realizó un análisis completo. Se utilizaron medidas de tendencia central y de dispersión como la **media, la mediana, la moda, el máximo, el mínimo y la desviación típica** (Ver tabla 88).

CÓDIGO	Área	Edad	P201	P202	P203	P204	P205	P206
1	2	1	7	9	8	9	8	8
2	2	1	9	9	7	10	9	10
3	1	2	7	7	7	7	7	9
4	1	1	6	8	8	8	8	8
5	1	2	8	9	9	9	7	9
6	1	2	9	7	9	9	9	10
7	1	2	6	8	8	9	10	10
8	1	1	9	6	6	9	9	5
9	2	1	9	5	10	10	9	10
10	1	2	9	9	9	10	9	10
11	1	1	9	9	9	9	9	9
12	1	1	7	7	7	8	8	10
13	2	2	8	8	9	9	9	10
14	1	1	9	9	9	9	9	9
15	1	2	7	8	9	8	8	10
16	2	2	6	10	8	9	9	10
17	2	2	9	8	7	8	6	10
18	2	2	7	9	8	6	9	10
19	2	2	8	8	8	8	8	10
20	2	2	7	9	9	9	9	10
21	2	2	7	8	8	9	9	8
22	2	2	10	7	9	9	8	10
23	2	2	6	9	6	7	9	9
24	2	2	9	7	7	8	9	9
25	2	2	10	9	6	9	10	10

Tabla 87. Respuestas cuestionario Ronda 2 Delphi España. Elaboración propia.

Al igual que en la primera ronda, se recogieron datos a cerca del área geográfica en la que el "experto" trabaja como licenciado en farmacia y sobre la edad del mismo.

El área geográfica de procedencia del experto se codificó como:

- 1. Rural.
- 2. Urbano.

La edad del experto se codificó como:

- 1. Más de 45 años.
- 2. Menos de 45 años.

		P201	P202	P203	P204	P205	P206
		Considera que las dificultades para contratar personal en la oficina de farmacia, y en concreto para contratar sustitutos son…	Dentro de las cualidades personales de los trabajadores de la oficina de farmacia cómo considera de importante el respeto hacia los pacientes, los compañeros y el farmacéutico titular	Dentro de las cualidades personales de los trabajadores de la oficina de farmacia cómo considera de importante las cualidades comunicativas ante el paciente	Dentro de las cualidades personales de los trabajadores de la oficina de farmacia cómo considera de importante la capacidad de aprendizaje	Dentro de las cualidades personales de los trabajadores de la oficina de farmacia cómo considera de importante la capacidad de trabajo en equipo	Dentro de las cualidades personales de los trabajadores de la oficina de farmacia cómo considera de importante la responsabilidad individual del personal para obtener un servicio farmacéutico eficiente
N	Valid	25	25	25	25	25	25
	Missing	0	0	0	0	0	0
Mean		7,92	8,08	8,00	8,60	8,56	9,32
Std. Error of Mean		,258	,230	,224	,191	,183	,229
Median		8,00	8,00	8,00	9,00	9,00	10,00
Mode		9	9	9	9	9	10
Std. Deviation		1,288	1,152	1,118	,957	,917	1,145
Variance		1,660	1,327	1,250	,917	,840	1,310
Minimum		6	5	6	6	6	5
Maximum		10	10	10	10	10	10
Sum		198	202	200	215	214	233
Percentiles	25	7,00	7,00	7,00	8,00	8,00	9,00
	50	8,00	8,00	8,00	9,00	9,00	10,00
	75	9,00	9,00	9,00	9,00	9,00	10,00

Tabla 88. Resumen de medidas de tendencia central y de dispersión. Ronda 2 del cuestionario Delphi España. Elaboración propia.

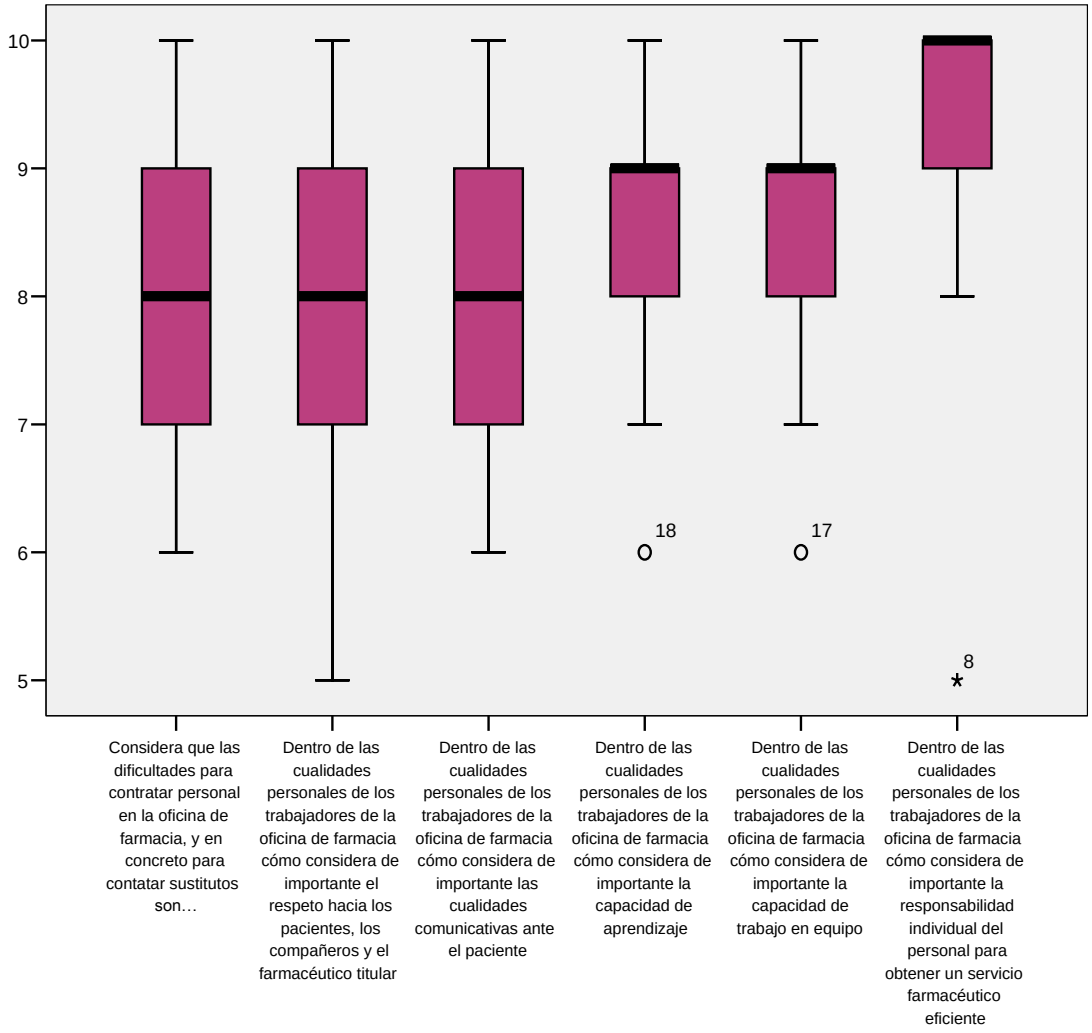


Gráfico 78. Boxplot o diagrama de caja. Respuestas Ronda 2 del cuestionario Delphi España.

La tabla 88 ofrece de manera estructurada un resumen de las medidas de frecuencia más importantes analizadas en este estudio. El gráfico 78 muestra que todas las preguntas obtuvieron respuestas con una mediana superior a 8, por tanto los "expertos" consideraron importantes o muy importantes todos los ítems por los que fueron preguntados. Además, en todas las preguntas el Q3 (percentil 75) superó el 9. Las distribuciones de las respuestas fueron características para cada una de las preguntas, como se detallará más adelante en los gráficos de frecuencia por porcentaje de las respuestas.

PREGUNTA 1: CONSIDERA QUE LAS DIFICULTADES PARA CONTARTAR PERSONAL EN LA OFICINA DE FARMACIA, Y EN CONCRETO PARA CONTRATAR SUSTITUTOS SON:

La media obtenida en las respuestas dadas por los expertos a la pregunta 1 fue 7,92, con una desviación estándar de1,288, siendo el valor mínimo dado por los expertos a esta cuestión el 6 y el máximo el 10. La mediana se encuentra en 8 y el percentil 75 en 9.

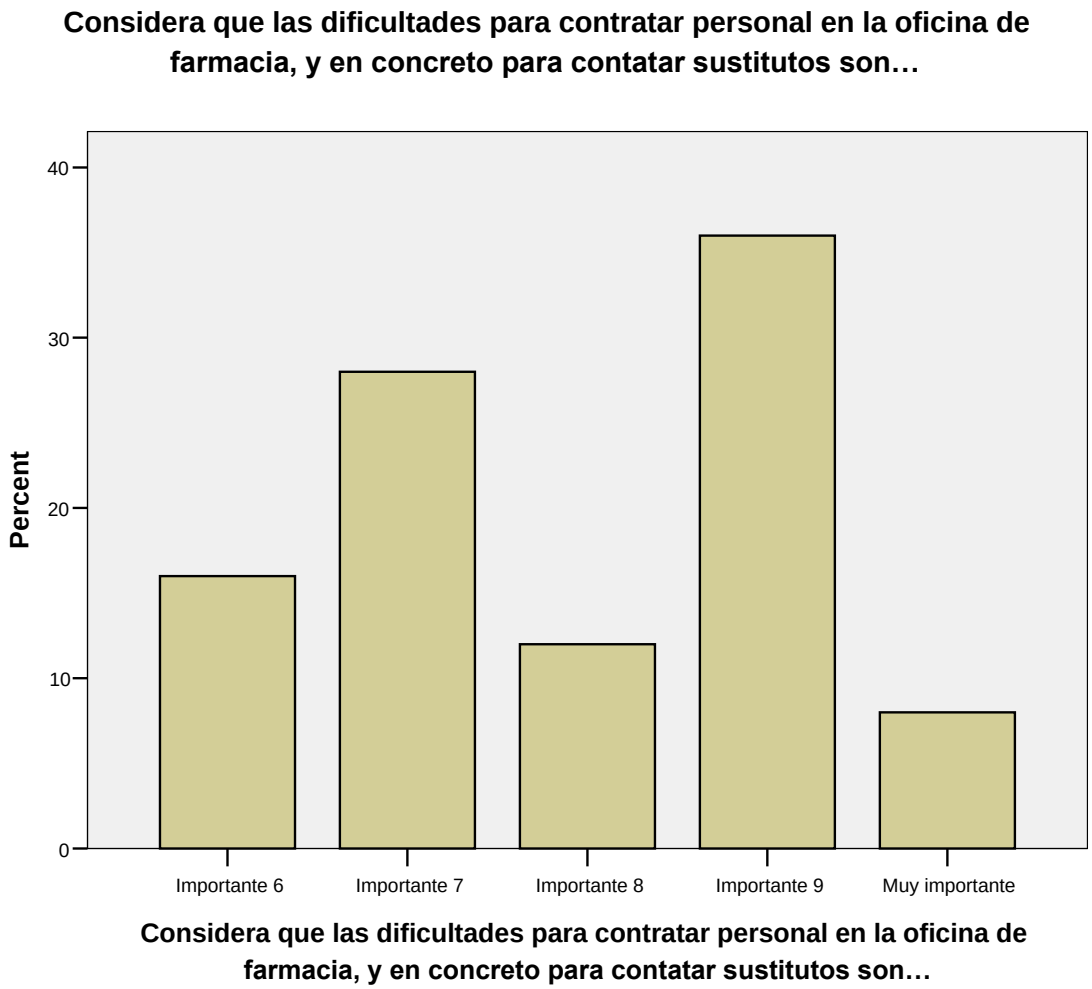


Gráfico 79. Distribución de porcentaje de respuestas en la pregunta 1. Ronda 2 del cuestionario Delphi España.

La mayoría de los expertos, un 92% de los encuestados, consideró que la pregunta 1 era importante con distintos grados de importancia (6-9), frente al 8% de los expertos que consideró que era muy importante.

PREGUNTA 2: DENTRO DE LAS CUALIDADES PERSONALES DE LOS TRABAJADORES DE LA OFICINA DE FARMACIA CÓMO CONSIDERA DE IMPORTANTE EL RESPETO HACIA LOS PACIENTES, LOS COMPAÑEROS Y EL FARMACÉUTICO TITULAR:

La media obtenida en las respuestas dadas por los expertos a la pregunta 2 fue 8,02, con una desviación estándar de 1,52, siendo el valor mínimo dado por los expertos a esta cuestión el 5 y el máximo el 10. La mediana se encuentra en 8 y el percentil 75 en 9.

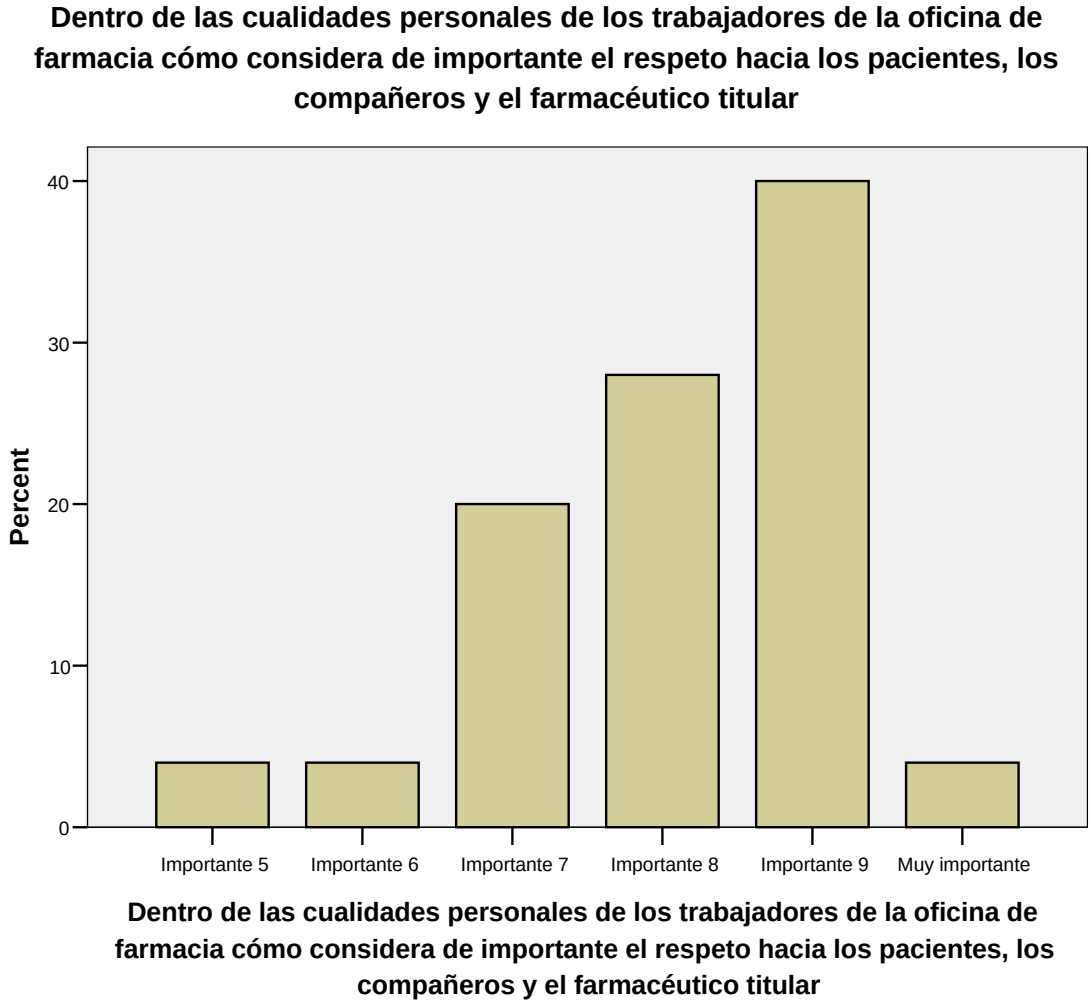


Gráfico 80. Distribución de porcentaje de respuestas en la pregunta 2. Ronda 2 del cuestionario Delphi España.

La mayoría de los expertos, un 96% de los encuestados, consideró que la pregunta 2 era importante con distintos grados de importancia (5-9).

PREGUNTA 3: DENTRO DE LAS CUALIDADES PERSONALES DE LOS TRABAJADORES DE LA OFICINA DE FARMACIA CÓMO CONSIDERA DE IMPORTANTE LAS CUALIDADES COMUNICATIVAS ANTE EL PACIENTE:

La media obtenida en las respuestas dadas por los expertos a la pregunta 3 fue 8,00, con una desviación estándar de 1,118, siendo el valor mínimo dado por los expertos a esta cuestión el 6 y el máximo el 10. La mediana se encuentra en 8 y el percentil 75 en 9.

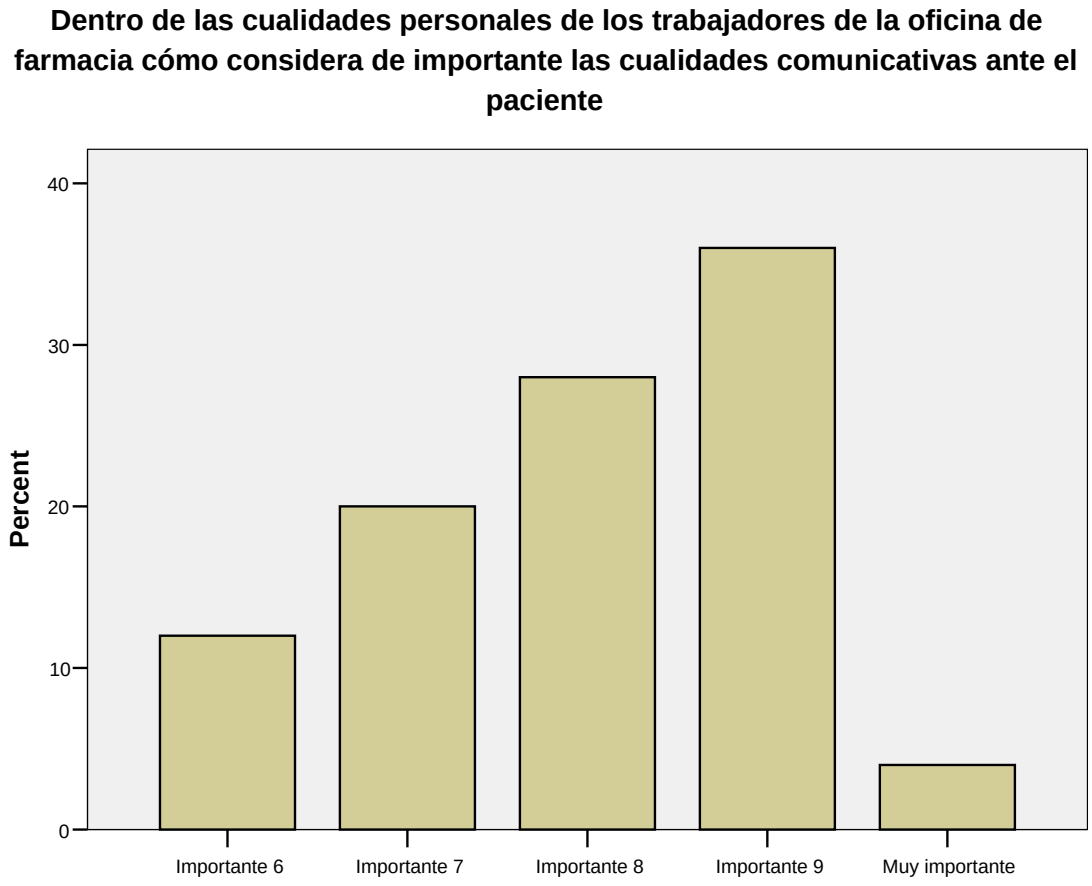


Gráfico 81. Distribución de porcentaje de respuestas en la pregunta3. Ronda 2 del cuestionario Delphi España.

La mayoría de los expertos, un 96% de los encuestados, consideró que la pregunta 3 era importante con distintos grados de importancia (5-9), frente al 4% de los expertos que consideró que muy importante.

PREGUNTA 4: DENTRO DE LAS CUALIDADES PERSONALES DE LOS TRABAJADORES DE LA OFICINA DE FARMACIA CÓMO CONSIDERA DE IMPORTANTE LA CAPACIDAD DE APRENDIZAJE:

La media obtenida en las respuestas dadas por los expertos a la pregunta 4 fue 8,60, con una desviación estándar de 0,917, siendo el valor mínimo dado por los expertos a esta cuestión el 6 y el máximo el 10. La mediana se encuentra en 9 y el percentil 75 en 9.

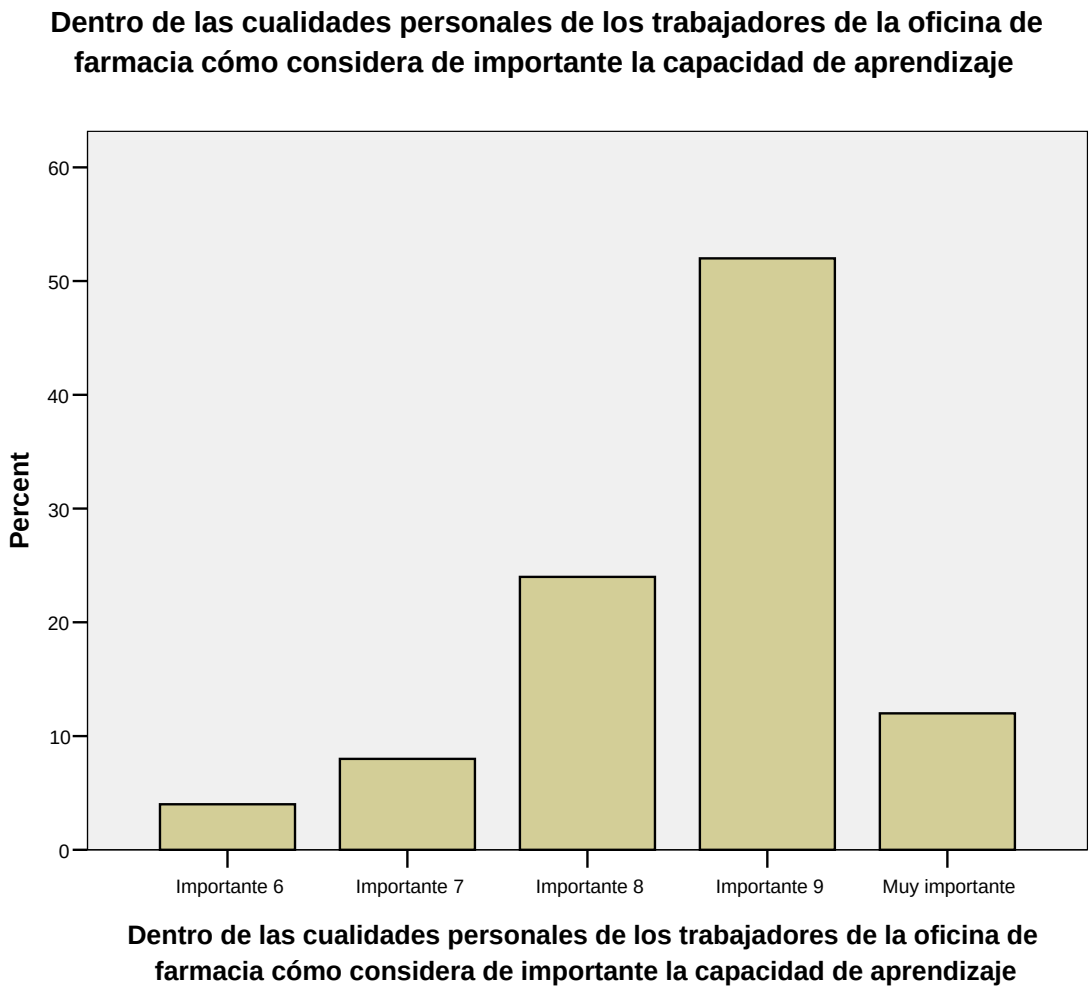


Gráfico 82. Distribución de porcentaje de respuestas en la pregunta 4. Ronda 2 del cuestionario Delphi España.

La mayoría de los expertos, un 88% de los encuestados, consideró que la pregunta 4 era importante con distintos grados de importancia (6-10), frente al 12% de los expertos que consideró que era muy importante.

PREGUNTA 5: DENTRO DE LAS CUALIDADES PERSONALES DE LOS TRABAJADORES DE LA OFICINA DE FARMACIA CÓMO CONSIDERA DE IMPORTANTE LA CAPACIDAD DE TRABAJO EN EQUIPO:

La media obtenida en las respuestas dadas por los expertos a la pregunta 5 fue 8,56, con una desviación estándar de 0,917, siendo el valor mínimo dado por los expertos a esta cuestión el 6 y el máximo el 10. La mediana se encuentra en 9 y el percentil 75 en 9.

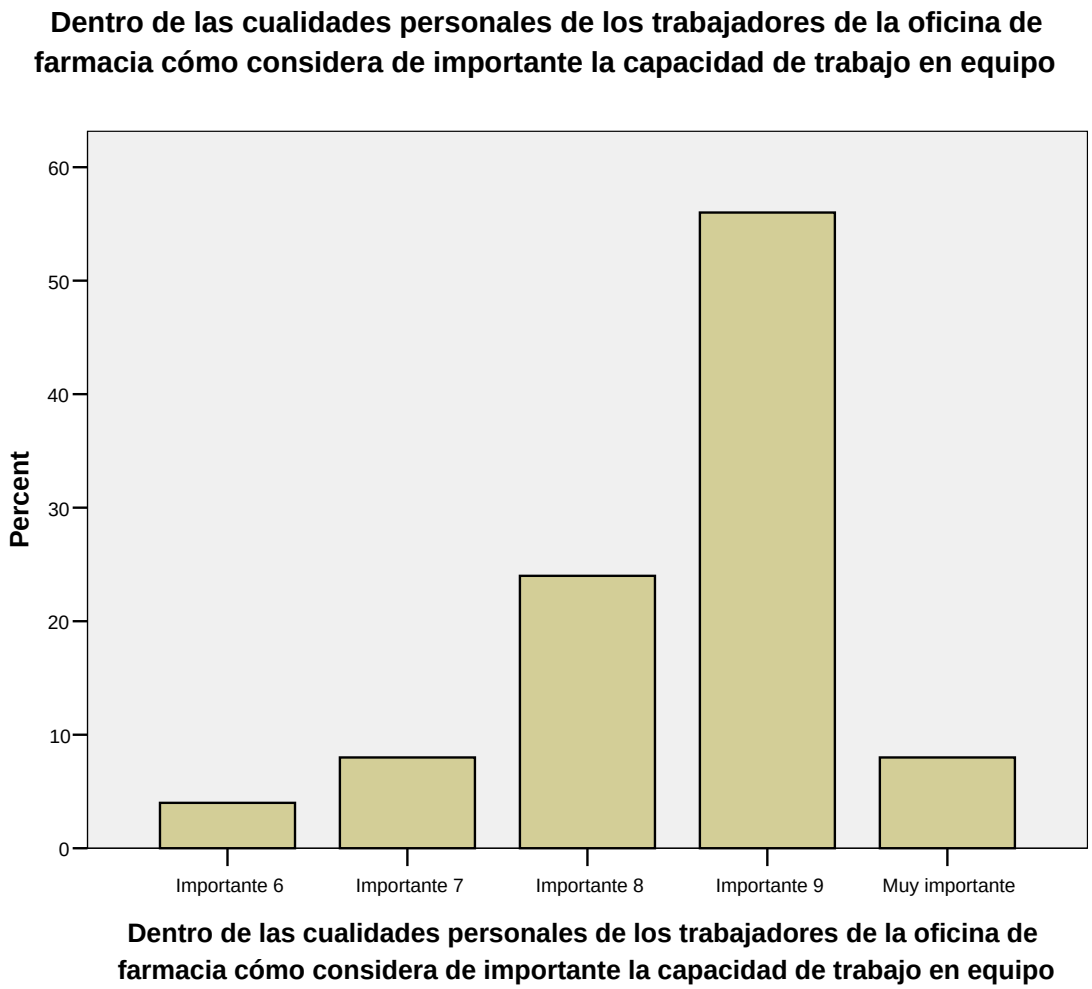


Gráfico 83. Distribución de porcentaje de respuestas en la pregunta 5. Ronda 2 del cuestionario Delphi España.

La mayoría de los expertos, un 56% de los encuestados, consideró que la pregunta 5 era importante en grado 9, hecho llamativo. El 8% de los expertos consideró que era muy importante.

PREGUNTA 6: DENTRO DE LAS CUALIDADES PERSONALES DE LOS TRABAJADORES DE LA OFICINA DE FARMACIA CÓMO CONSIDERA DE IMPORTANTE LA RESPONSABILIDAD INDIVIDUAL DEL PERSONAL PARA OBTENER UN SERVICIO FARMACÉUTICO EFICIENTE:

La media obtenida en las respuestas dadas por los expertos a la pregunta 6 fue 9,32 con una desviación estándar de 1,145, siendo el valor mínimo dado por los expertos a esta cuestión el 5 y el máximo el 10. La mediana se encuentra en 10 y el percentil 75 en 10.

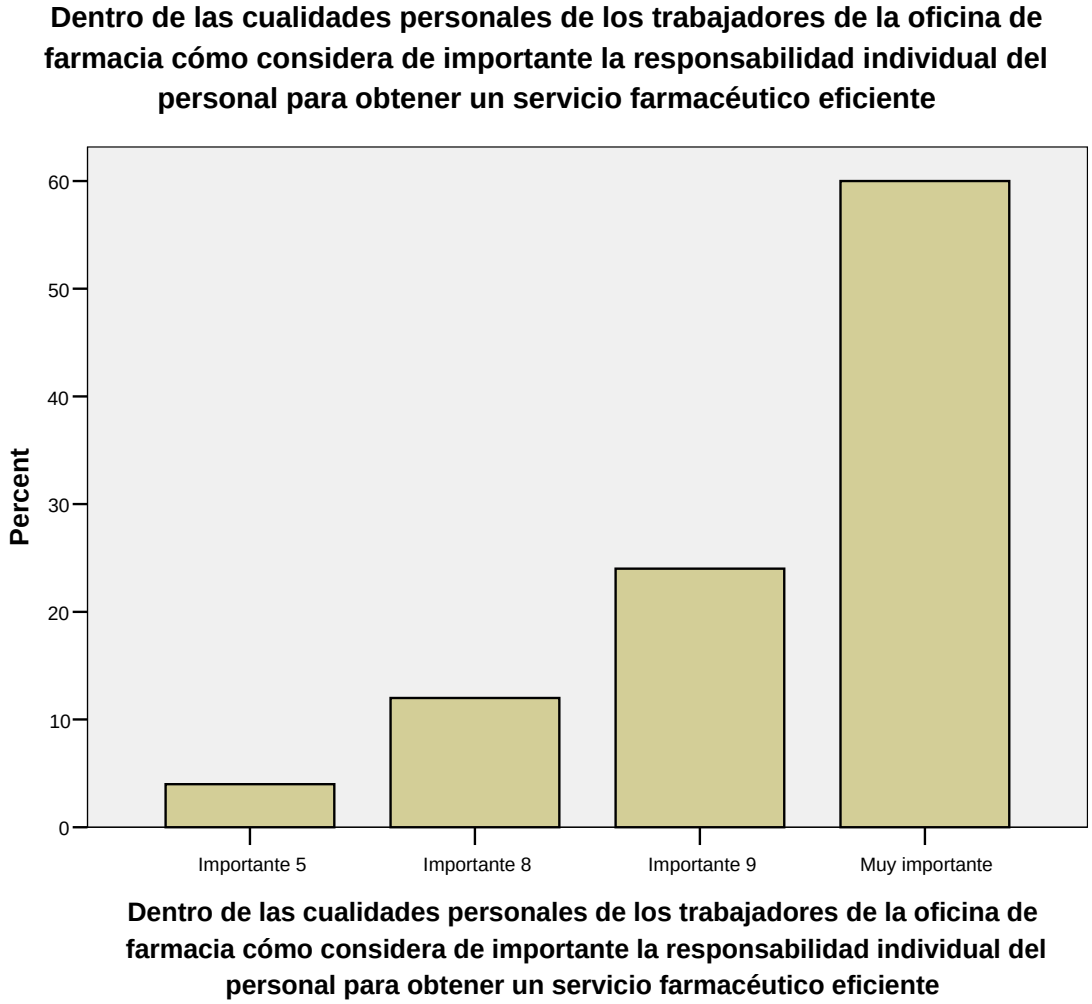


Gráfico 84. Distribución de porcentaje de respuestas en la pregunta 6. Ronda 2 del cuestionario Delphi España.

La mayoría de los expertos, un 60% de los encuestados, consideró que la pregunta 6 era muy importante.

1. Considera que las dificultades para contratar personal en la farmacia, y en concreto para contratar sustitutos son…
2. Dentro de las cualidades personales de los trabajadores de la farmacia cómo considera de importante el respeto hacia los pacientes, los compañeros y el farmacéutico titular
3. Dentro de las cualidades personales de los trabajadores de la farmacia cómo considera de importante las cualidades comunicativas ante el paciente
4. Dentro de las cualidades personales de los trabajadores de la farmacia cómo considera de importante la capacidad de aprendizaje
5. Dentro de las cualidades personales de los trabajadores de la farmacia cómo considera de importante la capacidad de trabajo en equipo
6. Dentro de las cualidades personales de los trabajadores de la farmacia cómo considera de importante la responsabilidad individual del personal para obtener un servicio farmacéutico eficiente

Tabla 89. Preguntas que obtuvieron mayor puntuación en la Ronda 2 Delphi España. Elaboración propia.

En la tabla 89 se marcan en color amarillo las 3 preguntas que obtuvieron mayor puntuación media de los expertos y además, coincide que, obtuvieron la media de puntuación más alta junto con una menor desviación estándar y una menor diferencia intercuartilica entre Q2 y Q3.

Con respecto a la primera ronda Delphi, estas preguntas aumentaron la puntuación media y redujeron el espacio intercuartílico. La desviación estándar también se redujo con respecto a la primera ronda. Los valores mínimos y máximos de puntuación experimentaron un ligero aumento.

	P101	P102	P103	P104	P105	P106	D107	P108	P109	P110	P111
Primera ronda	7,64	7,96	6,56	5,84	7,88	7,92	8,36	5,60	6,64	8,36	9,08
	P201		**P202**		**P203**	**P204**				**P205**	**P206**
Segunda Ronda	7,92		8,02		8,00	8,60				8,56	9,32

Tabla 90. Comparativa de las puntuaciones medias obtenidas en la Ronda 1 Delphi España y Ronda 2 Delphi España.

Como se puede observar en la tabla 90, **hay una clara evolución en las puntuaciones medias en la segunda Ronda Delphi España, decantándose los expertos por las cualidades personales o personal skills: capacidad de aprendizaje, capacidad de trabajo en equipo y responsabilidad como ítems que podrían condicionar los futuros escenarios de contratación laboral en España. Se valoran las cualidades personales**

por encima de la formación teórica, práctica o el conocimiento normativo y se prefieren las cualidades personales antes de la preocupación por cubrir un puesto vacante de cualquier forma. Estos argumentos se encuentran en línea con lo que ya proponía la OMS en el año 1997 en el informe de su grupo consultivo sobre la "Preparación del Farmacéutico del Futuro" cuando se identificaron las que deberían considerarse como las expectativas mínimas y esenciales del farmacéutico en los sistemas sanitarios a nivel mundial. En concreto, el papel del farmacéutico como estudiante de por vida, como gestor y como líder.

VII.6.2.2.ITALIA

Debido a la necesidad de homogenizar el proceso de recogida de información en todos los países participantes para poder analizar las respuestas de manera global, se diseñó un estudio Delphi donde se evitaron las reuniones presenciales, método que se apoyaba en los resultados obtenidos en el estudio piloto realizado en España.

Al igual que en el diseño realizado para España, se lanzaron dos rondas de consultas a todos los expertos con el fin de disminuir la dispersión de las opiniones y precisar la opinión media consensuada. Además, se remitió y se hizo participes de la información obtenida a todos aquellos que colaboraron en el estudio con el fin de consolidar y refrendar los resultados obtenidos en la consulta inicial.

Se envió un primer mail informativo (en italiano) con el cual se requería la colaboración en el estudio del "experto" seleccionado, donde se podía acceder directamente a través de un link on-line a la primera ronda de preguntas del Delphi. En este mail se adjuntaba una carta explicativa del tipo de colaboración que se le solicitaba y un documento con información general del estudio (ambos en italiano). A diferencia del las rondas realizadas en España, no se realizó contacto telefónico con los "expertos" ni se les envió un primer mail de aceptación, pues esto hubiera ralentizado mucho el proceso (Ver Anexo XI).

La primera ronda Delphi tuvo lugar entre el 23 de Marzo de 2011 y el 3 de Abril de 2011. El cuestionario definitivo se envío a 157 "expertos" italianos, de los cuales no se había obtenido la aceptación de participación previa en el estudio, de ahí el alto número de participantes incluidos. Se detectaron errores en 28 mails de contacto con los expertos, por lo cual, sólo 129

"expertos" recibieron de manera correcta el primer mail en el que se les solicitaba su colaboración.

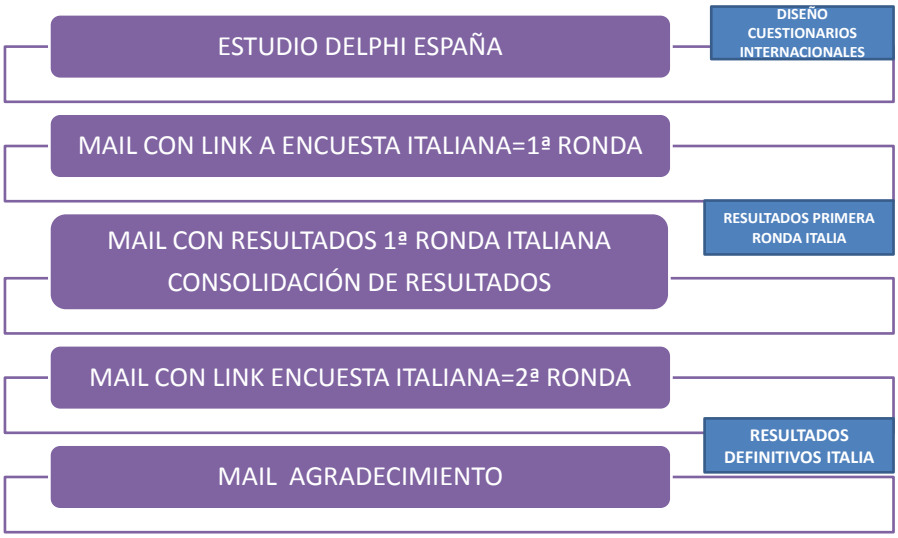


Diagrama 15. Diagrama de Flujo de desarrollo del estudio Delphi en Italia. Elaboración propia.

Para la realización del cuestionario definitivo se utilizó como base el cuestionario español. Se tradujo al italiano siguiendo los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud (400).

Método de Traducción del cuestionario:

Con el objeto de asegurar la mayor equivalencia de la traducción al italiano, se siguieron los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud:

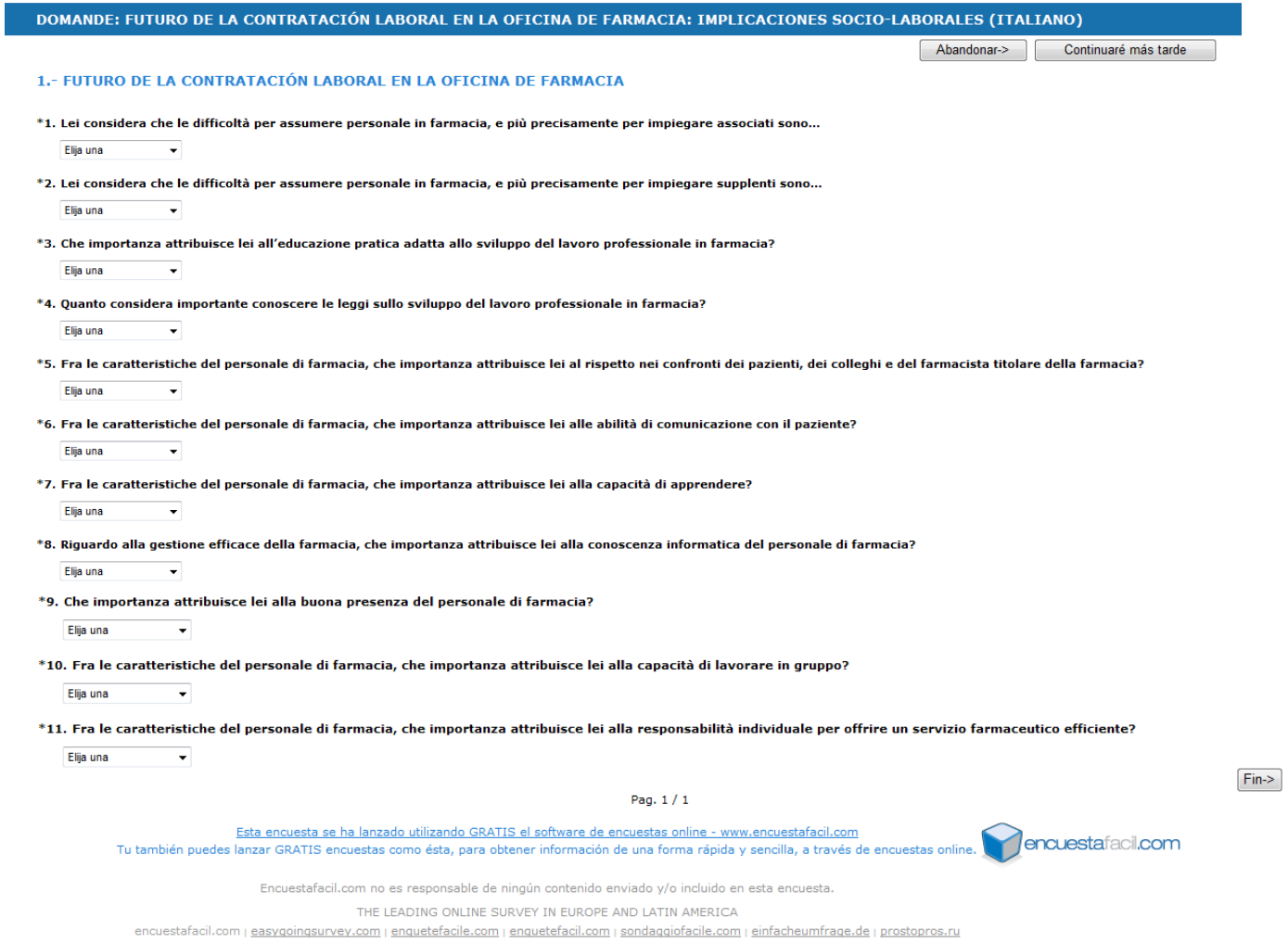
1. Un grupo bilingüe (tres expertos) revisó la estructura conceptual del instrumento en el idioma original (español) y aprobó su factibilidad para ser traducido.
2. El primer autor realizó la traducción al italiano.
3. El grupo bilingüe y un grupo monolingüe (tres expertos) revisaron la traducción. El grupo monolingüe propuso algunas modificaciones menores.
4. Un experto bilingüe tradujo al español la versión en italiano.
5. El grupo bilingüe revisó la traducción al español y finalmente consideró que la versión en italiano era equivalente a la original en español.

La traducción del cuestionario se realizó de forma desinteresada por parte de colaboradores externos, por este motivo expresamos nuestro sincero agradecimiento al grupo bilingüe (Santiago Martínez Brito, Cristina Martínez Brito y Paula Teruel Soria), al grupo monolingüe (Igor Bertuccio & Col.) y a Santiago Martínez Brito (traducción al italiano de la versión en español y de la documentación enviada a los expertos) por su colaboración en el proceso de traducción y equivalencia de las encuestas.

Se utilizó un cuestionario electrónico accesible on-line en la página www.encuestafacil.com, que permitió a los "expertos" acceder al cuestionario de manera automática clicando en el link contenido en el mail enviado por el investigador, vinculo que, por un lado, garantizaba el anonimato del "experto" y por otro, recogía de manera automática las respuestas: http://www.encuestafacil.com/RespWeb/Qn.aspx?EID=956995 [404]. Al clicar en el vínculo, los "expertos" se encontraban con una página web sencilla y cómoda de usar, que en menos de 5 minutos, permitía completar de manera satisfactoria la encuesta en su propio idioma: italiano. Todas las preguntas debían ser respondidas para que finalizase el cuestionario y se registraran las respuestas.

A continuación, se muestra una imagen del formato que presentaba la encuesta recibida por los "expertos" italianos.

[404] Actualmente este cuestionario se encuentra cerrado al público y no se puede acceder on-line.



DOMANDE: FUTURO DE LA CONTRATACIÓN LABORAL EN LA OFICINA DE FARMACIA: IMPLICACIONES SOCIO-LABORALES (ITALIANO)

Abandonar-> Continuaré más tarde

1.- FUTURO DE LA CONTRATACIÓN LABORAL EN LA OFICINA DE FARMACIA

*1. Lei considera che le difficoltà per assumere personale in farmacia, e più precisamente per impiegare associati sono...
Elija una

*2. Lei considera che le difficoltà per assumere personale in farmacia, e più precisamente per impiegare supplenti sono...
Elija una

*3. Che importanza attribuisce lei all'educazione pratica adatta allo sviluppo del lavoro professionale in farmacia?
Elija una

*4. Quanto considera importante conoscere le leggi sullo sviluppo del lavoro professionale in farmacia?
Elija una

*5. Fra le caratteristiche del personale di farmacia, che importanza attribuisce lei al rispetto nei confronti dei pazienti, dei colleghi e del farmacista titolare della farmacia?
Elija una

*6. Fra le caratteristiche del personale di farmacia, che importanza attribuisce lei alle abilità di comunicazione con il paziente?
Elija una

*7. Fra le caratteristiche del personale di farmacia, che importanza attribuisce lei alla capacità di apprendere?
Elija una

*8. Riguardo alla gestione efficace della farmacia, che importanza attribuisce lei alla conoscenza informatica del personale di farmacia?
Elija una

*9. Che importanza attribuisce lei alla buona presenza del personale di farmacia?
Elija una

*10. Fra le caratteristiche del personale di farmacia, che importanza attribuisce lei alla capacità di lavorare in gruppo?
Elija una

*11. Fra le caratteristiche del personale di farmacia, che importanza attribuisce lei alla responsabilità individuale per offrire un servizio farmaceutico efficiente?
Elija una

Fin->

Pag. 1 / 1

Esta encuesta se ha lanzado utilizando GRATIS el software de encuestas online - www.encuestafacil.com
Tu también puedes lanzar GRATIS encuestas como ésta, para obtener información de una forma rápida y sencilla, a través de encuestas online. encuestafacil.com

Encuestafacil.com no es responsable de ningún contenido enviado y/o incluido en esta encuesta.

THE LEADING ONLINE SURVEY IN EUROPE AND LATIN AMERICA
encuestafacil.com | easygoingsurvey.com | enquetefacile.com | enquetefacil.com | sondaggiofacile.com | einfacheumfrage.de | prostopros.ru

Documento 9. Encuesta on-line en italiano. Ronda 1 Delphi Italia.

Al igual que en el cuestionario español, el propio vínculo a la encuesta registraba on-line las respuestas dadas por los "expertos" a las preguntas del cuestionario sobre el futuro de la contratación laboral en la oficina de farmacia italiana. Estas respuestas podían ser explotadas on-line o exportadas en formato Excel para un análisis más completo. El programa estaba configurado para que cada "experto" pudiera contestar una única vez a las preguntas del cuestionario, si intentaba acceder de nuevo la página le bloquearía el paso.

Se optó por la creación de una base de datos específica para el estudio en formato Excel, al igual que las realizadas para la tormenta de ideas. Se exportaron los datos recogidos en la página web www.encuestafacil.com vinculados a la encuesta titulada "Futuro de la contratación laboral en la oficina de farmacia: implicaciones socio-laborales en Italia" a una base de datos denominada RESULTADOS DELPHI PRIMERA RONDA ITALIA y se procedió a la grabación de los datos. La creación de una base de datos informatizada que incluyera los resultados de la encuesta facilitó la exportación de los datos, una vez tratados, a otros programas informáticos de análisis estadístico como es el SPSS 13.0, lo cual permitió llevar a cabo un análisis estadístico más completo de los datos.

Las preguntas del cuestionario siguieron el mismo código alfanumérico establecido para codificar el cuestionario español. Se eligió la letra D, indicadora de pregunta (Domanda), y tres números, el primero indicaba el número de ronda del estudio Delphi en la que se realizaba esta pregunta y los dos siguientes el orden en que se hacía la pregunta, iniciándose el contador en 01. El resultado final fue: D101, D102, D103,… hasta D111, tal y como se puede observar en la tabla 91.

PREGUNTA	CÓDIGO
1.Lei considera che le difficoltà per assumere personale in farmacia, e più precisamente per impiegare associati sono...	D101
2. Lei considera che le difficoltà per assumere personale in farmacia, e più precisamente per impiegare supplenti sono...	D102
3. Che importanza attribuisce lei all'educazione pratica adatta allo sviluppo del lavoro professionale in farmacia?	D103
4. Quanto considera importante conoscere le leggi sullo sviluppo del lavoro professionale in farmacia?	D104
5. Fra le caratteristiche del personale di farmacia, che importanza attribuisce lei al rispetto nei confronti dei pazienti, dei colleghi e del farmacista titolare della farmacia?	D105
6. Fra le caratteristiche del personale di farmacia, che importanza attribuisce lei alle abilità di comunicazione con il paziente?	D106
7. Fra le caratteristiche del personale di farmacia, che importanza attribuisce lei alla capacità di apprendere?	D107
8. Riguardo alla gestione efficace della farmacia, che importanza attribuisce lei alla conoscenza informatica del personale di farmacia?	D108
9. Che importanza attribuisce lei alla buona presenza del personale di farmacia?	D109
10. Fra le caratteristiche del personale di farmacia, che importanza attribuisce lei alla capacità di lavorare in gruppo?	D110
11. Fra le caratteristiche del personale di farmacia, che importanza attribuisce lei alla responsabilità individuale per offrire un servizio farmaceutico efficiente?	D111

Tabla 91. Codificación del cuestionario de la primera ronda Delphi: Italia. Elaboración propia.

Los "expertos" respondieron a las preguntas valorando de 1 a 10 en función de la importancia que tuviera para ellos cada uno de los temas que se les presentaron en lo referente al personal de la oficina de farmacia, considerando el 1 poco importante, el 5 importante y el 10 muy importante.

El número de respuestas obtenidas por parte de los expertos italiano fue muy bajo en relación con el número de solicitudes enviadas. Sólo 8 de las 129 demandas de colaboración fueron aceptadas por los expertos italianos (6,20 %). Este hecho condiciona la viabilidad del análisis del análisis comparativo entre los distintos países, por tanto la referencia internacional italiana será únicamente un referente a modo de "estudio piloto" sobre el que se profundizará en las causas de la baja tasa de respuestas y se propondrán estrategias para un futuro estudio de condición similar en el que se solvente la problemática acontecida.

De todos estos datos se realizó un análisis completo. Se utilizaron medidas de tendencia central y de dispersión como la **media, la mediana, la moda, el máximo, el mínimo y la desviación típica** (Ver tabla 92). La media, la mediana y la moda indicaron la tendencia central de las respuestas dadas por los expertos italianos. El máximo y el mínimo indican las respuestas extremas. La desviación típica señala el grado de dispersión en las respuestas (si más o menos los expertos se hallan en torno a las cifras de la media o no)**.** Los cuartiles y percentiles indican también grado de dispersión de las respuestas.

		D101	D102	D103	D104	D105	D106	D107	D108	D109	D110	D111
		Lei considera che le difficoltà per assumere personale in farmacia, e più precisamente per impiegare associati sono...	Lei considera che le difficoltà per assumere personale in farmacia, e più precisamente per impiegare supplenti sono...	Che importanza attribuisce lei all'educazione pratica adatta allo sviluppo del lavoro professionale in farmacia?	Quanto considera importante conoscere le leggi sullo sviluppo del lavoro professionale in farmacia?	Fra le caratteristiche del personale di farmacia, che importanza attribuisce lei al rispetto nei confronti dei pazienti, dei colleghi e del farmacista titolare della farmacia?	Fra le caratteristiche del personale di farmacia, che importanza attribuisce lei alle abilità di comunicazione con il paziente?	Fra le caratteristiche del personale di farmacia, che importanza attribuisce lei alla capacità di apprendere?	Riguardo alla gestione efficace della farmacia, che importanza attribuisce lei alla conoscenza informatica del personale di farmacia?	Che importanza attribuisce lei alla buona presenza del personale di farmacia?	Fra le caratteristiche del personale di farmacia, che importanza attribuisce lei alla capacità di lavorare in gruppo?	Fra le caratteristiche del personale di farmacia, che importanza attribuisce lei alla responsabilità individuale per offrire un servizio farmaceutico efficiente?
N	Valid	8	8	8	8	8	8	7	7	7	7	7
Mean		8,13	6,88	7,88	6,88	8,50	8,13	6,57	5,71	5,57	7,43	7,14
Std. Error of Mean		,811	1,187	,875	,666	,655	,639	1,043	,892	,571	,782	,705
Median		9,00	7,00	9,00	8,00	9,00	8,50	5,00	5,00	5,00	7,00	7,00
Mode		10	5(a)	10	8	10	8(a)	5	4	5	5(a)	7
Std. Deviation		2,295	3,357	2,475	1,885	1,852	1,808	2,760	2,360	1,512	2,070	1,864
Variance		5,268	11,268	6,125	3,554	3,429	3,268	7,619	5,571	2,286	4,286	3,476
Minimum		4	1	5	4	5	5	3	4	5	5	5
Maximum		10	10	10	9	10	10	10	10	9	10	10
Sum		65	55	63	55	68	65	46	40	39	52	50
Percentiles	25	6,25	5,00	5,00	5,00	7,25	6,50	5,00	4,00	5,00	5,00	5,00
	50	9,00	7,00	9,00	8,00	9,00	8,50	5,00	5,00	5,00	7,00	7,00
	75	10,00	10,00	10,00	8,00	10,00	9,75	10,00	8,00	5,00	10,00	9,00

Tabla 92. Resumen de medidas de tendencia central y de dispersión. Ronda 1 del cuestionario Delphi Italia. Elaboración propia.

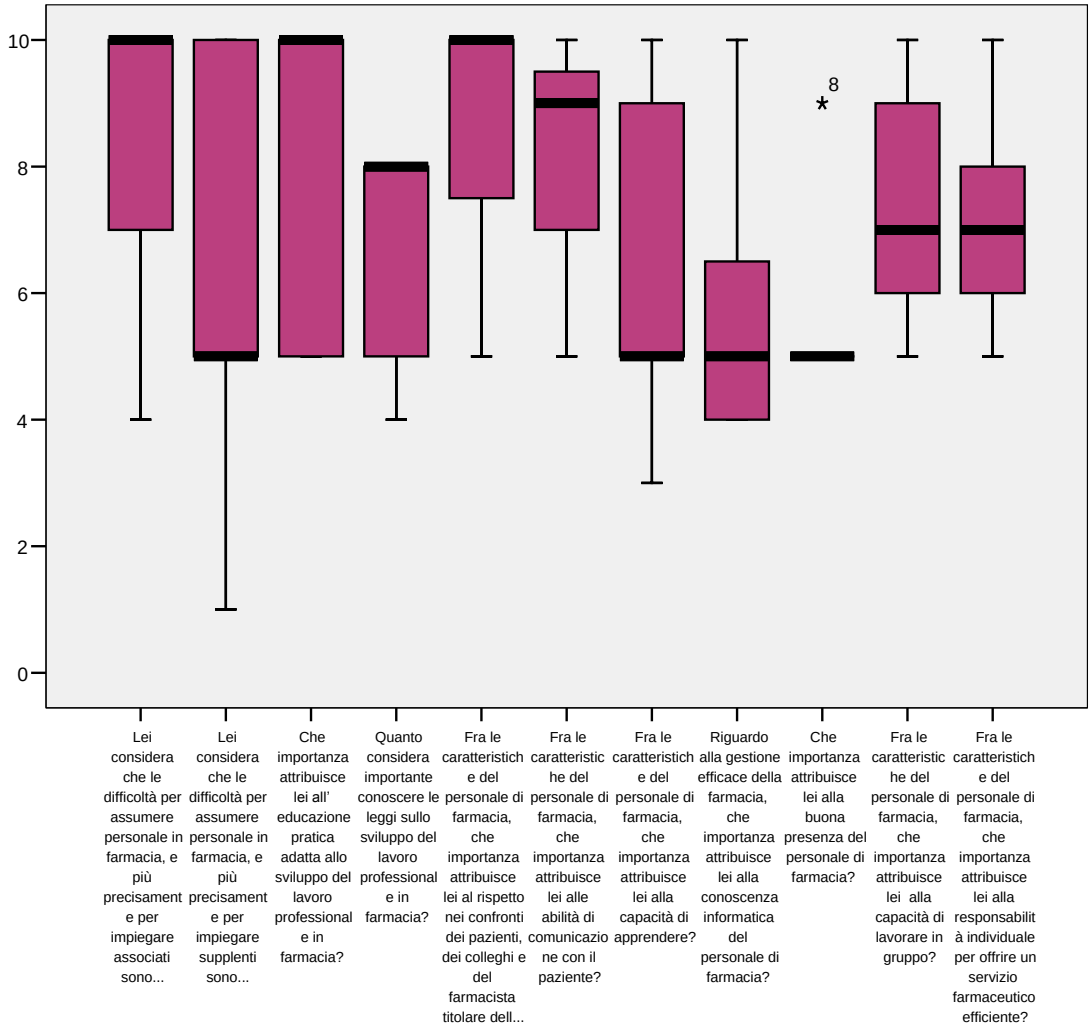


Gráfico 85. Boxplot o diagrama de caja. Respuestas Ronda 1 del cuestionario Delphi Italia.

La tabla 92 ofrece de manera estructurada un resumen de las medidas de frecuencia más importantes analizadas en este estudio.[405]

Un **diagrama de caja** o **gráfico boxplot** es un gráfico basado en cuartiles, mediante el cual se visualiza un conjunto de datos. El gráfico 85 representa un boxplot o diagrama de caja realizado con las respuestas de la primera ronda del cuestionario Delphi. Muestra que todas las preguntas obtuvieron respuestas con una mediana superior a 5, por tanto los "expertos" consideraron importantes todos los ítems por los que fueron preguntados. Las distribuciones de las respuestas fueron características para cada una de las preguntas, como se detallará más adelante en los gráficos de frecuencia por porcentaje de las respuestas.

[405] Se ha respetado el idioma original en que se realizó la encuesta tanto en las tablas como en los gráficos.

PREGUNTA 1: CONSIDERA QUE LAS DIFICULTADES PARA CONTARTAR PERSONAL EN LA OFICINA DE FARMACIA, Y EN CONCRETO PARA CONTRATAR ADJUNTOS SON:

La media obtenida en las respuestas dadas por los expertos a la pregunta 1 fue 8,13, con una desviación estándar de2,295, siendo el valor mínimo dado por los expertos a esta cuestión el 4 y el máximo el 10. La mediana se encuentra en 9 y el percentil 75 en 10.

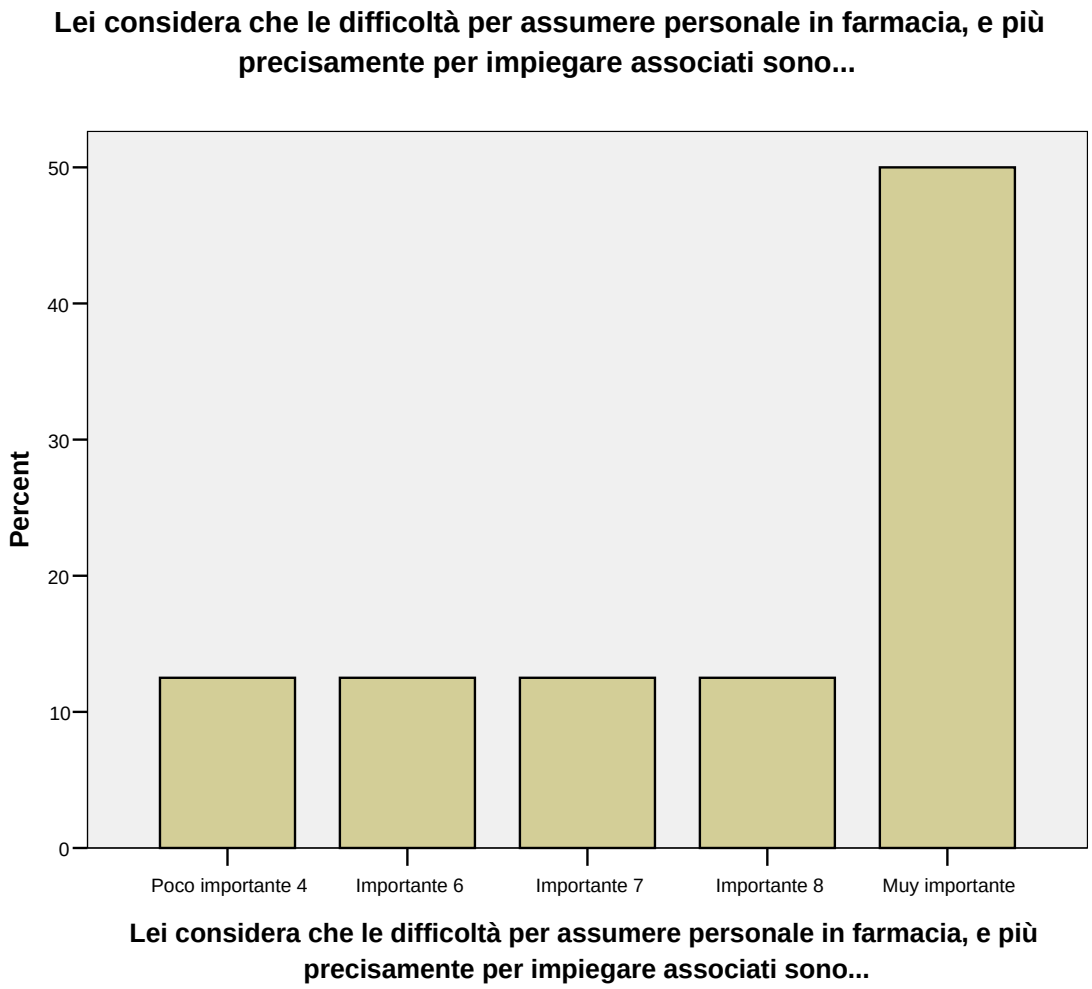


Gráfico 86. Distribución de porcentaje de respuestas en la pregunta 1. Ronda 1 del cuestionario Delphi Italia.

La mayoría de los expertos, un 50% de los encuestados, consideró que la pregunta 1 era muy importante, frente al 12% de los expertos que consideró que era poco importante.

PREGUNTA 2: CONSIDERA QUE LAS DIFICULTADES PARA CONTARTAR PERSONAL EN LA OFICINA DE FARMACIA, Y EN CONCRETO PARA CONTRATAR SUSTITUTOS SON:

La media obtenida en las respuestas dadas por los expertos a la pregunta 2 fue 6,88, con una desviación estándar de 3,357, siendo el valor mínimo dado por los expertos a esta cuestión el 1 y el máximo el 10. La mediana se encuentra en 7 y el percentil 75 en 10.

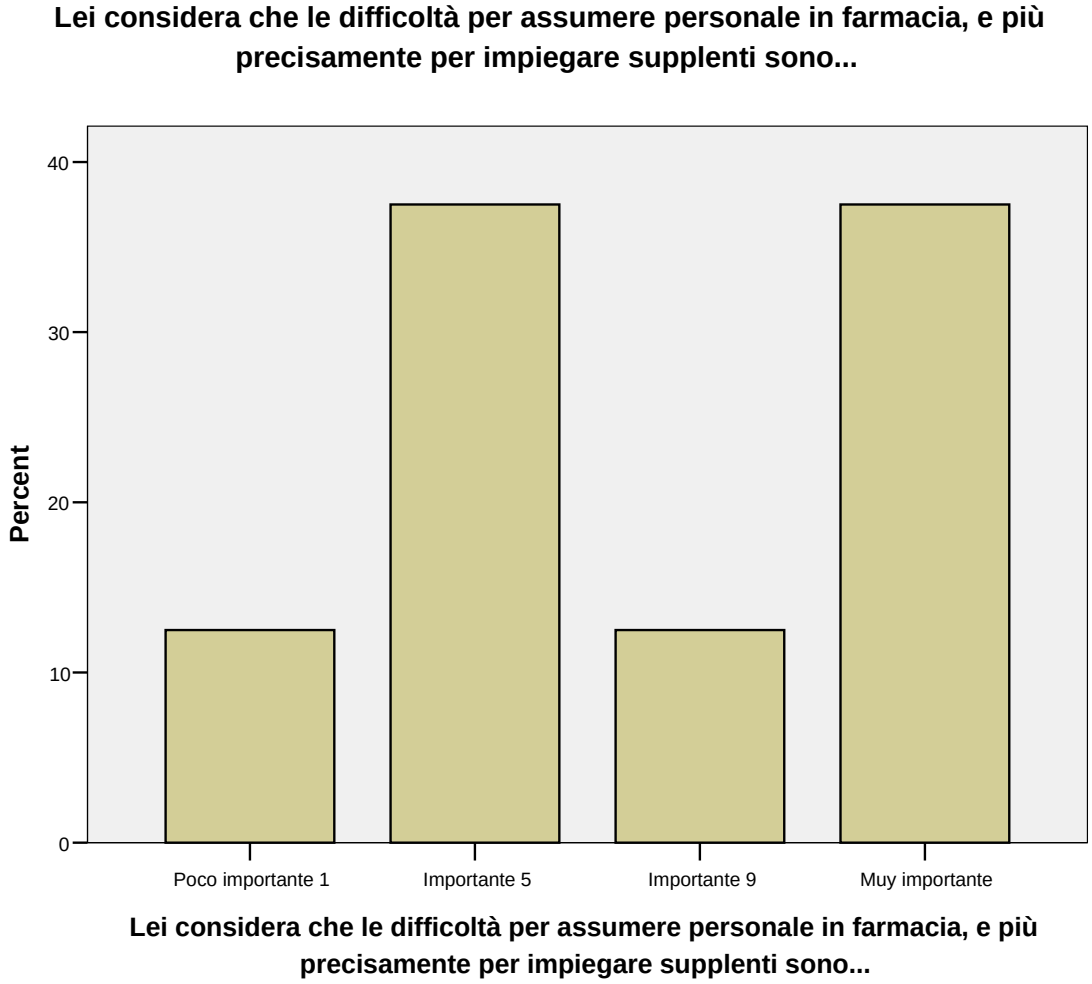


Gráfico 87. Distribución de porcentaje de respuestas en la pregunta 2. Ronda 1 del cuestionario Delphi Italia.

La mayoría de los expertos, un 36% de los encuestados, consideró que la pregunta 2 era muy importante, frente al 12% de los expertos que consideró que era poco importante.

PREGUNTA 3: CONSIDERA QUE ES DE IMPORTANCIA LA FORMACIÓN PRÁCTICA ADECUADA PARA EL DESARROLLO DE LAS LABORES PROFESIONALES EN LA FARMACIA:

La media obtenida en las respuestas dadas por los expertos a la pregunta 3 fue 7,88, con una desviación estándar de 2,475, siendo el valor mínimo dado por los expertos a esta cuestión el 5 y el máximo el 10. La mediana se encuentra en 9 y el percentil 75 en 10.

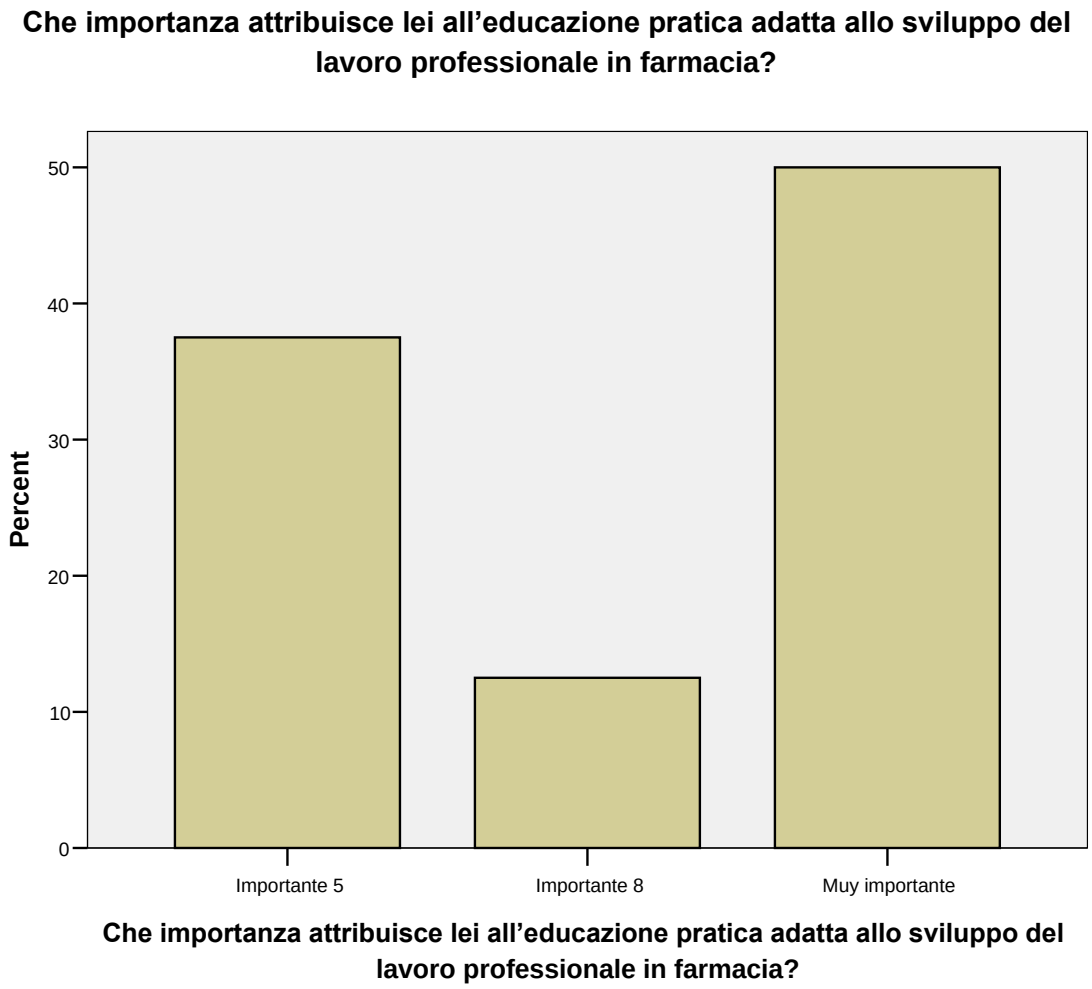


Gráfico 88. Distribución de porcentaje de respuestas en la pregunta 3. Ronda 1 del cuestionario Delphi Italia.

El 50% de los encuestados consideró que la pregunta 3 era muy importante, el otro 50% que era importante con distinto grado de importancia (5 y 8).

PREGUNTA 4: CÓMO CONSIDERA QUE ES DE IMPORTANTE EL CONOCIMIENTO DE LA NORMATIVA PARA EL DESARROLLO DEL EJERCICIO PROFESIONAL EN LA OFICINA DE FARMACIA:

La media obtenida en las respuestas dadas por los expertos a la pregunta 4 fue 6,88, con una desviación estándar de 1,885, siendo el valor mínimo dado por los expertos a esta cuestión el 4 y el máximo el 9. La mediana se encuentra en 8 y el percentil 75 en 8.

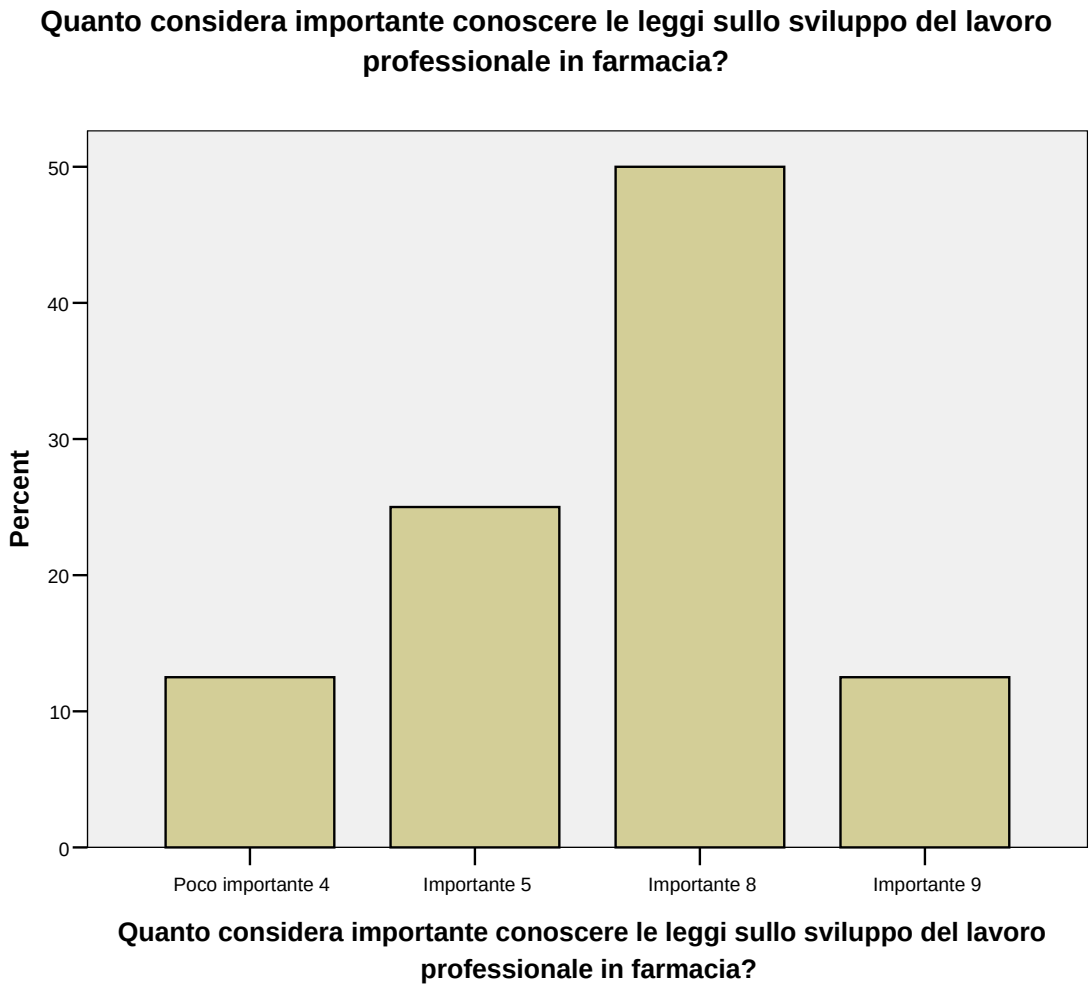


Gráfico 89. Distribución de porcentaje de respuestas en la pregunta 4. Ronda 1 del cuestionario Delphi Italia.

La mayoría de los expertos, un 88% de los encuestados, consideró que la pregunta 4 era importante en distintos grados de importancia (5-9) destacando la importancia de grado 8, frente al 12% de los expertos que consideró que era poco importante.

PREGUNTA 5: DENTRO DE LAS CUALIDADES PERSONALES DE LOS TRABAJADORES DE LA OFICINA DE FARMACIA CÓMO CONSIDERA DE IMPORTANTE EL RESPETO HACIA LOS PACIENTES, LOS COMPAÑEROS Y EL FARMACÉUTICO TITULAR:

La media obtenida en las respuestas dadas por los expertos a la pregunta 5 fue 8,50, con una desviación estándar de 1,885, siendo el valor mínimo dado por los expertos a esta cuestión el 5 y el máximo el 10. La mediana se encuentra en 9 y el percentil 75 en 10.

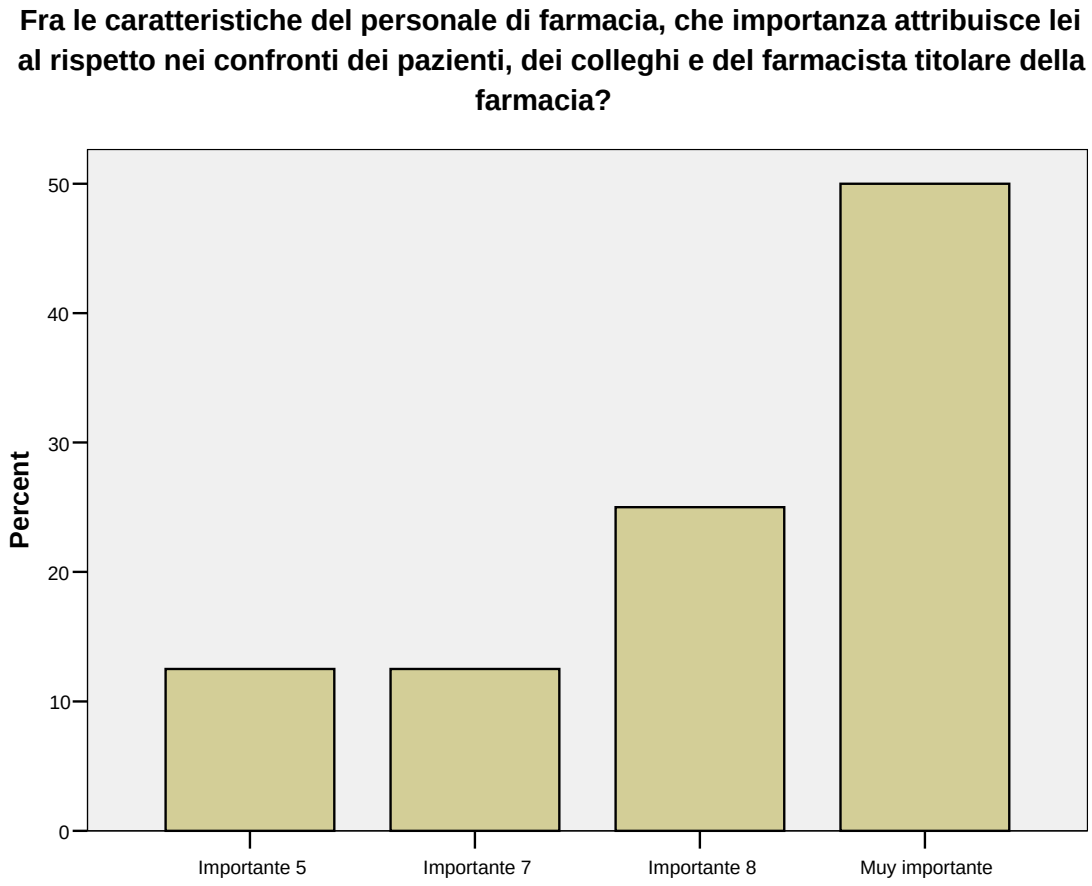


Gráfico 90. Distribución de porcentaje de respuestas en la pregunta 5. Ronda 1 del cuestionario Delphi Italia.

La mayoría de los expertos, un 50% de los encuestados, consideró que la pregunta 5 era muy importante.

PREGUNTA 6: DENTRO DE LAS CUALIDADES PERSONALES DE LOS TRABAJADORES DE LA OFICINA DE FARMACIA CÓMO CONSIDERA DE IMPORTANTE LAS CUALIDADES COMUNICATIVAS ANTE EL PACIENTE:

La media obtenida en las respuestas dadas por los expertos a la pregunta 6 fue 8,13, con una desviación estándar de 1,808, siendo el valor mínimo dado por los expertos a esta cuestión el 5 y el máximo el 10. La mediana se encuentra en 8,5 y el percentil 75 en 9,75.

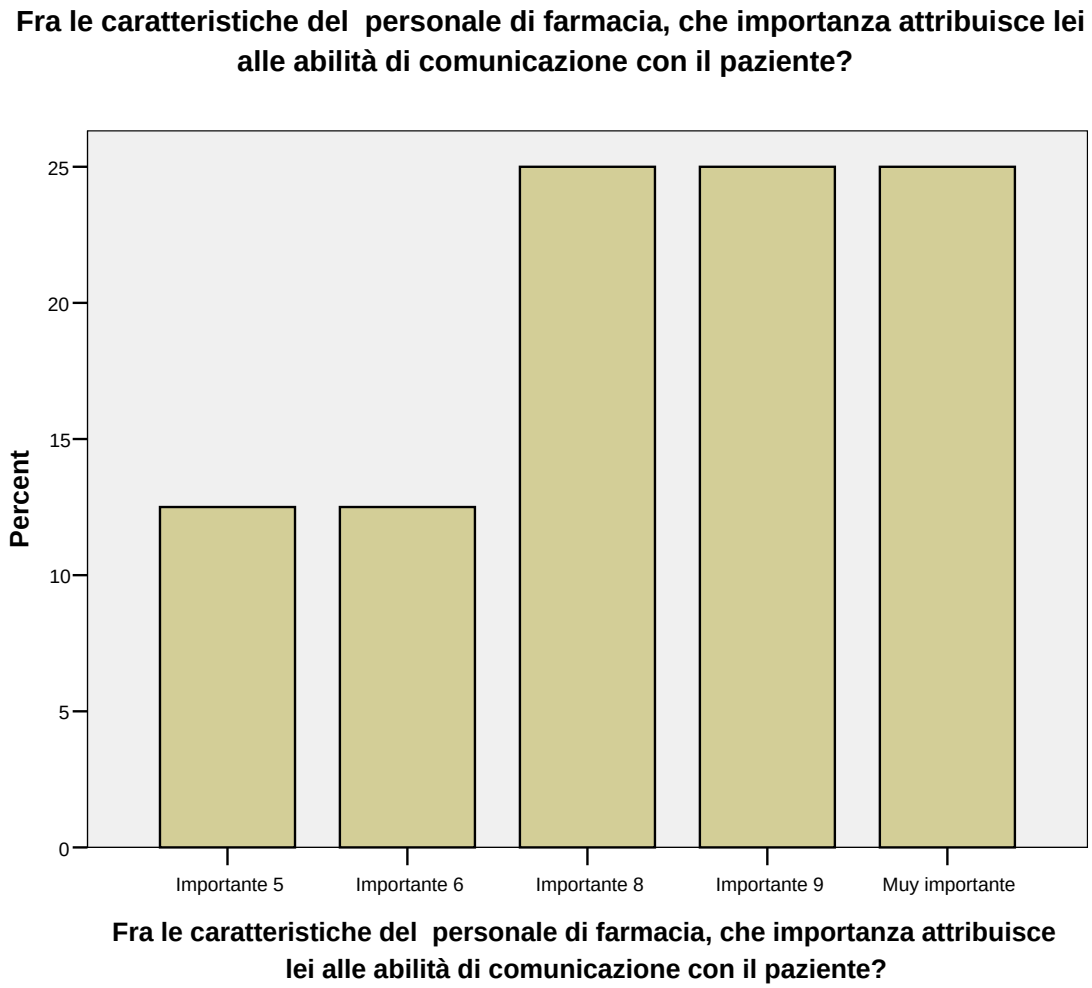


Gráfico 91. Distribución de porcentaje de respuestas en la pregunta 6. Ronda 1 del cuestionario Delphi Italia.

La mayoría de los expertos, un 75% de los encuestados, consideró que la pregunta 6 era importante con distintos grados de importancia (5-9), frente al 25% de los expertos que consideró que muy importante.

PREGUNTA 7: DENTRO DE LAS CUALIDADES PERSONALES DE LOS TRABAJADORES DE LA OFICINA DE FARMACIA CÓMO CONSIDERA DE IMPORTANTE LA CAPACIDAD DE APRENDIZAJE:

La media obtenida en las respuestas dadas por los expertos a la pregunta 7 fue 6,57, con una desviación estándar de 2,760, siendo el valor mínimo dado por los expertos a esta cuestión el 3 y el máximo el 10. La mediana se encuentra en 5 y el percentil 75 en 10.

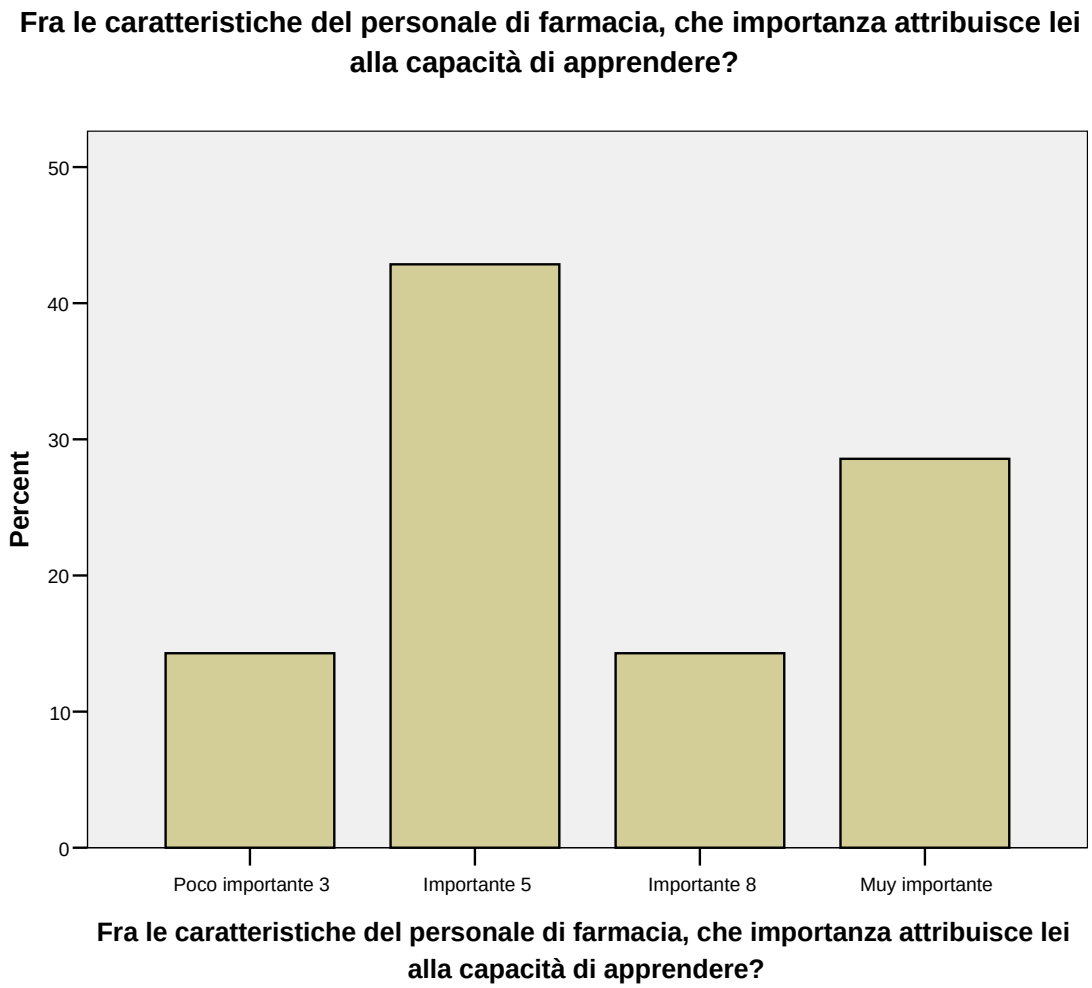


Gráfico 92. Distribución de porcentaje de respuestas en la pregunta 7. Ronda 1 del cuestionario Delphi Italia.

Un 28,6% de los encuestados, consideró que la pregunta 7 era muy importante, frente al 14,3% de los expertos que consideró que era poco importante.

PREGUNTA 8: COMO CONSIDERA DE IMPORTANTE EL CONOCIMIENTO DE LOS PROGRAMAS INFORMÁTICOS POR PARTE DEL PERSONAL PARA UNA GESTIÓN EFICAZ DE LA OFICINA DE FARMACIA:

La media obtenida en las respuestas dadas por los expertos a la pregunta 8 fue 5,71, con una desviación estándar de 2,360, siendo el valor mínimo dado por los expertos a esta cuestión el 4 y el máximo el 10. La mediana se encuentra en 5 y el percentil 75 en 8.

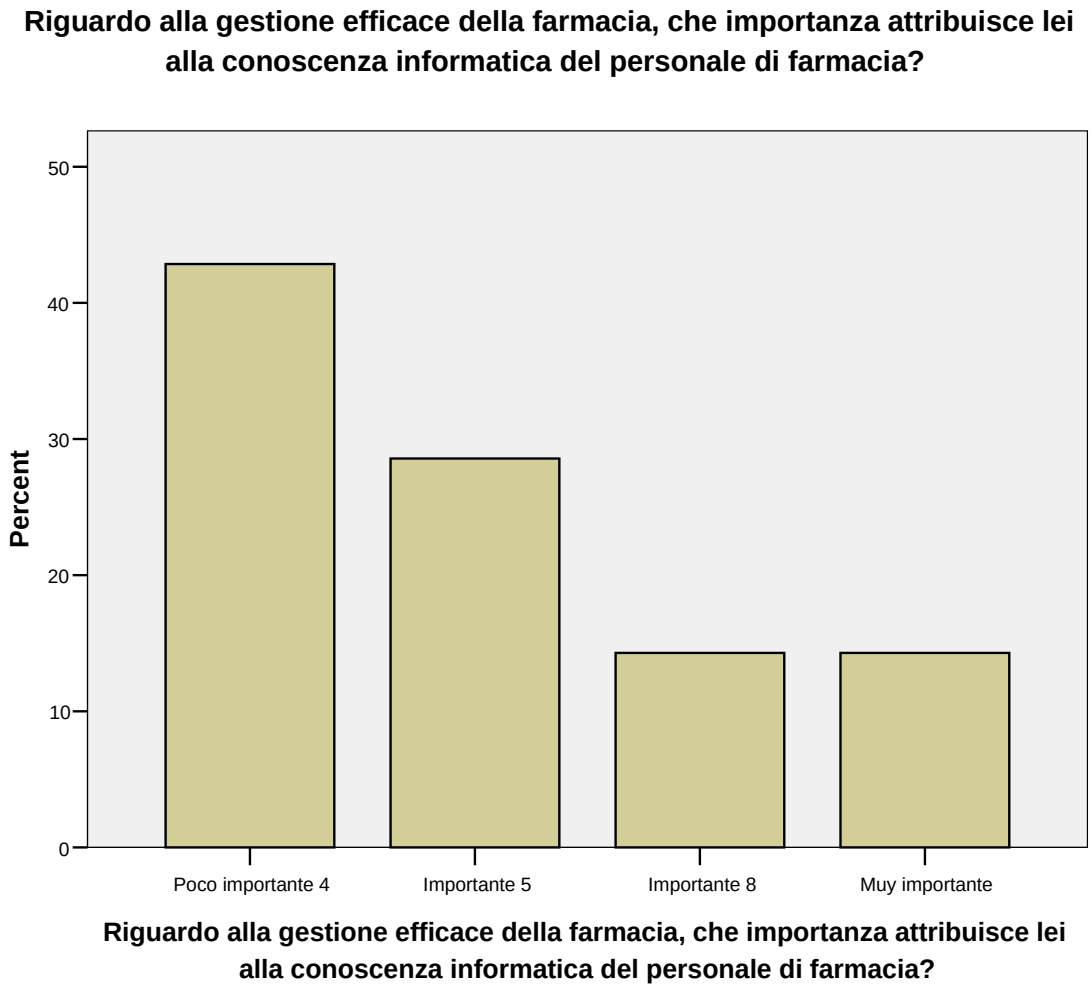


Gráfico 93. Distribución de porcentaje de respuestas en la pregunta 8. Ronda 1 del cuestionario Delphi Italia.

La mayoría de los expertos, un 42,9% de los encuestados, consideró que la pregunta 8 era poco importante. Es un hecho llamativo la baja percepción de este ítem por los expertos.

PREGUNTA 9: COMO CONSIDERA QUE ES DE IMPORTANTE UN ASPECTO FÍSICO CUIDADO DEL PERSONAL EN LA OFICINA DE FARMACIA:

La media obtenida en las respuestas dadas por los expertos a la pregunta 9 fue 5,57, con una desviación estándar de 1,512, siendo el valor mínimo dado por los expertos a esta cuestión el 5 y el máximo el 9. La mediana se encuentra en 5 y el percentil 75 en 5.

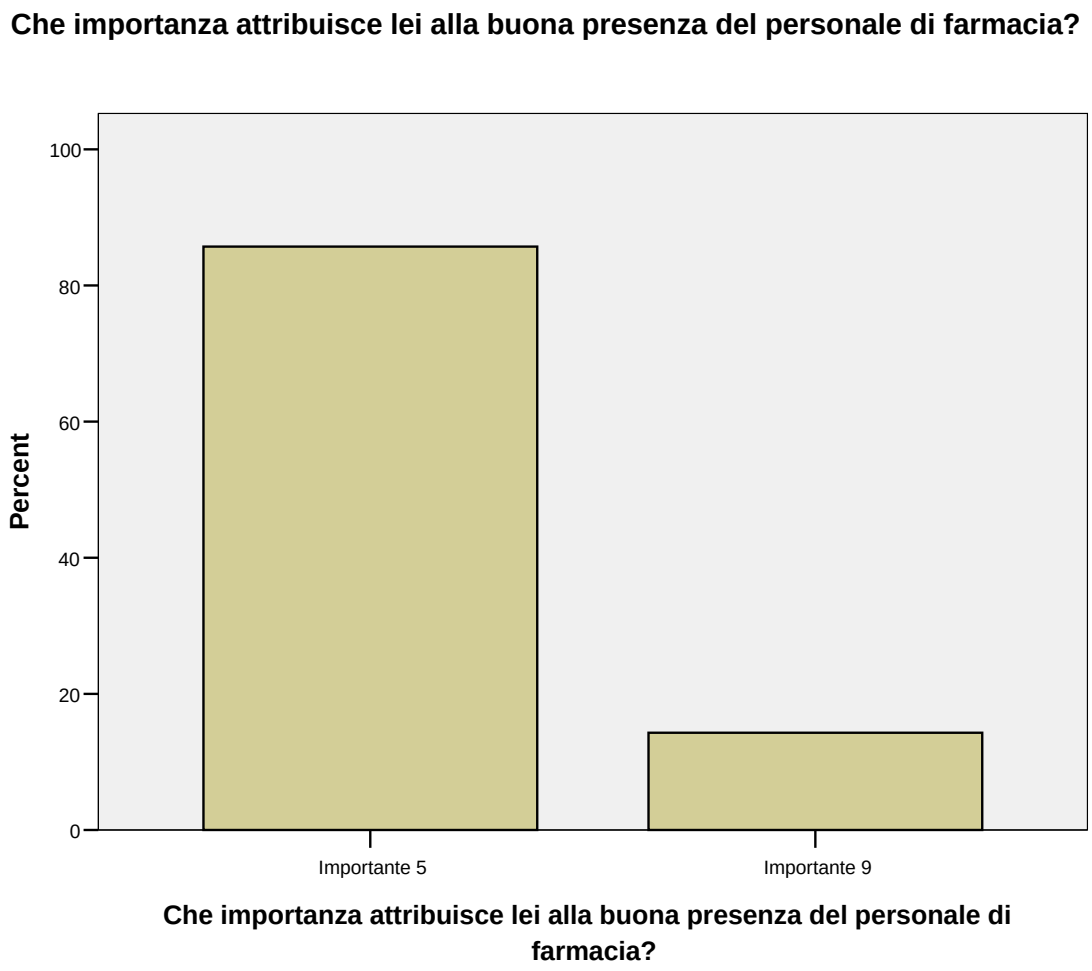


Gráfico 94. Distribución de porcentaje de respuestas en la pregunta 9. Ronda 1 del cuestionario Delphi Italia.

La mayoría de los expertos, un 100% de los encuestados, consideró que la pregunta 9 era importante con distinto grado de importancia (5-9), donde prevalecía la valoración con un 5 a esa importancia (85,7% de las respuestas).

PREGUNTA 10: DENTRO DE LAS CUALIDADES PERSONALES DE LOS TRABAJADORES DE LA OFICINA DE FARMACIA CÓMO CONSIDERA DE IMPORTANTE LA CAPACIDAD DE TRABAJO EN EQUIPO:

La media obtenida en las respuestas dadas por los expertos a la pregunta 10 fue 7,43, con una desviación estándar de 2,070, siendo el valor mínimo dado por los expertos a esta cuestión el 5 y el máximo el 10. La mediana se encuentra en 7 y el percentil 75 en 10.

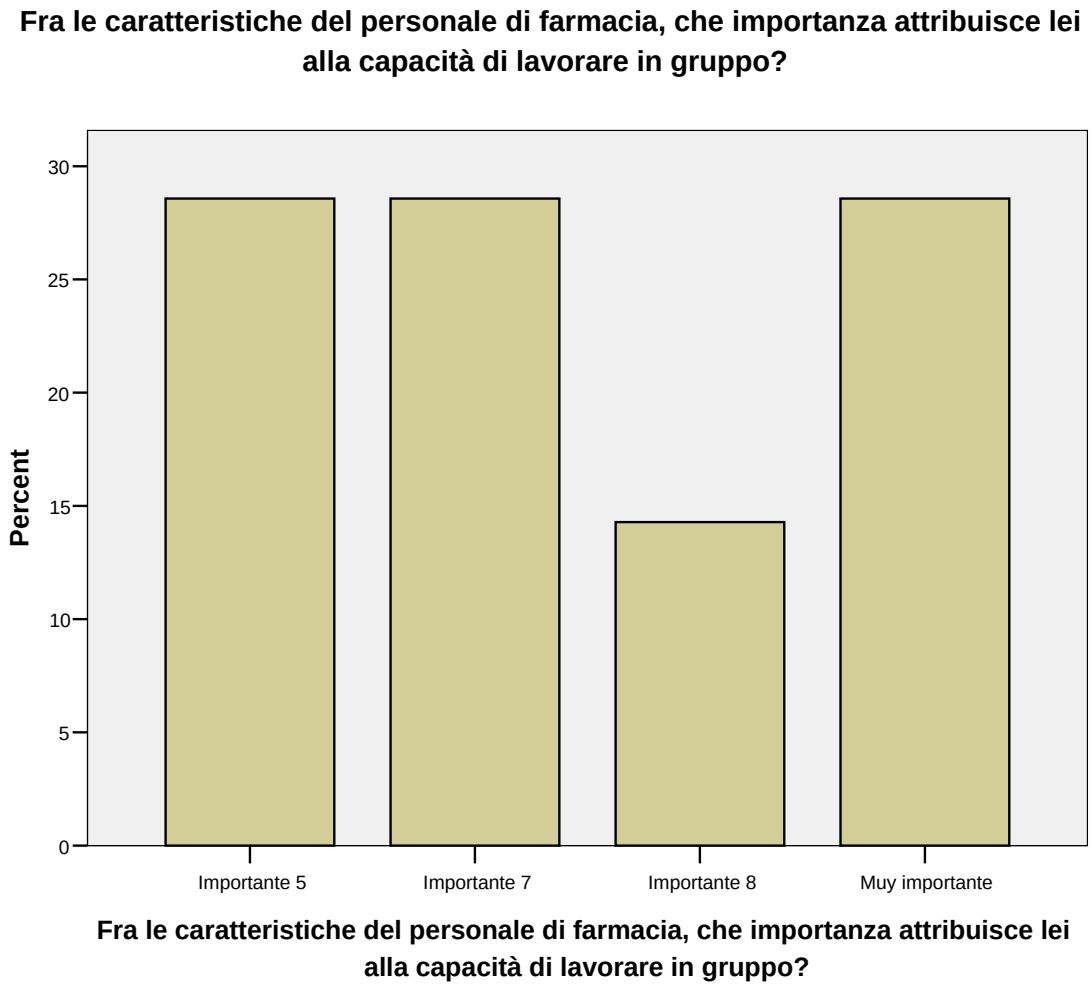


Gráfico 95. Distribución de porcentaje de respuestas en la pregunta 10. Ronda 1 del cuestionario Delphi Italia.

La mayoría de los expertos, un 71,6% de los encuestados, consideró que la pregunta 10 era importante. El 28,4% de los expertos consideró que era muy importante.

PREGUNTA 11: DENTRO DE LAS CUALIDADES PERSONALES DE LOS TRABAJADORES DE LA OFICINA DE FARMACIA CÓMO CONSIDERA DE IMPORTANTE LA RESPONSABILIDAD INDIVIDUAL DEL PERSONAL PARA OBTENER UN SERVICIO FARMACÉUTICO EFICIENTE:

La media obtenida en las respuestas dadas por los expertos a la pregunta 11 fue 7,14 con una desviación estándar de 1,864, siendo el valor mínimo dado por los expertos a esta cuestión el 5 y el máximo el 10. La mediana se encuentra en 7 y el percentil 75 en 9.

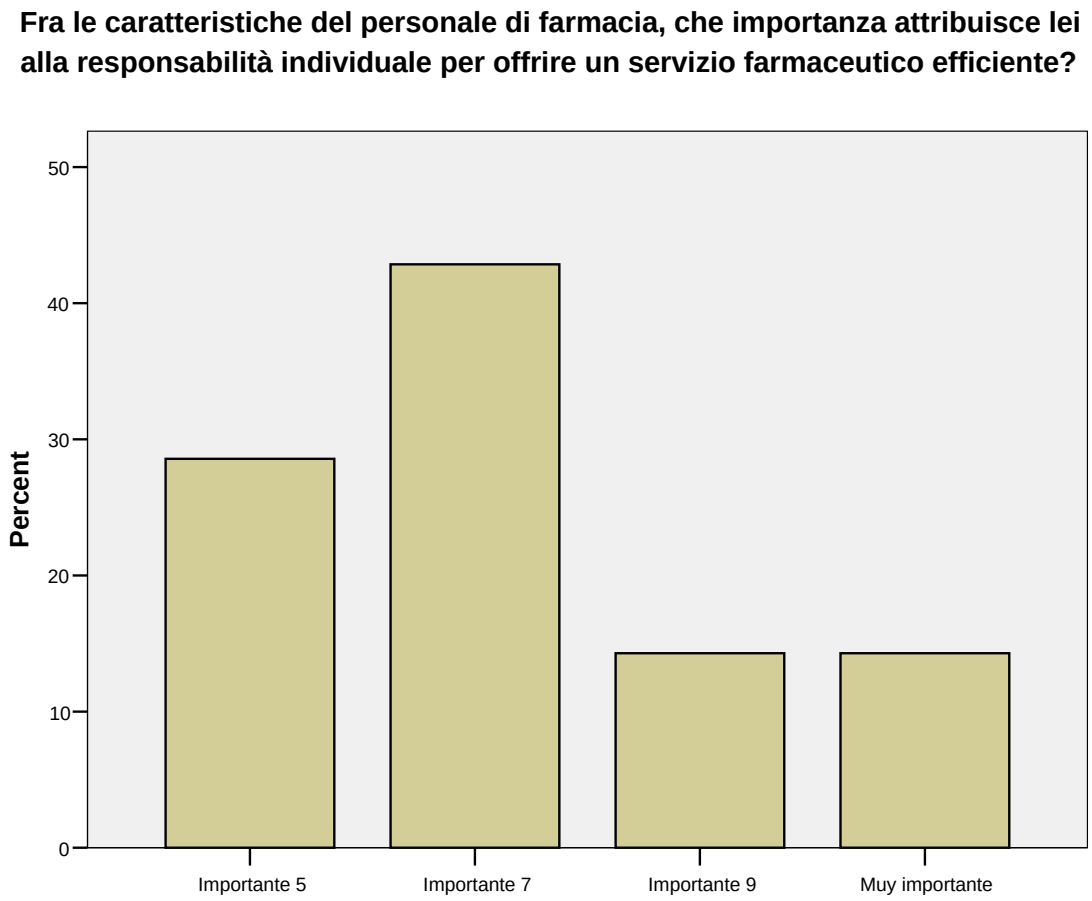


Gráfico 96. Distribución de porcentaje de respuestas en la pregunta 11. Ronda 1 del cuestionario Delphi Italia.

La mayoría de los expertos, un 85,7% de los encuestados, consideró que la pregunta 11 era importante con distintos grados de importancia (5-9).

PREGUNTA	CÓDIGO
1.Lei considera che le difficoltà per assumere personale in farmacia, e più precisamente per impiegare associati sono...	**D101**
2. Lei considera che le difficoltà per assumere personale in farmacia, e più precisamente per impiegare supplenti sono...	**D102**
3. Che importanza attribuisce lei all'educazione pratica adatta allo sviluppo del lavoro professionale in farmacia?	**D103**
4. Quanto considera importante conoscere le leggi sullo sviluppo del lavoro professionale in farmacia?	**D104**
5. Fra le caratteristiche del personale di farmacia, che importanza attribuisce lei al rispetto nei confronti dei pazienti, dei colleghi e del farmacista titolare della farmacia?	**D105**
6. Fra le caratteristiche del personale di farmacia, che importanza attribuisce lei alle abilità di comunicazione con il paziente?	**D106**
7. Fra le caratteristiche del personale di farmacia, che importanza attribuisce lei alla capacità di apprendere?	**D107**
8. Riguardo alla gestione efficace della farmacia, che importanza attribuisce lei alla conoscenza informatica del personale di farmacia?	**D108**
9. Che importanza attribuisce lei alla buona presenza del personale di farmacia?	**D109**
10. Fra le caratteristiche del personale di farmacia, che importanza attribuisce lei alla capacità di lavorare in gruppo?	**D110**
11. Fra le caratteristiche del personale di farmacia, che importanza attribuisce lei alla responsabilità individuale per offrire un servizio farmaceutico efficiente?	**D111**

Tabla 93. Preguntas que obtuvieron mayor puntuación en la Ronda 1 Delphi Italia. Elaboración propia.

En la tabla 93 se marcan en color amarillo las 6 preguntas que obtuvieron mayor puntuación media de los expertos y a demás coincide que obtuvieron la media de puntuación más alta.

A los expertos se les reenviaron vía e-mail los resultados junto con estas tres preguntas:

- É lei d'accordo con la media dei risultati? SI/No (¿Esta Ud. de acuerdo con la media obtenida para el conjunto de los consultados? Si/no)
- Nel caso lei non é d'accordo, che valore pensa sia gusto? (En caso de que no se halle de acuerdo, ¿Cuál es el nuevo valor que propone?)
- Protrebbe argumentare la sua risposta se lo considera neccessario? (Si lo juzga necesario, ¿podría justificar dicha respuesta?)

Todos ellos estuvieron de acuerdo con los valores obtenidos y no se propusieron nuevos valores.

El control específico de la calidad de estos datos se aborda a grandes rasgos desde los ámbitos del consenso/dispersión de las respuestas, existe una mayor dispersión que la observada en los resultados españoles aunque solo se observan valores atípicos u outliers en la pregunta 9, con un único experto que se aleja del rango intercuartílico Q1-Q3.

Al ser un tamaño muestral reducido debido a la baja tasa de respuesta, la estabilidad de las opiniones de los expertos, la especificidad de sus aportaciones y la participación de los mismos no puede ser evaluada de manera objetiva.

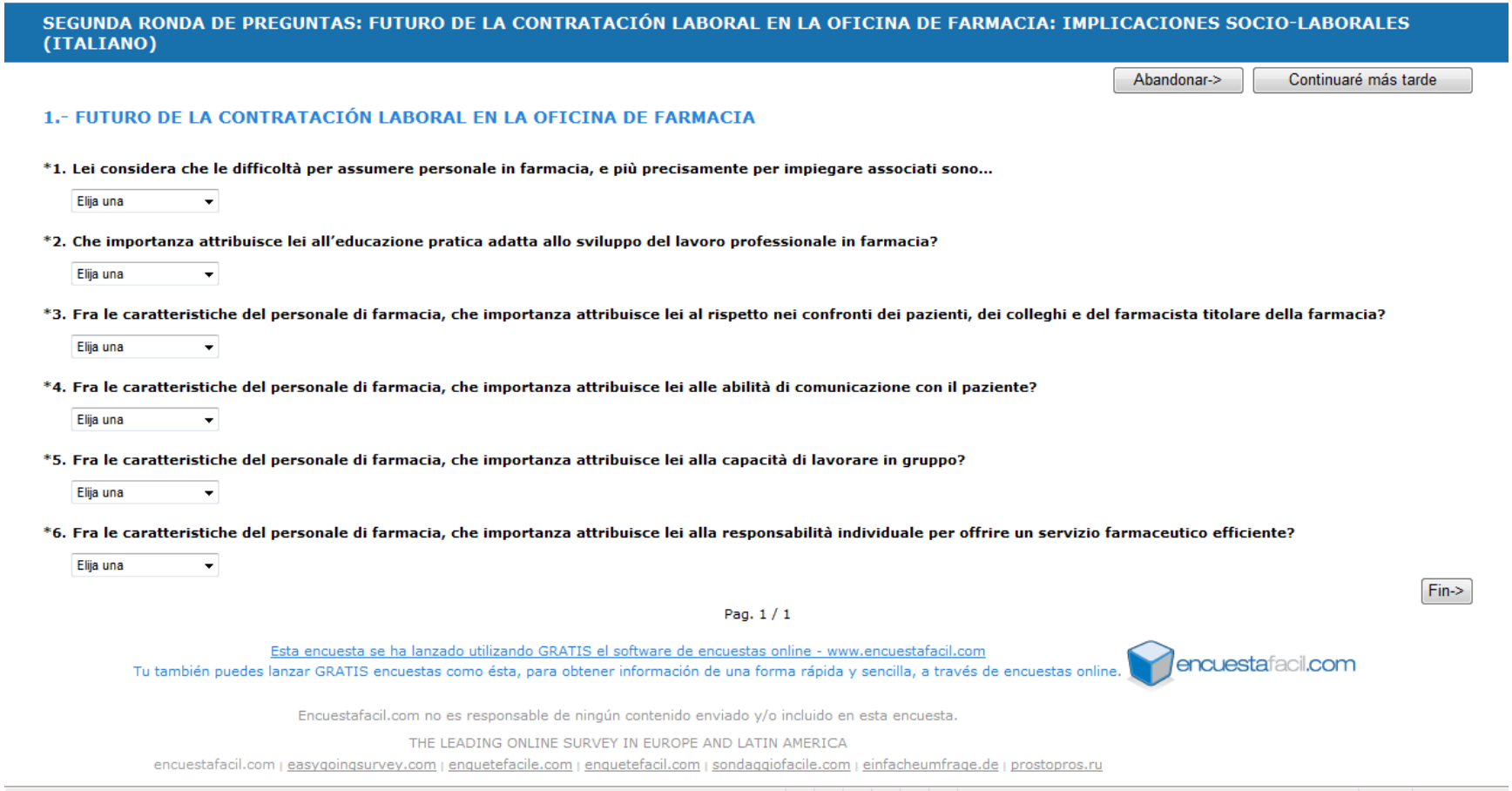
Uno de los expertos consultados solicitó su baja en la participación del estudio, además, otro de los expertos participantes en la primera ronda no respondió en la segunda sin previo aviso de abandono. La pérdida del tamaño muestral fue de 2 expertos, continuando en la segunda ronda sólo 6 participantes.

El cuestionario definitivo de la segunda ronda se envío a los 129 expertos italianos que participaron en la primera ronda. Se utilizó un cuestionario electrónico diseñado por el investigador principal, que usó para su realización la herramienta informática gratuita accesible on-line en la página www.encuestafacil.com, que permitió a los "expertos" acceder al cuestionario de manera automática clicando en el link contenido en el mail enviado por el investigador, vinculo que, por un lado, garantizaba el anonimato del "experto" y por otro, recogía de manera automática las respuestas.
(http://www.encuestafacil.com/RespWeb/Qn.aspx?EID=965814).[406]

Al igual que en la primera ronda, al clicar en el vínculo, los "expertos" se encontraban con una página web sencilla y cómoda de usar que, en menos de 5 minutos, permitía completar de manera satisfactoria la encuesta. Todas las preguntas debían ser respondidas para que finalizase el cuestionario y se registraran las respuestas.

A continuación, se muestra una imagen del formato que presentaba la encuesta recibida por los "expertos" italianos.

[406] Actualmente este cuestionario se encuentra cerrado al público y no se puede acceder on-line.



Documento 10. Encuesta on-line en italiano. Ronda 2 Delphi Italia.

Al igual que en la ronda 1, el propio vínculo a la encuesta registraba on-line las respuestas dadas por los "expertos" a las seis preguntas del cuestionario sobre el futuro de la contratación laboral en la oficina de farmacia italianas. Estas respuestas podían ser explotadas on-line o exportadas en formato Excel para un análisis más completo. El programa estaba configurado para que cada "experto" pudiera contestar una única vez a las preguntas del cuestionario, si intentaba acceder de nuevo la página le bloquearía el paso.

Se optó por la creación de una base de datos específica para el estudio en formato Excel, al igual que las realizadas para la tormenta de ideas. Se exportaron los datos recogidos en la página web www.encuestafacil.com, vinculados a la encuesta titulada "Futuro de la contratación laboral en la oficina de farmacia: implicaciones socio-laborales (Segunda Ronda Italia)", a una base de datos denominada RESULTADOS DELPHI SEGUNDA RONDA ITALIA y se procedió a la grabación de los datos. La creación de una base de datos informatizada que incluyera los resultados de la encuesta facilitó la exportación de los datos, una vez tratados, a otros programas informáticos de análisis estadístico como es el SPSS 13.0, lo cual permitió llevar a cabo un análisis estadístico de los datos más completo.

Las preguntas del cuestionario fueron codificadas con un código alfanumérico representativo de manera lógico-intuitiva del concepto a codificar para la inserción en la base de datos. Al igual que en la ronda 1 se eligió la letra D, indicadora de pregunta (domanda), y tres números, el primero indicaba el número de ronda del estudio Delphi en la que se realizaba esta pregunta y los dos siguientes el orden en que se hacía la pregunta, iniciándose el contador en 01. El resultado final fue: D201, D202, D203,… hasta D206, tal y como se puede observar en la tabla 94.

PREGUNTA	CÓDIGO
1.Lei considera che le difficoltà per assumere personale in farmacia, e più precisamente per impiegare associati sono...	**D101**
3. Che importanza attribuisce lei all'educazione pratica adatta allo sviluppo del lavoro professionale in farmacia?	**D103**
5. Fra le caratteristiche del personale di farmacia, che importanza attribuisce lei al rispetto nei confronti dei pazienti, dei colleghi e del farmacista titolare della farmacia?	**D105**
6. Fra le caratteristiche del personale di farmacia, che importanza attribuisce lei alle abilità di comunicazione con il paziente?	**D106**
10. Fra le caratteristiche del personale di farmacia, che importanza attribuisce lei alla capacità di lavorare in gruppo?	**D110**
11. Fra le caratteristiche del personale di farmacia, che importanza attribuisce lei alla responsabilità individuale per offrire un servizio farmaceutico efficiente?	**D111**

Tabla 94. Codificación del cuestionario de la segunda ronda Delphi: Italia. Elaboración propia.

Los "expertos" italianos respondieron a las preguntas valorando de 1 a 10 en función de la importancia que tuviera para ellos cada uno de los temas que se les presentaron en lo referente al personal de la oficina de farmacia, considerando el 1 poco importante, el 5 importante y el 10 muy importante.

La segunda ronda de preguntas tuvo lugar del 6 de abril al 16 de abril de 2011.

Al igual que en la ronda 1 del estudio Delphi, se realizó un análisis completo. Se utilizaron medidas de tendencia central y de dispersión como la **media, la mediana, la moda, el máximo, el mínimo y la desviación típica** (Ver tabla 95).

		D201	D202	D203	D204	D205	D206
		Lei considera che le difficoltà per assumere personale in farmacia, e più precisamente per impiegare associati sono...	Che importanza attribuisce lei all'educazione pratica adatta allo sviluppo del lavoro professionale in farmacia?	Fra le caratteristiche del personale di farmacia, che importanza attribuisce lei al rispetto nei confronti dei pazienti, dei colleghi e del farmacista titolare della farmacia?	Fra le caratteristiche del personale di farmacia, che importanza attribuisce lei alle abilità di comunicazione con il paziente?	Fra le caratteristiche del personale di farmacia, che importanza attribuisce lei alla capacità di lavorare in gruppo?	Fra le caratteristiche del personale di farmacia, che importanza attribuisce lei alla responsabilità individuale per offrire un servizio farmaceutico efficiente?
N	Valid	6	6	6	6	6	6
Mean		7,00	6,67	8,33	8,33	7,67	9,50
Std. Error of Mean		,683	,667	,558	,843	,715	,500
Median		7,50	6,50	8,00	9,00	7,50	10,00
Mode		5(a)	5	7(a)	10	7	10
Std. Deviation		1,673	1,633	1,366	2,066	1,751	1,225
Variance		2,800	2,667	1,867	4,267	3,067	1,500
Minimum		5	5	7	5	5	7
Maximum		9	9	10	10	10	10
Sum		42	40	50	50	46	57
Percentiles	25	5,00	5,00	7,00	6,50	6,50	9,25
	50	7,50	6,50	8,00	9,00	7,50	10,00
	75	8,25	8,25	10,00	10,00	9,25	10,00

Tabla 95. Resumen de medidas de tendencia central y de dispersión. Ronda 2 del cuestionario Delphi Italia. Elaboración propia.

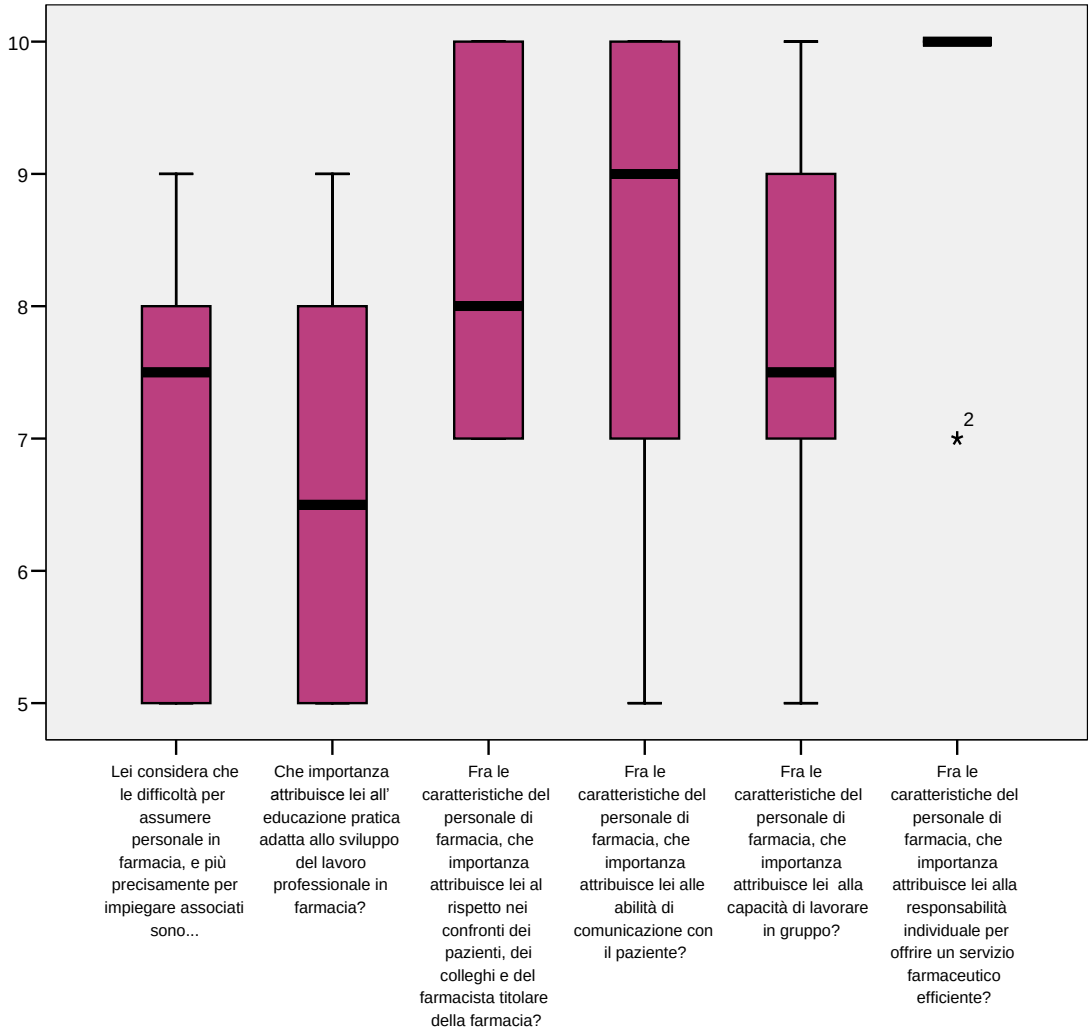


Gráfico 97. Boxplot o diagrama de caja. Respuestas Ronda 2 del cuestionario Delphi Italia.

La tabla 95 ofrece de manera estructurada un resumen de las medidas de frecuencia más importantes analizadas en este estudio.

Un **diagrama de caja** o **gráfico boxplot** es un gráfico basado en cuartiles, s. El gráfico 85 representa un boxplot o diagrama de caja realizado mediante el cual se visualiza las respuestas de la segunda ronda del cuestionario Delphi. Muestra que todas las preguntas obtuvieron respuestas con una mediana superior a 5, por tanto los “expertos” consideraron importantes todos los ítems por los que fueron preguntados. Las distribuciones de las respuestas fueron características para cada una de las preguntas, como se detallará más adelante en los gráficos de frecuencia por porcentaje de las respuestas.

PREGUNTA 1: CONSIDERA QUE LAS DIFICULTADES PARA CONTARTAR PERSONAL EN LA OFICINA DE FARMACIA, Y EN CONCRETO PARA CONTRATAR ADJUNTOS SON:

La media obtenida en las respuestas dadas por los expertos a la pregunta 1 fue 7,00, con una desviación estándar de 1,673, siendo el valor mínimo dado por los expertos a esta cuestión el 5 y el máximo el 9. La mediana se encuentra en 7,5 y el percentil 75 en 8,25.

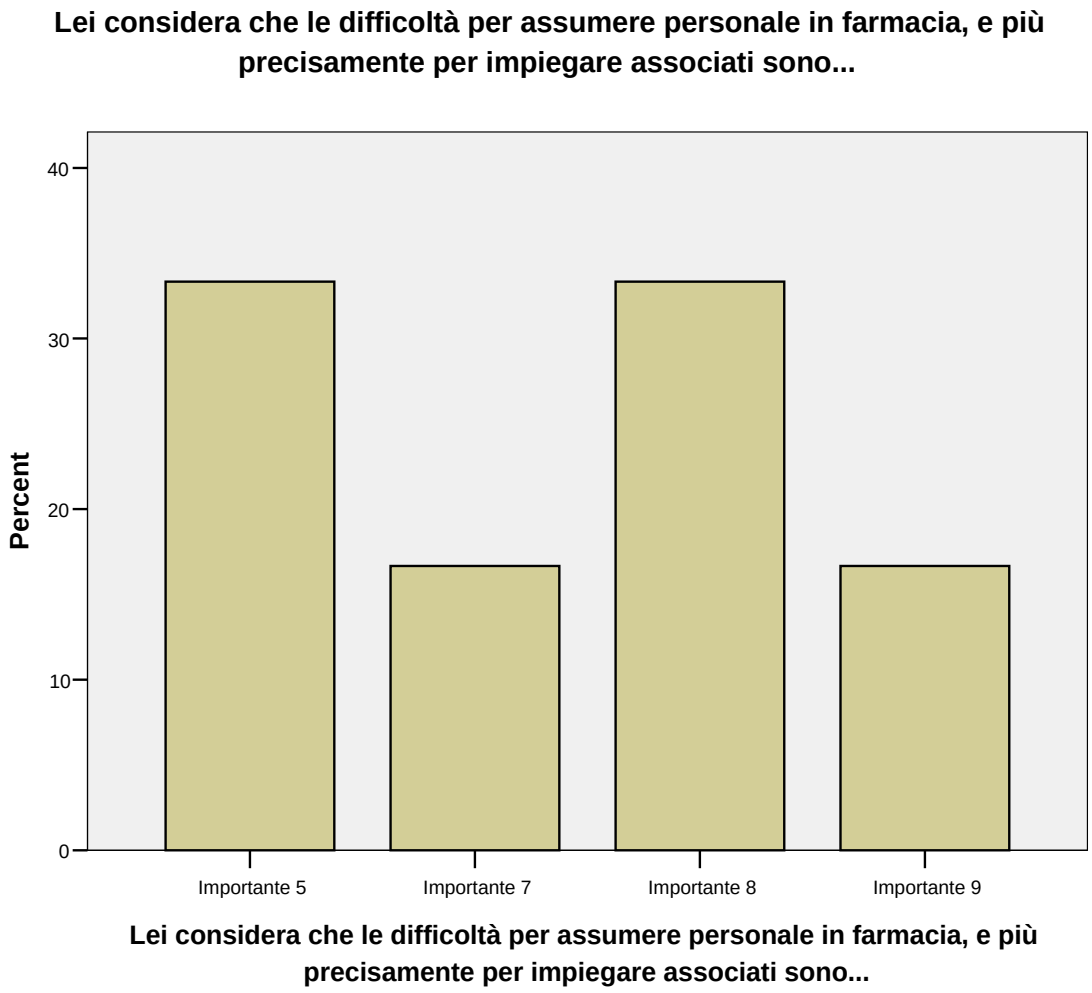


Gráfico 98. Distribución de porcentaje de respuestas en la pregunta 1. Ronda 2 del cuestionario Delphi Italia.

El 100% de los expertos consideró que la pregunta 1 era importante con distintos grados de importancia que van del 5 al 9, predominando los valores 5 y 8.

PREGUNTA 2: CONSIDERA QUE ES DE IMPORTANCIA LA FORMACIÓN PRÁCTICA ADECUADA PARA EL DESARROLLO DE LAS LABORES PROFESIONALES EN LA FARMACIA:

La media obtenida en las respuestas dadas por los expertos a la pregunta 2 fue 6,67, con una desviación estándar de 1,633, siendo el valor mínimo dado por los expertos a esta cuestión el 5 y el máximo el 9. La mediana se encuentra en 6,5 y el percentil 75 en 8,25.

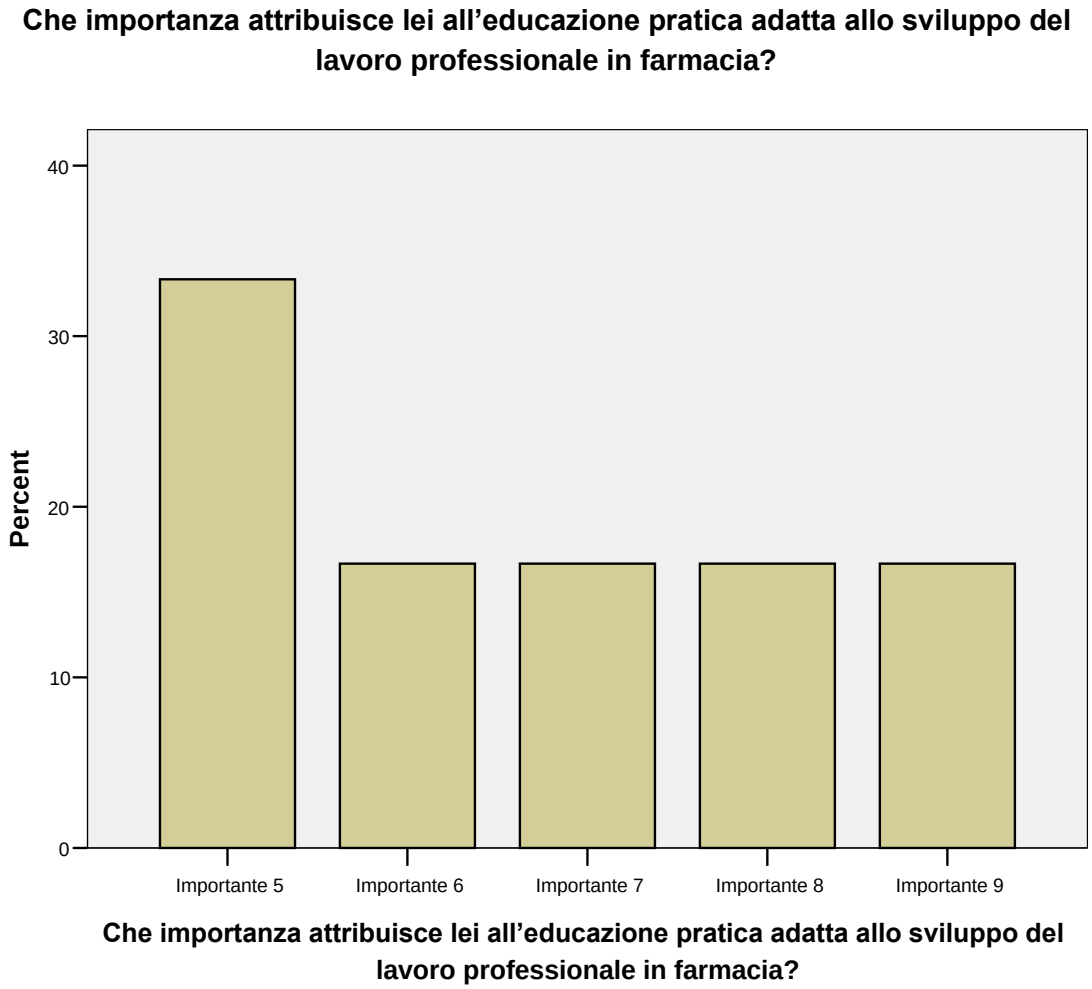


Gráfico 99. Distribución de porcentaje de respuestas en la pregunta 2. Ronda 2 del cuestionario Delphi Italia.

El 100% de los expertos opinaron que era importante con distinto grado de importancia (5-9).

PREGUNTA 3: DENTRO DE LAS CUALIDADES PERSONALES DE LOS TRABAJADORES DE LA OFICINA DE FARMACIA CÓMO CONSIDERA DE IMPORTANTE EL RESPETO HACIA LOS PACIENTES, LOS COMPAÑEROS Y EL FARMACÉUTICO TITULAR:

La media obtenida en las respuestas dadas por los expertos a la pregunta 3 fue 8,33, con una desviación estándar de 1,366, siendo el valor mínimo dado por los expertos a esta cuestión el 7 y el máximo el 10. La mediana se encuentra en 8 y el percentil 75 en 10.

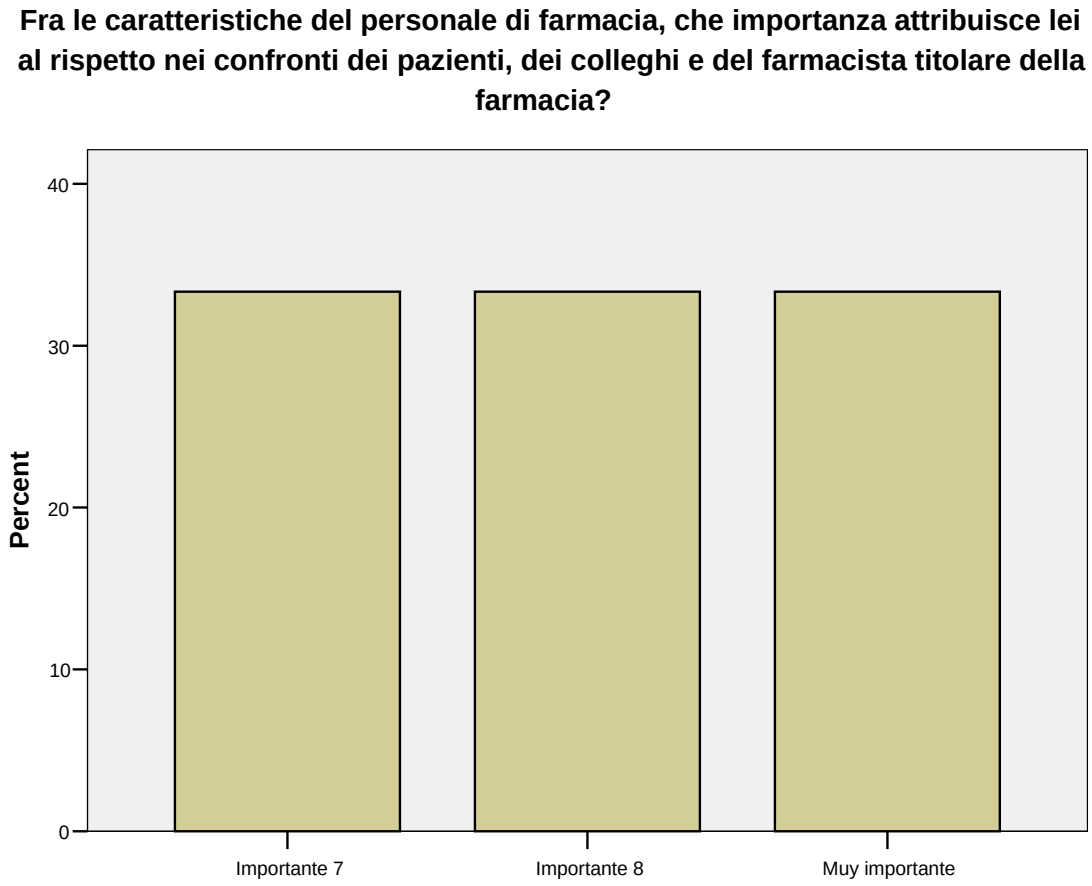


Gráfico 100. Distribución de porcentaje de respuestas en la pregunta 3. Ronda 2 del cuestionario Delphi Italia.

El 33% de los expertos opinó que la pregunta 3 era muy importante y el 67% consideró que la pregunta 5 era importante con distintos grados de importancia (7 y 8).

PREGUNTA 4: DENTRO DE LAS CUALIDADES PERSONALES DE LOS TRABAJADORES DE LA OFICINA DE FARMACIA CÓMO CONSIDERA DE IMPORTANTE LAS CUALIDADES COMUNICATIVAS ANTE EL PACIENTE:

La media obtenida en las respuestas dadas por los expertos a la pregunta 4 fue 8,33, con una desviación estándar de 2,066, siendo el valor mínimo dado por los expertos a esta cuestión el 5 y el máximo el 10. La mediana se encuentra en 9 y el percentil 75 en 10.

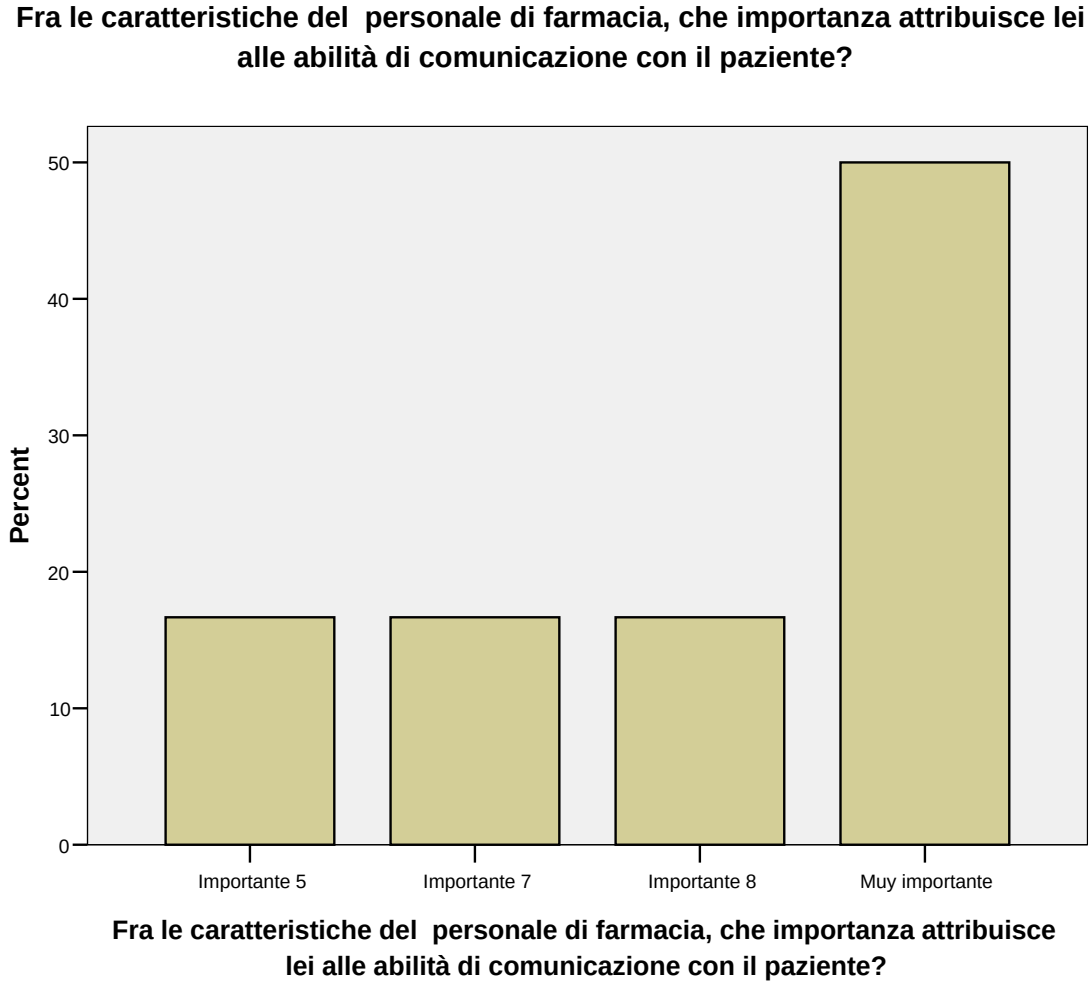


Gráfico 101. Distribución de porcentaje de respuestas en la pregunta 4. Ronda 2 del cuestionario Delphi Italia.

Un 50% de los expertos encuestados, consideró que la pregunta 4 era importante con distintos grados de importancia (5-8), frente al otro 50% de los expertos que consideró que muy importante.

PREGUNTA 5: DENTRO DE LAS CUALIDADES PERSONALES DE LOS TRABAJADORES DE LA OFICINA DE FARMACIA CÓMO CONSIDERA DE IMPORTANTE LA CAPACIDAD DE TRABAJO EN EQUIPO:

La media obtenida en las respuestas dadas por los expertos a la pregunta 5 fue 7,67 con una desviación estándar de 1,751, siendo el valor mínimo dado por los expertos a esta cuestión el 5 y el máximo el 10. La mediana se encuentra en 7,5 y el percentil 75 en 9,25.

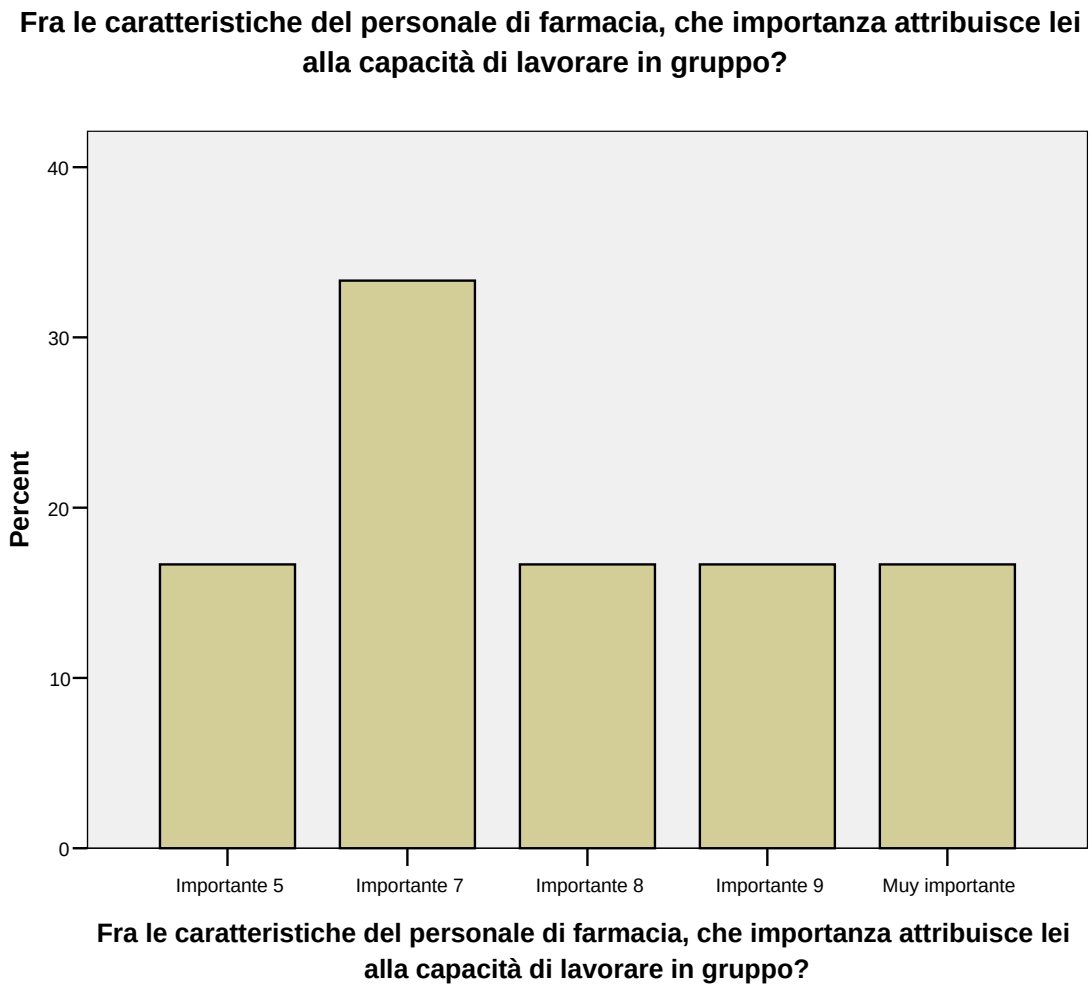


Gráfico 102. Distribución de porcentaje de respuestas en la pregunta 5. Ronda 2 del cuestionario Delphi Italia.

La mayoría de los expertos, un 71,6% de los encuestados, consideró que la pregunta 10 era importante. El 28,4% de los expertos consideró que era muy importante.

PREGUNTA 6: DENTRO DE LAS CUALIDADES PERSONALES DE LOS TRABAJADORES DE LA OFICINA DE FARMACIA CÓMO CONSIDERA DE IMPORTANTE LA RESPONSABILIDAD INDIVIDUAL DEL PERSONAL PARA OBTENER UN SERVICIO FARMACÉUTICO EFICIENTE:

La media obtenida en las respuestas dadas por los expertos a la pregunta 6 fue 9,5 con una desviación estándar de 1,225, siendo el valor mínimo dado por los expertos a esta cuestión el 7 y el máximo el 10. La mediana se encuentra en 10 y el percentil 75 en 10.

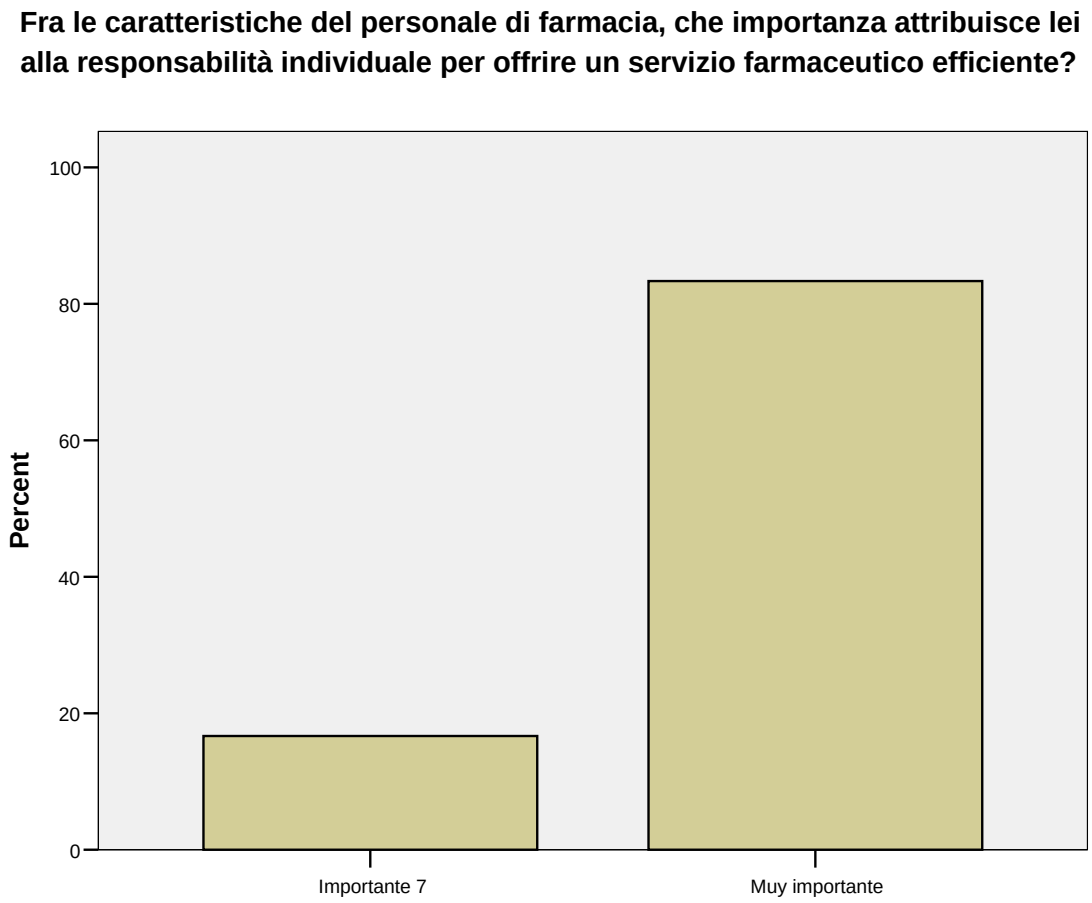


Gráfico 103. Distribución de porcentaje de respuestas en la pregunta 6. Ronda 2 del cuestionario Delphi Italia.

La mayoría de los expertos, un 85,7% de los encuestados, consideró que la pregunta 11 era importante con distintos grados de importancia (5-9).

PREGUNTA	CÓDIGO
1.Lei considera che le difficoltà per assumere personale in farmacia, e più precisamente per impiegare associati sono...	D201
2. Che importanza attribuisce lei all'educazione pratica adatta allo sviluppo del lavoro professionale in farmacia?	D202
3. Fra le caratteristiche del personale di farmacia, che importanza attribuisce lei al rispetto nei confronti dei pazienti, dei colleghi e del farmacista titolare della farmacia?	D203
4. Fra le caratteristiche del personale di farmacia, che importanza attribuisce lei alle abilità di comunicazione con il paziente?	D204
5. Fra le caratteristiche del personale di farmacia, che importanza attribuisce lei alla capacità di lavorare in gruppo?	D205
6. Fra le caratteristiche del personale di farmacia, che importanza attribuisce lei alla responsabilità individuale per offrire un servizio farmaceutico efficiente?	D206

Tabla 96. Preguntas que obtuvieron mayor puntuación en la Ronda 2 Delphi Italia. Elaboración propia.

En la tabla 96 se marcan en color amarillo las 3 preguntas que obtuvieron mayor puntuación media de los expertos y además, coincide que, obtuvieron la media de puntuación más alta.

El principal problema del análisis de los datos referidos a Italia es la falta de tamaño muestral debido al bajo índice de respuesta por parte de los expertos. Este hecho podría deberse a la desconfianza de los expertos en los métodos on-line de respuesta, a la avanzada media de edad de los farmacéuticos italianos de oficina de farmacia consultados que condiciona su uso de las nuevas tecnologías, al tedio que puede llegar a provocar las distintas rondas de los estudios Delphi e incluso a la falta de interés en el tema de estudio. Para solventar este hecho se propone para futuros por un lado entablar un contacto directo previo con los expertos, independientemente del a realizar vía mail, buscar una población diana de "expertos" familiarizados con las nuevas tecnologías que les permita evitar la desconfianza en los métodos on-line de respuesta, reducir el número de preguntas para que los cuestionarios puedan contestarse más rápidamente e incluso abordar la realización de las dinámicas a través de las redes sociales (facebook, tweeter, …) creando un grupo específico para ello.

Con respecto a la primera ronda Delphi italiana, algunas de estas preguntas aumentaron la puntuación media y redujeron el espacio intercuartílico. La desviación estándar también se redujo con respecto a la primera ronda. Los valores mínimos y máximos de puntuación experimentaron un ligero aumento.

	D101	D102	D103	D104	D105	D106	D107	D108	D109	D110	D111
Primera ronda	8,13	6,88	7,88	6,88	8,50	8,13	6,57	5,71	5,57	7,43	7,14
	D201		**D202**		**D203**	**D204**				**D205**	**D206**
Segunda Ronda	7,00		6,67		8,33	8,33				7,67	9,50

Tabla 97. Comparativa de las puntuaciones medias obtenidas en la Ronda 1 Delphi Italia y Ronda 2 Delphi Italia. Elaboración propia.

Como se puede observar en la tabla 97, **hay una clara evolución en las puntuaciones medias en la segunda Ronda Delphi Italia, decantándose los expertos por las cualidades personales o personal skills: respeto, comunicación-empatía y responsabilidad como ítems que podrían condicionar los futuros escenarios de contratación laboral en Italia. Se valoran las cualidades personales por encima de la formación teórica, práctica o el conocimiento normativo y se prefieren las cualidades personales antes de la preocupación por cubrir un puesto vacante de cualquier forma. Estos argumentos se encuentran en línea con lo que ya proponía la OMS en el año 1997 en el informe de su grupo consultivo sobre la "Preparación del Farmacéutico del Futuro" cuando se identificaron las que deberían considerarse como las expectativas mínimas y esenciales del farmacéutico en los sistemas sanitarios a nivel mundial. En concreto, el papel del farmacéutico como comunicador y como líder.**

VII.6.2.3.PORTUGAL

Al igual que en Italia, fue necesario homogenizar el proceso de recogida de información portuguesa con el realizado en España para poder analizar las respuestas de manera global. Se diseñó un estudio Delphi donde se evitaron las reuniones presenciales, método que se apoyaba en los resultados obtenidos en el estudio piloto realizado en España. Se lanzaron dos rondas de consultas a todos los expertos con el fin de disminuir la dispersión de las opiniones y precisar la opinión media consensuada. Además, se remitió y se hizo participes de la información obtenida a todos aquellos que colaboraron en el estudio con el fin de consolidar y refrendar los resultados obtenidos en la consulta inicial.

Para ello, se envió un primer mail informativo (en portugués) con el cual se requería la colaboración en el estudio del "experto" seleccionado, donde se podía acceder directamente a través de un link on-line a la primera ronda de preguntas del Delphi. En este mail se adjuntaba una carta explicativa del tipo de colaboración que se le solicitaba y un documento con

información general del estudio (ambos en portugués). A diferencia de la primera ronda Delphi realizada en España, no se realizó contacto telefónico con los "expertos" ni se les envió un primer mail de aceptación, pues esto hubiera ralentizado el proceso. Ver Anexo XII.

La primera ronda Delphi tuvo lugar entre el 20 Marzo y el 4 de Abril de 2011. El cuestionario definitivo se envío a 29 "expertos" portugueses, de los cuales no se había obtenido la aceptación de participación previa en el estudio. La gestión de contactos con "expertos" portugueses fue más complicada para el investigador principal, de ahí que el número de expertos contactados fuera más pequeño que en Italia. Se detectaron errores en 5 mails de contacto con los expertos, por lo cual, sólo 24 "expertos" recibieron de manera correcta el primer mail en el que se les solicitaba su colaboración.

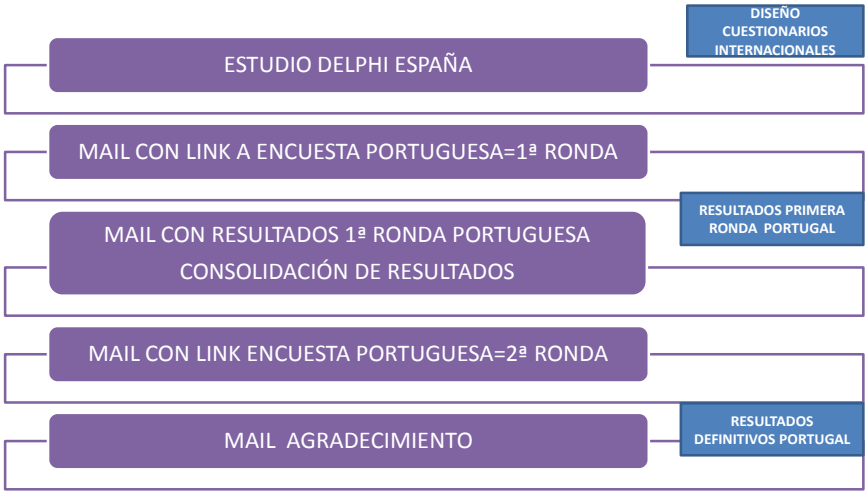


Diagrama 16. Diagrama de Flujo de desarrollo del estudio Delphi en Portugal. Elaboración propia.

Al igual que para la realización el cuestionario definitivo en italiano, para la realización del cuestionario definitivo portugués se utilizó como base el cuestionario español. Se tradujo al portugués siguiendo los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud (400).

Método de Traducción del cuestionario:

Con el objeto de asegurar la mayor equivalencia de la traducción al portugués, se siguieron los lineamientos de la Organización Mundial de la Salud:

1. Un grupo bilingüe (tres expertos) revisó la estructura conceptual del instrumento en el idioma original (español) y aprobó su factibilidad para ser traducido.
2. El primer autor realizó la traducción al portugués.
3. El grupo bilingüe y un grupo monolingüe (tres expertos) revisaron la traducción. El grupo monolingüe propuso algunas modificaciones menores.
4. Un experto bilingüe tradujo al español la versión en portugués.
5. El grupo bilingüe revisó la traducción al español y finalmente consideró que la versión en portugués era equivalente a la original en español.

La traducción del cuestionario se realizó de forma desinteresada por parte de colaboradores externos por este motivo expresamos nuestro sincero agradecimiento al grupo bilingüe (Miago Joao Dos Santos Alberto García Amelia Morritos y María López), al grupo monolingüe (David Miguel Ramos Martens, Inés Raquel de Jesús Bonifacio López y Ana Rita da Silva Ferrerira) y a Tiago Joao Dos Santos Alberto García (por la traducción al portugués de la encuesta y de la documentación remitida a los expertos) y por su colaboración en el proceso de traducción y equivalencia de las encuestas.

Se utilizó un cuestionario electrónico accesible on-line en la página www.encuestafacil.com, que permitió a los "expertos" acceder al cuestionario de manera automática clicando en el link contenido en el mail enviado por el investigador, vinculo que, por un lado, garantizaba el anonimato del "experto" y por otro, recogía de manera automática las respuestas. http://www.encuestafacil.com/RespWeb/Qn.aspx?EID=934064 [407]. Al clicar en el vínculo, los "expertos" se encontraban con una página web sencilla y cómoda de usar que en menos de 5 minutos permitía completar de manera satisfactoria la encuesta en su propio idioma: portugués. Todas las preguntas debían ser respondidas para que finalizase el cuestionario y se registraran las respuestas.

A continuación se muestra una imagen del formato que presentaba la encuesta recibida por los "expertos" portugueses.

[407] Actualmente este cuestionario se encuentra cerrado al público y no se puede acceder on-line.



Documento 11. Encuesta on-line en portugués. Ronda 1 Delphi Portugal.

Al igual que en el cuestionario español, el propio vínculo a la encuesta registraba on-line las respuestas dadas por los "expertos" a las preguntas del cuestionario sobre el futuro de la contratación laboral en la oficina de farmacia portuguesa. Estas respuestas podían ser explotadas on-line o exportadas en formato Excel para un análisis más completo. El programa estaba configurado para que cada "experto" pudiera contestar una única vez a las preguntas del cuestionario, si intentaba acceder de nuevo la página le bloquearía el paso.

Se optó por la creación de una base de datos específica para el estudio en formato Excel, al igual que las realizadas para la tormenta de ideas. Se exportaron los datos recogidos en la página web www.encuestafacil.com vinculados a la encuesta titulada "Futuro de la contratación laboral en la oficina de farmacia: implicaciones socio-laborales en Portugal" a una base de datos denominada RESULTADOS DELPHI PRIMERA RONDA PORTUGAL y se procedió a la grabación de los datos. La creación de una base de datos informatizada que incluyera los resultados de la encuesta facilitó la exportación de los datos, una vez tratados, a otros programas informáticos de análisis estadístico como es el SPSS 13.0, lo cual permitió llevar a cabo un análisis estadístico más completo de los datos.

Las preguntas del cuestionario siguieron el mismo código alfanumérico establecido para el codificar el cuestionario español. Se eligió la letra Q, indicadora de pregunta (Pergunta-Q, pues la P ya había sido utilizada para España), y tres números, el primero indicaba el número de ronda del estudio Delphi en la que se realizaba esta pregunta y los dos siguientes el orden en que se hacía la pregunta, iniciándose el contador en 01. El resultado final fue: Q101, Q102, Q103,… hasta Q111, tal y como se puede observar en la tabla 97.

PREGUNTA	CÓDIGO
1. Considera que as dificuldades para contratar pessoal de farmácia, e em particular para contratar adjuntos são…	Q101
2. Considera que as dificuldades para contratar pessoal de farmácia, e em particular para contratar substitutos são …	Q102
3. Qual a importância que atribui à formação prática adequada no desempenho das funções laborais nos funcionários de farmácia?	Q103
4. Qual a importância que atribui ao conhecimento das normas e regulamentos no desempenho das funções laborais nos funcionários de farmácia?	Q104
5. Considerando as qualidades pessoais dos funcionários de farmácia, quão importante considera o respeito para com pacientes, colegas e farmacêutico responsável?	Q105
6. Considerando as qualidades pessoais dos funcionários de farmácia, quão importante considera as capacidades comunicativas para com o paciente?	Q106
7. Considerando as qualidades pessoais dos funcionários de farmácia, quão importante considera a capacidade de aprendizagem?	Q107
8. Qual a importância que atribui ao conhecimento das ferramentas informáticas por parte do pessoal para uma gestão eficaz da farmácia?	Q108
9. Qual a importância que atribui a um aspecto físico cuidado do pessoal da farmácia?	Q109
10. Considerando as qualidades pessoais dos funcionários de farmácia, quão importante considera a capacidade de trabalho em equipa?	Q110
11. Considerando as qualidades pessoais dos funcionários de farmácia, quão importante considera a responsabilidade individual dos trabalhadores para obter um serviço farmacêutico eficiente?	Q111

Tabla 98. Codificación del cuestionario de la primera ronda Delphi: Portugal. Elaboración propia.

Los “expertos” respondieron a las preguntas valorando de 1 a 10 en función de la importancia que tuviera para ellos cada uno de los temas que se les presentaron en lo referente al personal de la oficina de farmacia, considerando el 1 poco importante, el 5 importante y el 10 muy importante.

El número de respuestas obtenidas por parte de los expertos portugueses fue bueno en relación con el número de solicitudes enviadas, 9 de las 24 demandas de colaboración fueron aceptadas por los expertos portugueses (37,5 %), pero aun así la tasa de respuesta no fue suficiente como para comparar de manera eficiente los resultados obtenidos y por ello se utilizarán únicamente como un referente a modo de “estudio piloto” sobre el que se profundizará en las causas de la baja tasa de respuestas y se propondrán estrategias para un futuro estudio de condición similar en el que se solvente la problemática acontecida.

De todos estos datos se realizó un análisis completo. Se utilizaron medidas de tendencia central y de dispersión como la **media, la mediana, la moda, el máximo, el mínimo y la desviación típica** (Ver tabla 99). La media, la mediana y la moda indicaron la tendencia central de las respuestas dadas por los expertos italianos. El máximo y el mínimo indican las respuestas extremas. La desviación típica señala el grado de dispersión en las respuestas (si más o menos los expertos se hallan en torno a las cifras de la media o no)**.** Los cuartiles y percentiles indican también grado de dispersión de las respuestas.

		D101	D102	D103	D104	D105	D106	D107	D108	D109	D110	D111
		Considera que as dificuldades para contratar pessoal de farmácia, e em particular para contratar adjuntos são…	Considera que as dificuldades para contratar pessoal de farmácia, e em particular para contratar substitutos são …	Qual a importância que atribui à formação prática adequada no desempenho das funções laborais nos funcionários de farmácia?	Qual a importância que atribui ao conhecimento das normas e regulamentos no desempenho das funções laborais nos funcionários de farmácia?	Considerando as qualidades pessoais dos funcionários de farmácia, quão importante considera o respeito para com pacientes, colegas e farmacêutico responsável?	Considerando as qualidades pessoais dos funcionários de farmácia, quão importante considera as capacidades comunicativas para com o paciente?	Considerando as qualidades pessoais dos funcionários de farmácia, quão importante considera a capacidade de aprendizagem?	Qual a importância que atribui ao conhecimento das ferramentas informáticas por parte do pessoal para uma gestão eficaz da farmácia?	Qual a importância que atribui a um aspecto físico cuidado do pessoal da farmácia?	Considerando as qualidades pessoais dos funcionários de farmácia, quão importante considera a capacidade de trabalho em equipa?	Considerando as qualidades pessoais dos funcionários de farmácia, quão importante considera a responsabilidade individual dos trabalhadores para obter um serviço farmacêutico eficiente?
N	Valid	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
Mean		6,56	5,22	9,00	8,78	9,44	9,22	7,78	8,33	8,44	9,22	9,56
Std. Error of Mean		,747	,846	,471	,521	,294	,434	,434	,289	,338	,324	,242
Median		6,00	4,00	10,00	10,00	10,00	10,00	8,00	8,00	8,00	10,00	10,00
Mode		6	4	10	10	10	10	8(a)	8	8	10	10
Std. Deviation		2,242	2,539	1,414	1,563	,882	1,302	1,302	,866	1,014	,972	,726
Variance		5,028	6,444	2,000	2,444	,778	1,694	1,694	,750	1,028	,944	,528
Minimum		3	3	6	6	8	6	5	7	7	8	8
Maximum		10	10	10	10	10	10	9	10	10	10	10
Sum		59	47	81	79	85	83	70	75	76	83	86
Percentiles	25	5,50	3,50	8,00	7,50	8,50	9,00	7,00	8,00	8,00	8,00	9,00
	50	6,00	4,00	10,00	10,00	10,00	10,00	8,00	8,00	8,00	10,00	10,00
	75	8,50	7,00	10,00	10,00	10,00	10,00	9,00	9,00	9,50	10,00	10,00

Tabla 99. Resumen de medidas de tendencia central y de dispersión. Ronda 1 del cuestionario Delphi Italia. Elaboración propia.

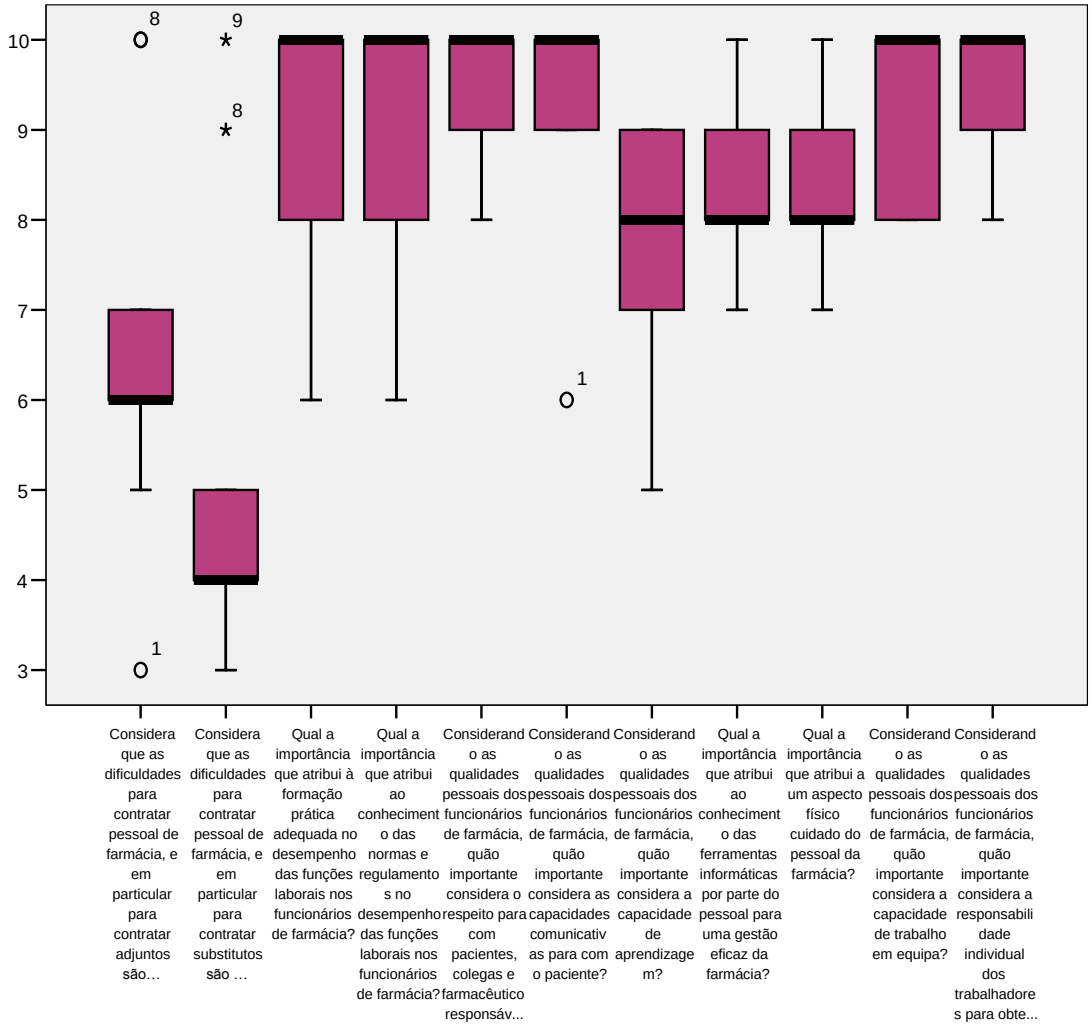


Gráfico 104. Boxplot o diagrama de caja. Respuestas Ronda 1 del cuestionario Delphi Portugal.

La tabla 99 ofrece de manera estructurada un resumen de las medidas de frecuencia más importantes analizadas en este estudio.[408]

El gráfico 104 representa un boxplot o diagrama de caja realizado con las respuestas de la primera ronda del cuestionario Delphi. Muestra que todas las preguntas excepto la pregunta 2 obtuvieron respuestas con una mediana superior a 5, por tanto los "expertos" consideraron importantes todos los ítems por los que fueron preguntados excepto la contratación de farmacéuticos sustitutos. Las distribuciones de las respuestas fueron características para cada una de las preguntas, como se detallará más adelante en los gráficos de frecuencia por porcentaje de las respuestas.

[408] Se ha respetado el idioma original en que se realizó la encuesta tanto en las tablas como en los gráficos.

PREGUNTA 1: CONSIDERA QUE LAS DIFICULTADES PARA CONTARTAR PERSONAL EN LA OFICINA DE FARMACIA, Y EN CONCRETO PARA CONTRATAR ADJUNTOS SON:

La media obtenida en las respuestas dadas por los expertos a la pregunta 1 fue 6,56, con una desviación estándar de 2,242, siendo el valor mínimo dado por los expertos a esta cuestión el 3 y el máximo el 10. La mediana se encuentra en 6,00 y el percentil 75 en 8,50.

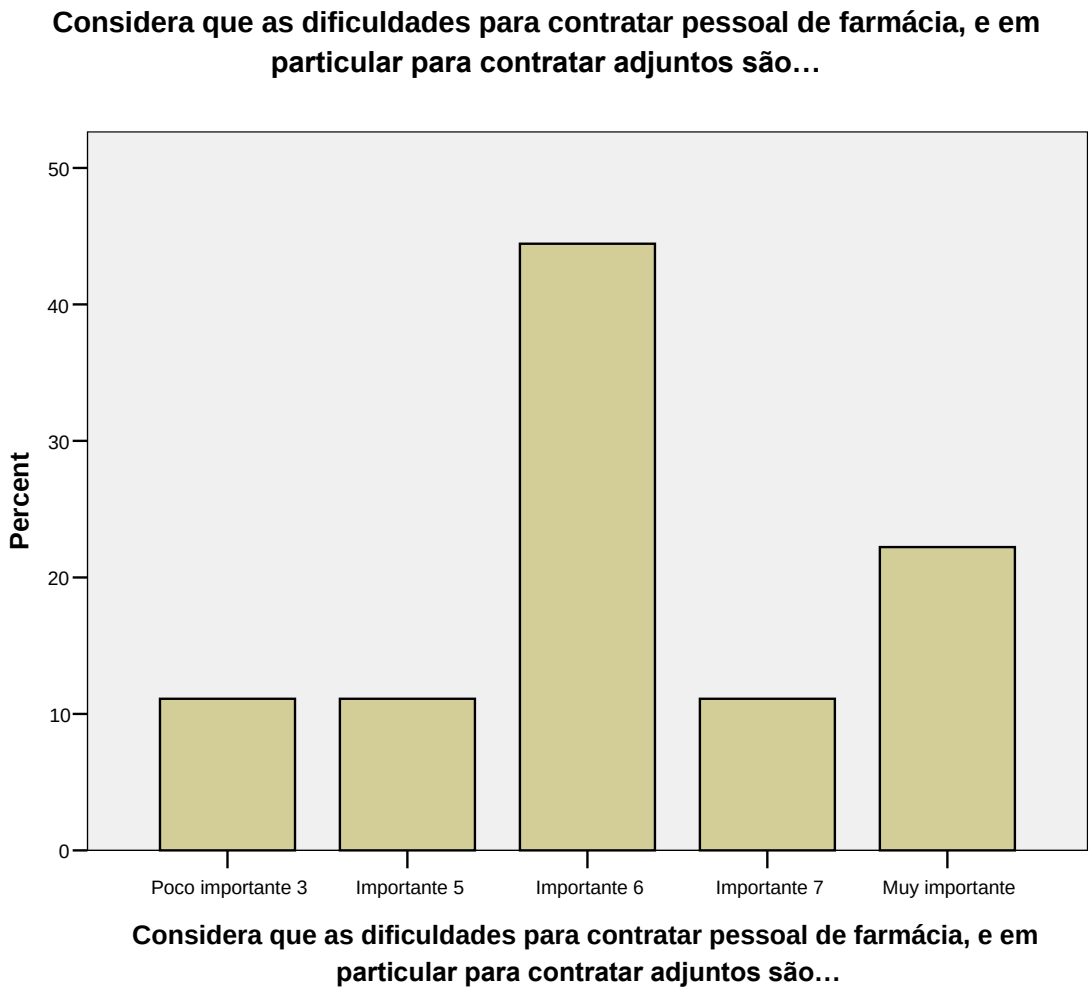


Gráfico 105. Distribución de porcentaje de respuestas en la pregunta 1. Ronda 1 del cuestionario Delphi Portugal.

La mayoría de los expertos, un 66% de los encuestados, consideró que la pregunta 1 era importante con distinta graduación de importancia (5-7), frente al 13% de los expertos que consideró que era poco importante.

PREGUNTA 2: CONSIDERA QUE LAS DIFICULTADES PARA CONTARTAR PERSONAL EN LA OFICINA DE FARMACIA, Y EN CONCRETO PARA CONTRATAR SUSTITUTOS SON:

La media obtenida en las respuestas dadas por los expertos a la pregunta 2 fue 5,22, con una desviación estándar de 2,539, siendo el valor mínimo dado por los expertos a esta cuestión el 3 y el máximo el 10. La mediana se encuentra en 4 y el percentil 75 en 7.

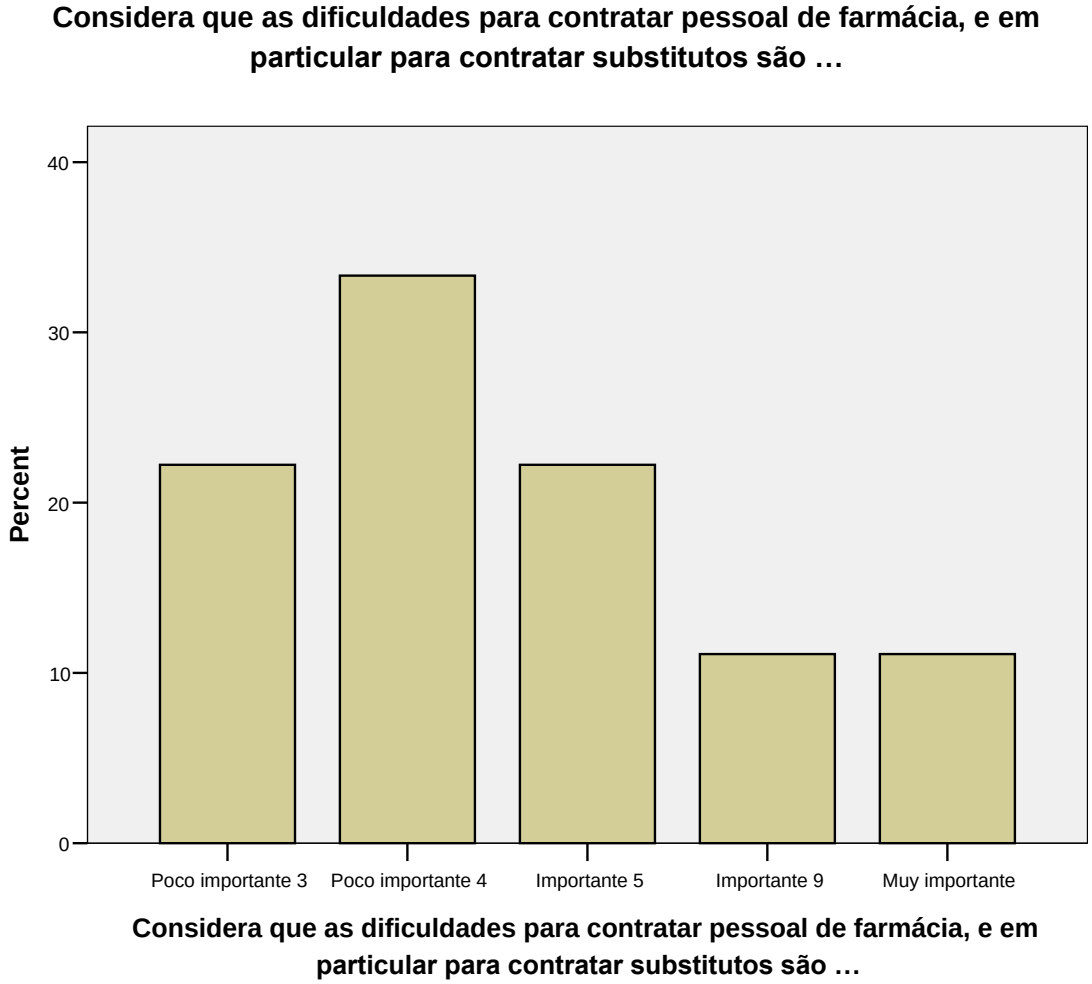


Gráfico 106. Distribución de porcentaje de respuestas en la pregunta 2. Ronda 1 del cuestionario Delphi Portugal.

La mayoría de los expertos, un 55,6% de los encuestados, consideró que la pregunta 2 era poco importante, frente al 11% de los expertos que consideró que era muy importante. Esta respuesta es característica del planteamiento profesional farmacéutico portugués.

PREGUNTA 3: CONSIDERA QUE ES DE IMPORTANCIA LA FORMACIÓN PRÁCTICA ADECUADA PARA EL DESARROLLO DE LAS LABORES PROFESIONALES EN LA FARMACIA:

La media obtenida en las respuestas dadas por los expertos a la pregunta 3 fue 9,00, con una desviación estándar de 1,414, siendo el valor mínimo dado por los expertos a esta cuestión el 6 y el máximo el 10. La mediana se encuentra en 10 y el percentil 75 en 10.

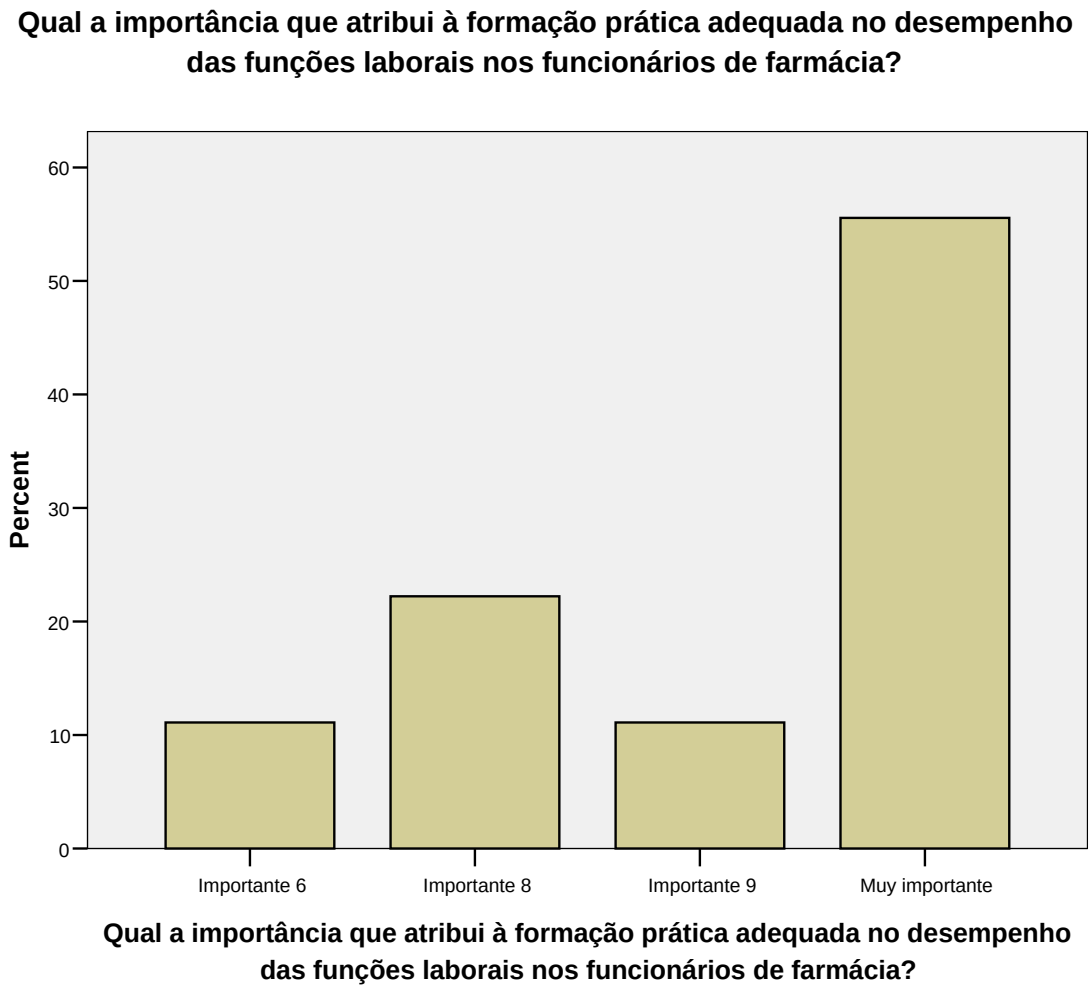


Gráfico 107. Distribución de porcentaje de respuestas en la pregunta 3. Ronda 1 del cuestionario Delphi Portugal.

El 55% de los encuestados consideró que la pregunta 3 era muy importante.

PREGUNTA 4: CÓMO CONSIDERA QUE ES DE IMPORTANTE EL CONOCIMIENTO DE LA NORMATIVA PARA EL DESARROLLO DEL EJERCICIO PROFESIONAL EN LA OFICINA DE FARMACIA:

La media obtenida en las respuestas dadas por los expertos a la pregunta 4 fue 8,78, con una desviación estándar de 1,563, siendo el valor mínimo dado por los expertos a esta cuestión el 6 y el máximo el 10. La mediana se encuentra en 10 y el percentil 75 en 10.

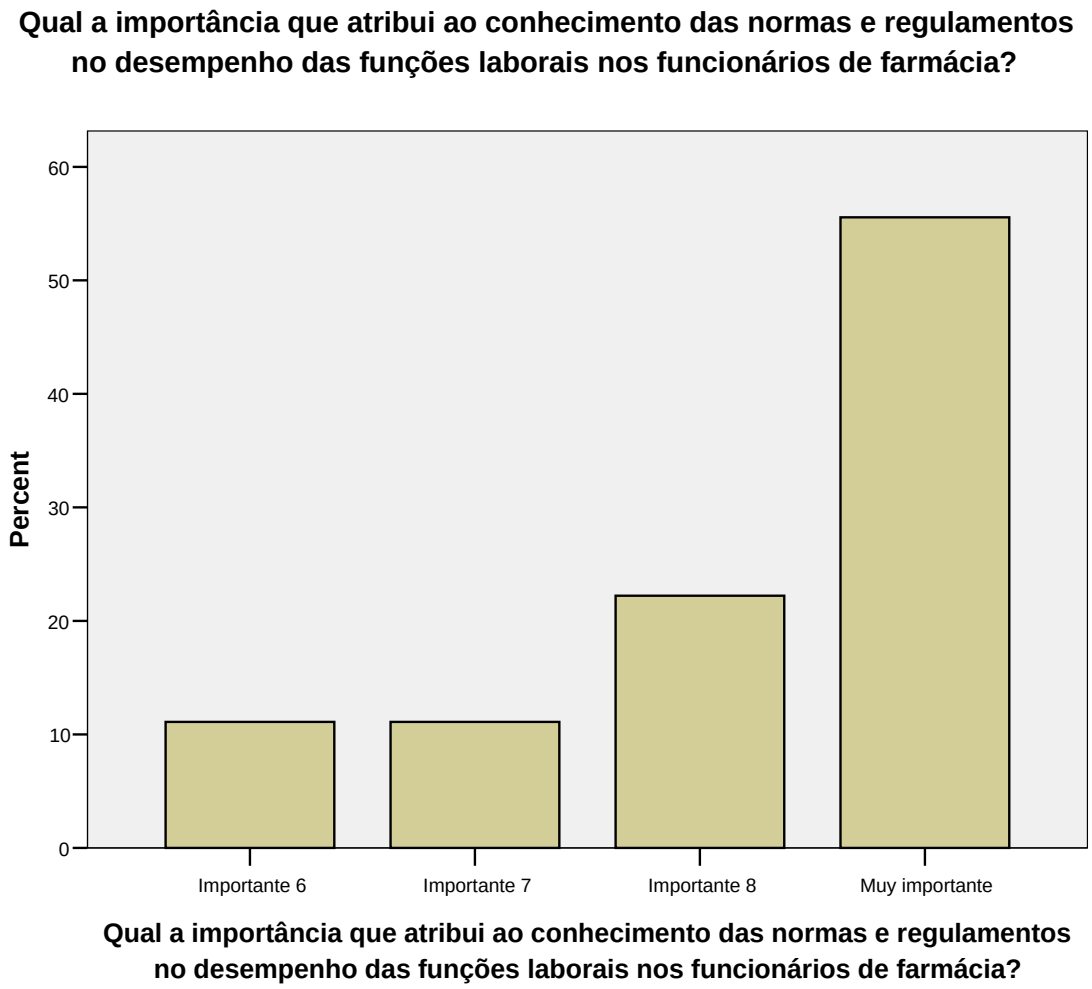


Gráfico 108. Distribución de porcentaje de respuestas en la pregunta 4. Ronda 1 del cuestionario Delphi Portugal.

La mayoría de los expertos, un 55,6% de los encuestados, consideró que la pregunta 4 era muy importante.

PREGUNTA 5: DENTRO DE LAS CUALIDADES PERSONALES DE LOS TRABAJADORES DE LA OFICINA DE FARMACIA CÓMO CONSIDERA DE IMPORTANTE EL RESPETO HACIA LOS PACIENTES, LOS COMPAÑEROS Y EL FARMACÉUTICO TITULAR:

La media obtenida en las respuestas dadas por los expertos a la pregunta 5 fue 9,44, con una desviación estándar de 0,882, siendo el valor mínimo dado por los expertos a esta cuestión el 8 y el máximo el 10. La mediana se encuentra en 10 y el percentil 75 en 10.

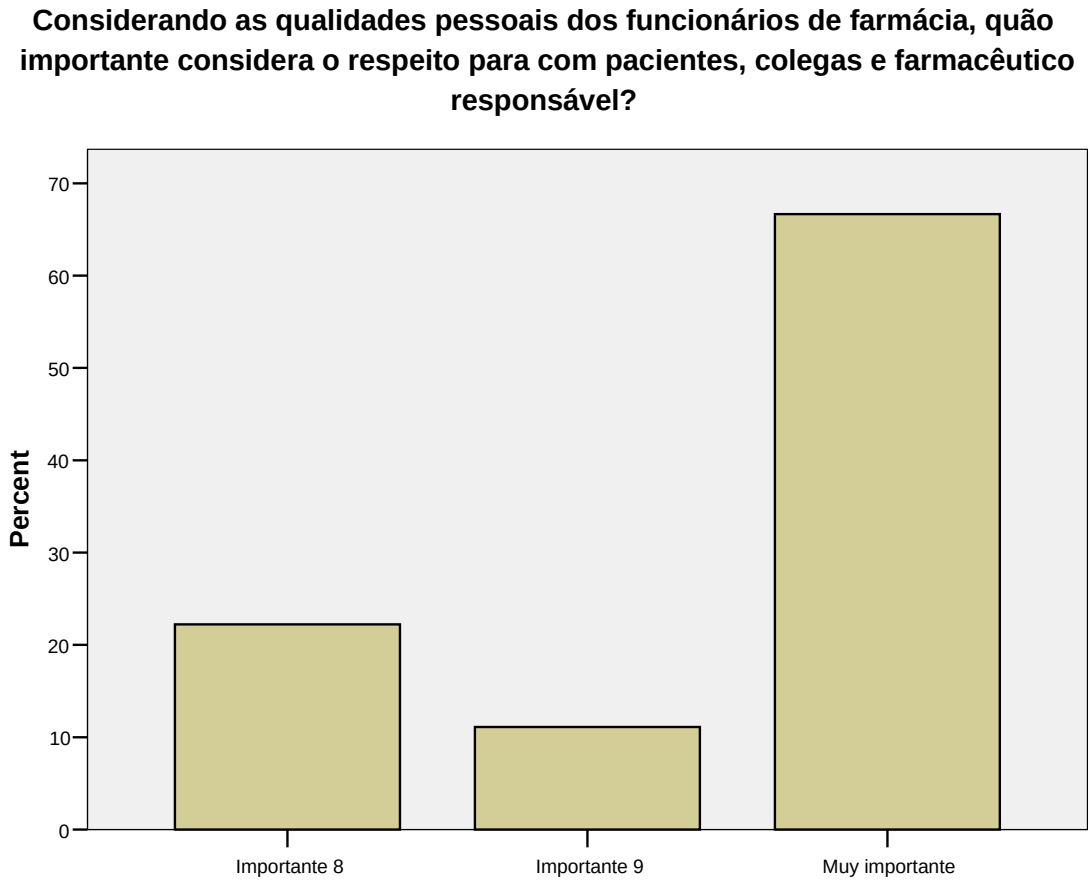


Gráfico 109. Distribución de porcentaje de respuestas en la pregunta 5. Ronda 1 del cuestionario Delphi Portugal.

La mayoría de los expertos, un 66,7% de los encuestados, consideró que la pregunta 5 era muy importante.

PREGUNTA 6: DENTRO DE LAS CUALIDADES PERSONALES DE LOS TRABAJADORES DE LA OFICINA DE FARMACIA CÓMO CONSIDERA DE IMPORTANTE LAS CUALIDADES COMUNICATIVAS ANTE EL PACIENTE:

La media obtenida en las respuestas dadas por los expertos a la pregunta 6 fue 9,22, con una desviación estándar de 1,302, siendo el valor mínimo dado por los expertos a esta cuestión el 6 y el máximo el 10. La mediana se encuentra en 10 y el percentil 75 en 10.

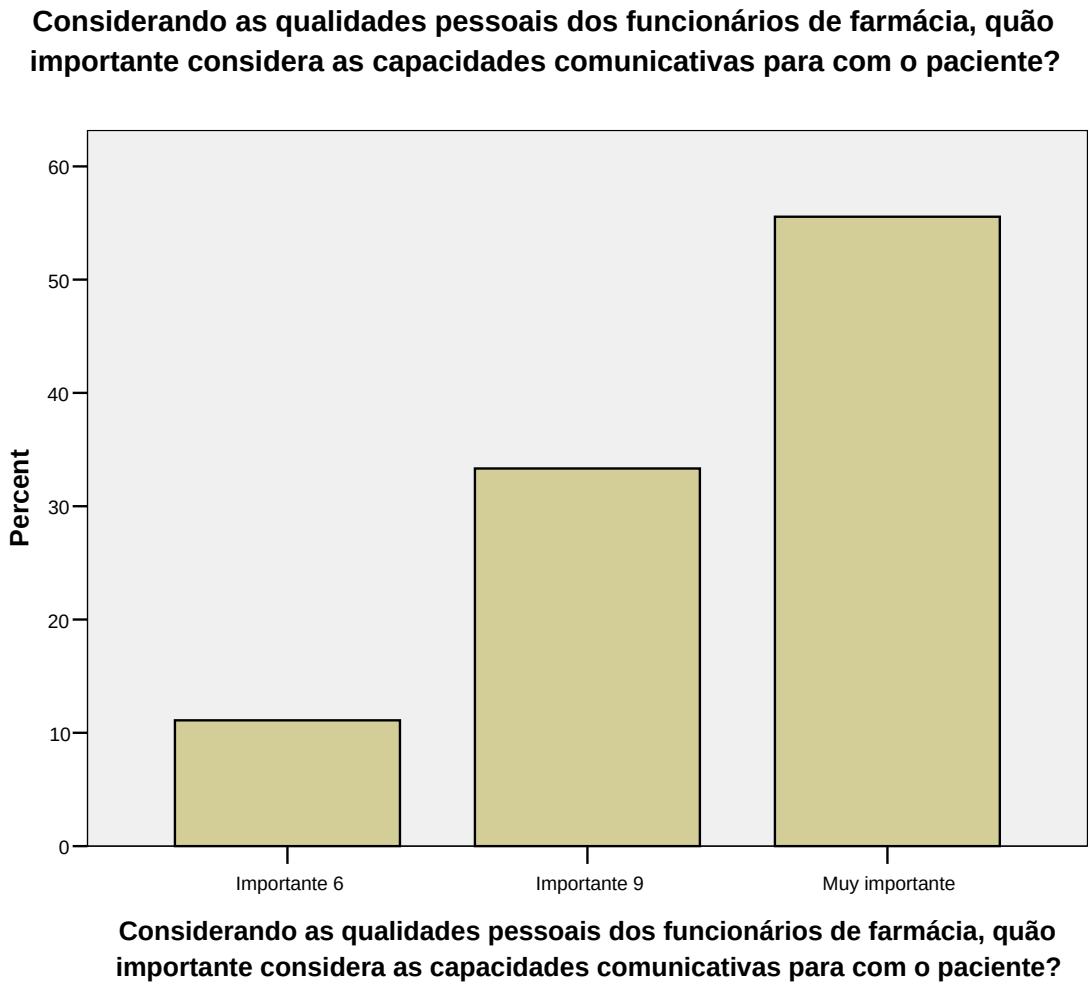


Gráfico 110. Distribución de porcentaje de respuestas en la pregunta 6. Ronda 1 del cuestionario Delphi Portugal.

La mayoría de los expertos, un 55,6% de los encuestados, consideró que la pregunta 6 era muy importante.

PREGUNTA 7: DENTRO DE LAS CUALIDADES PERSONALES DE LOS TRABAJADORES DE LA OFICINA DE FARMACIA CÓMO CONSIDERA DE IMPORTANTE LA CAPACIDAD DE APRENDIZAJE:

La media obtenida en las respuestas dadas por los expertos a la pregunta 7 fue 7,78, con una desviación estándar de 1,302, siendo el valor mínimo dado por los expertos a esta cuestión el 5 y el máximo el 9. La mediana se encuentra en 8 y el percentil 75 en 9.

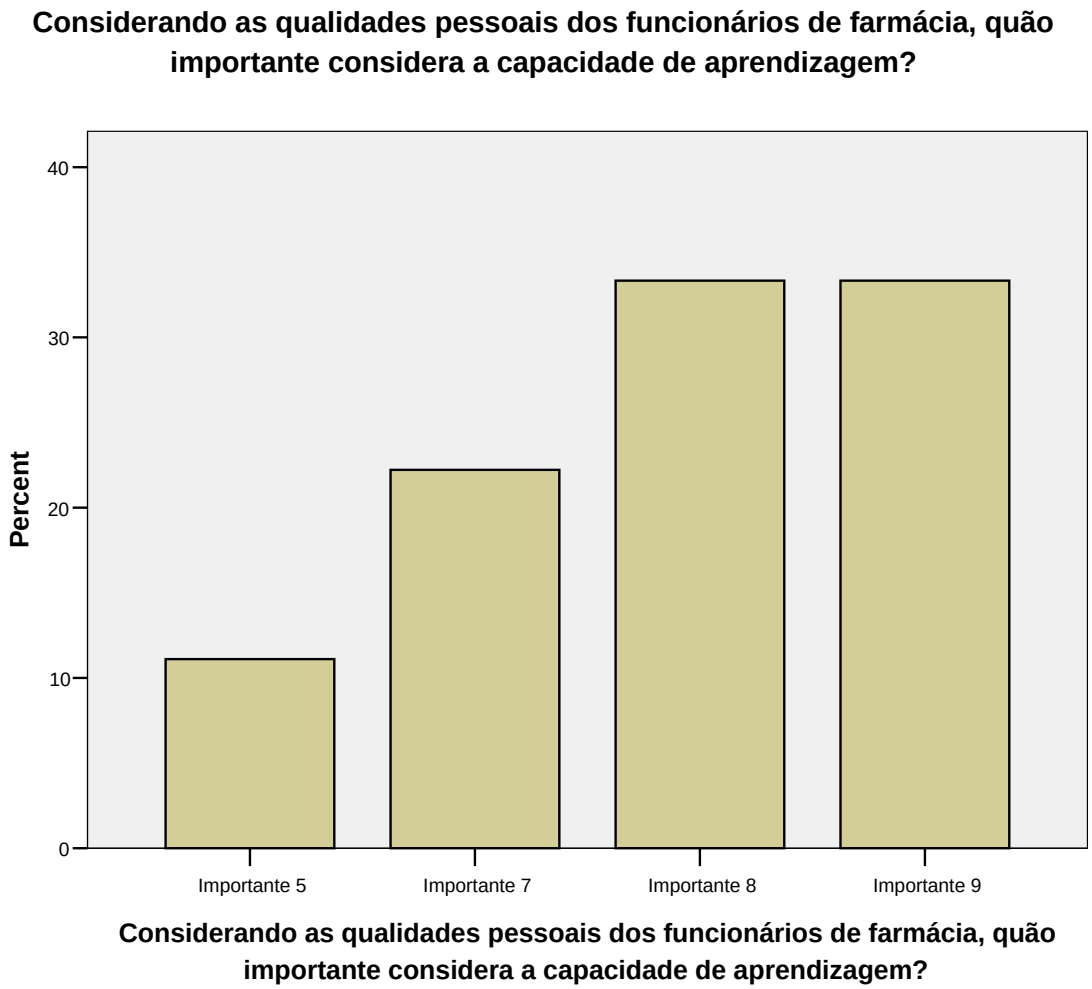


Gráfico 111. Distribución de porcentaje de respuestas en la pregunta 7. Ronda 1 del cuestionario Delphi Portugal.

El 100% de los expertos encuestados consideró que era importante.

PREGUNTA 8: COMO CONSIDERA DE IMPORTANTE EL CONOCIMIENTO DE LOS PROGRAMAS INFORMÁTICOS POR PARTE DEL PERSONAL PARA UNA GESTIÓN EFICAZ DE LA OFICINA DE FARMACIA:

La media obtenida en las respuestas dadas por los expertos a la pregunta 8 fue 8,33, con una desviación estándar de 0,866, siendo el valor mínimo dado por los expertos a esta cuestión el 7 y el máximo el 10. La mediana se encuentra en 8 y el percentil 75 en 9.

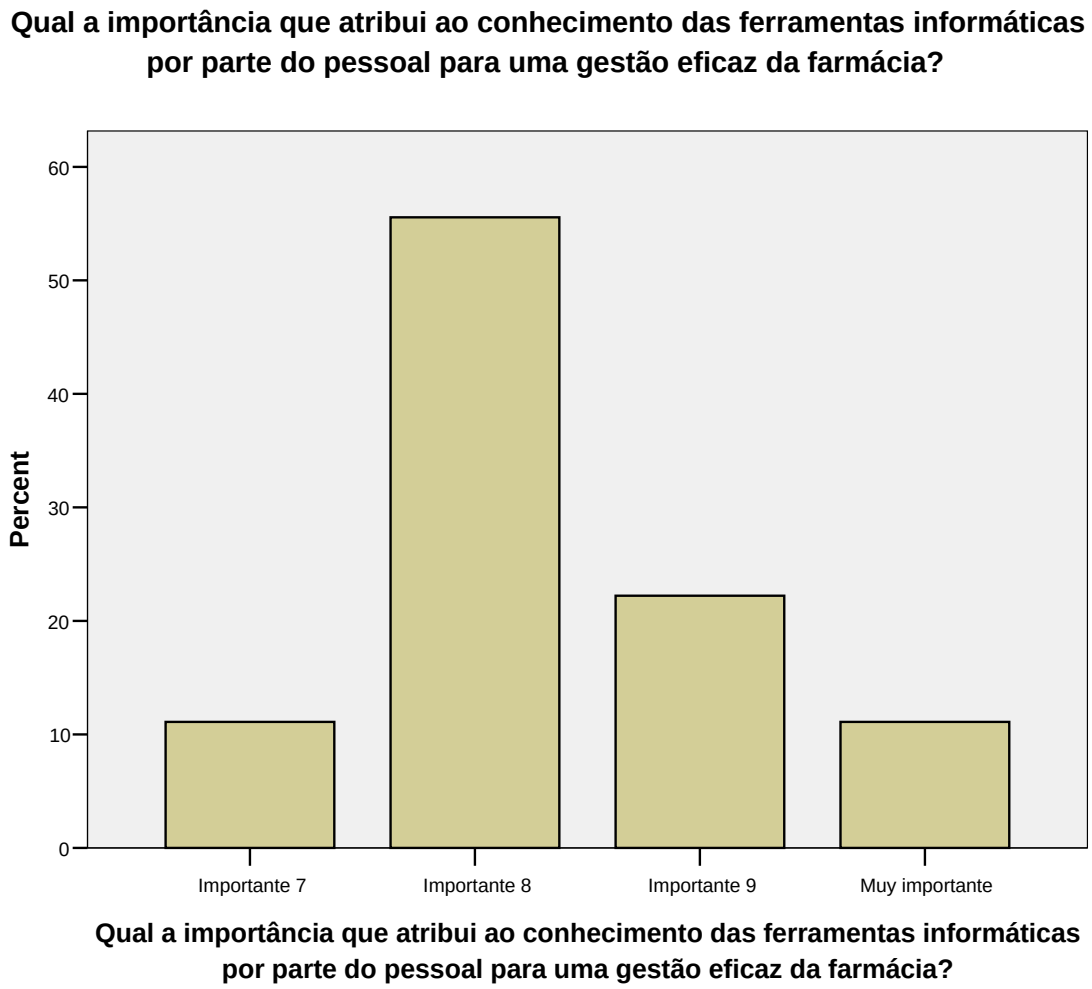


Gráfico 112. Distribución de porcentaje de respuestas en la pregunta 8. Ronda 1 del cuestionario Delphi Portugal.

La mayoría de los expertos, un 88,9% de los encuestados, consideró que la pregunta 8 era importante, con distinta graduación del nivel de importancia entre el 7 y el 9. Solo el 11,1% consideró que era muy importante.

PREGUNTA 9: COMO CONSIDERA QUE ES DE IMPORTANTE UN ASPECTO FÍSICO CUIDADO DEL PERSONAL EN LA OFICINA DE FARMACIA:

La media obtenida en las respuestas dadas por los expertos a la pregunta 9 fue 8,44, con una desviación estándar de 1,014, siendo el valor mínimo dado por los expertos a esta cuestión el 7 y el máximo el 10. La mediana se encuentra en 8 y el percentil 75 en 9,50.

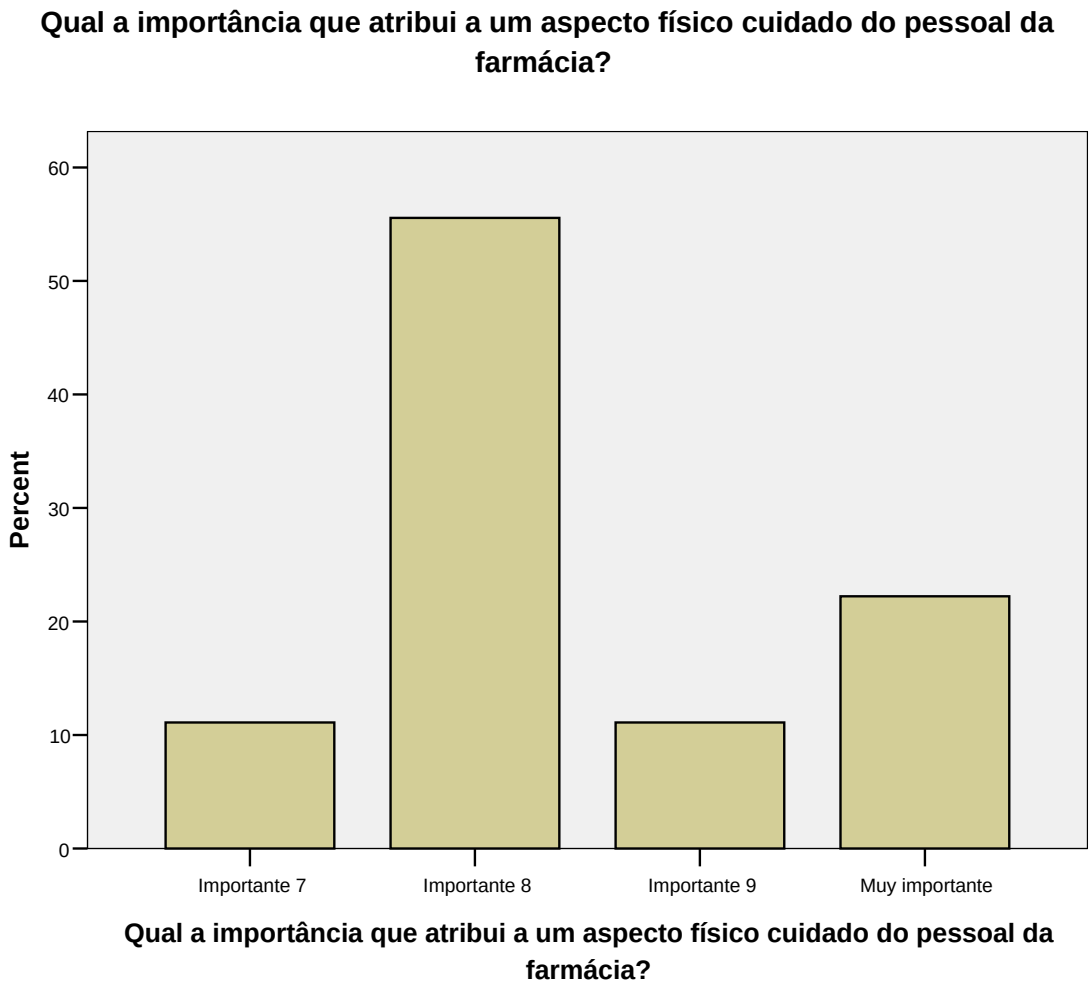


Gráfico 113. Distribución de porcentaje de respuestas en la pregunta 9. Ronda 1 del cuestionario Delphi Portugal.

La mayoría de los expertos, un 77,8% de los encuestados, consideró que la pregunta 9 era importante con distinto grado de importancia (7-9), donde prevalecía la valoración con un 8 a esa importancia (55,6% de las respuestas). El resto de expertos consideraron que era un aspecto muy importante.

PREGUNTA 10: DENTRO DE LAS CUALIDADES PERSONALES DE LOS TRABAJADORES DE LA OFICINA DE FARMACIA CÓMO CONSIDERA DE IMPORTANTE LA CAPACIDAD DE TRABAJO EN EQUIPO:

La media obtenida en las respuestas dadas por los expertos a la pregunta 10 fue 9,22, con una desviación estándar de 0,972, siendo el valor mínimo dado por los expertos a esta cuestión el 8 y el máximo el 10. La mediana se encuentra en 10 y el percentil 75 en 10.

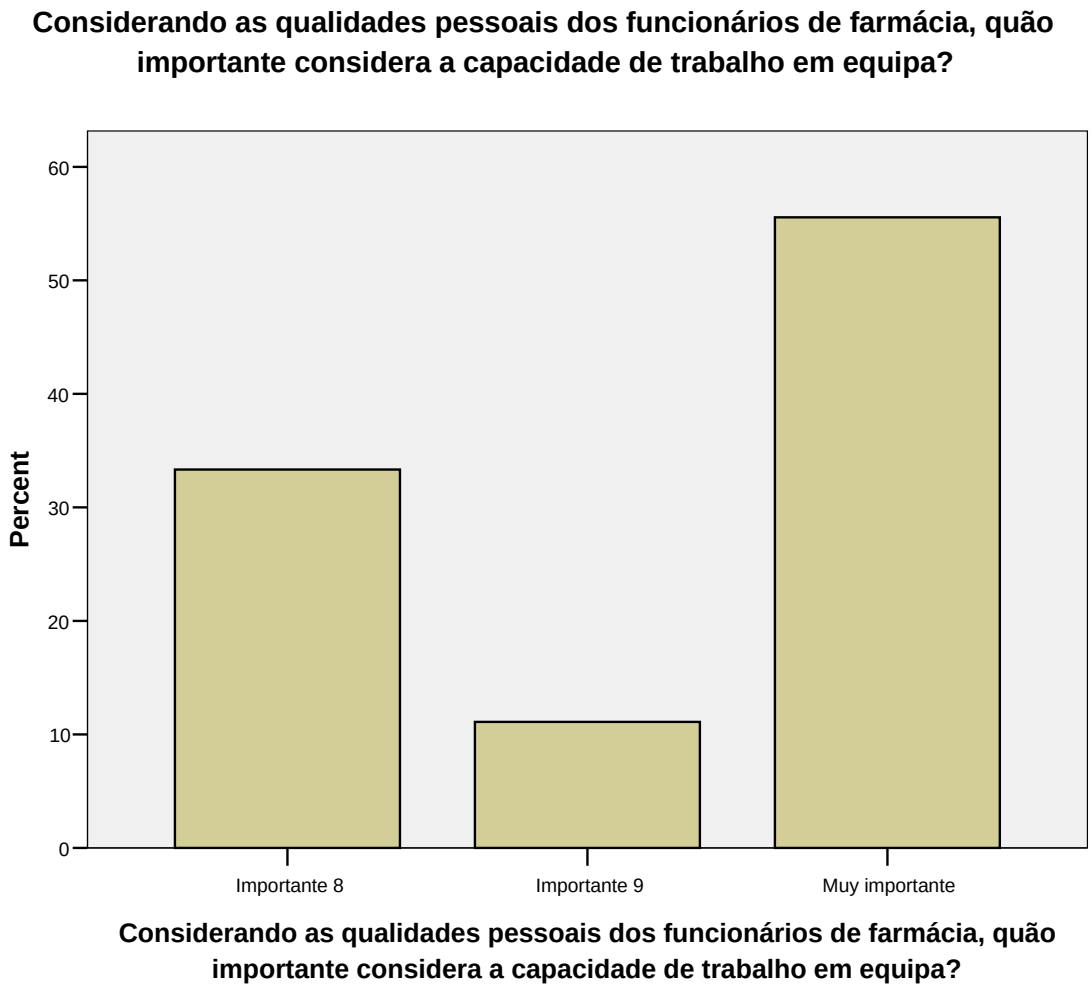


Gráfico 114. Distribución de porcentaje de respuestas en la pregunta 10. Ronda 1 del cuestionario Delphi Portugal.

La mayoría de los expertos, un 55,6% de los encuestados, consideró que la pregunta 10 era muy importante.

PREGUNTA 11: DENTRO DE LAS CUALIDADES PERSONALES DE LOS TRABAJADORES DE LA OFICINA DE FARMACIA CÓMO CONSIDERA DE IMPORTANTE LA RESPONSABILIDAD INDIVIDUAL DEL PERSONAL PARA OBTENER UN SERVICIO FARMACÉUTICO EFICIENTE:

La media obtenida en las respuestas dadas por los expertos a la pregunta 11 fue 9,56 con una desviación estándar de 0,726, siendo el valor mínimo dado por los expertos a esta cuestión el 8 y el máximo el 10. La mediana se encuentra en 10 y el percentil 75 en 10.

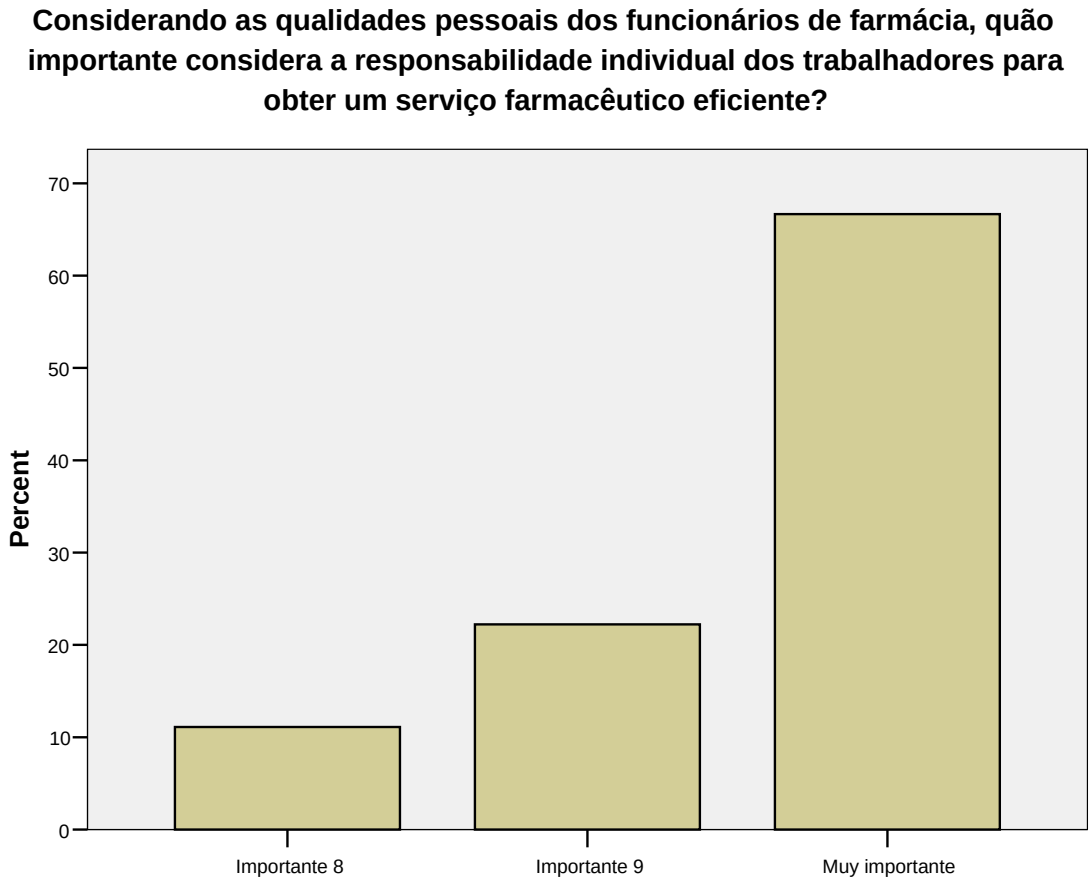


Gráfico 115. Distribución de porcentaje de respuestas en la pregunta 11. Ronda 1 del cuestionario Delphi Portugal.

La mayoría de los expertos, un 66,7% de los encuestados, consideró que la pregunta 11 era muy importante.

PREGUNTA	CÓDIGO
1. Considera que as dificuldades para contratar pessoal de farmácia, e em particular para contratar adjuntos são…	**Q101**
2. Considera que as dificuldades para contratar pessoal de farmácia, e em particular para contratar substitutos são …	**Q102**
3. Qual a importância que atribui à formação prática adequada no desempenho das funções laborais nos funcionários de farmácia?	**Q103**
4. Qual a importância que atribui ao conhecimento das normas e regulamentos no desempenho das funções laborais nos funcionários de farmácia?	**Q104**
5. Considerando as qualidades pessoais dos funcionários de farmácia, quão importante considera o respeito para com pacientes, colegas e farmacêutico responsável?	**Q105**
6. Considerando as qualidades pessoais dos funcionários de farmácia, quão importante considera as capacidades comunicativas para com o paciente?	**Q106**
7. Considerando as qualidades pessoais dos funcionários de farmácia, quão importante considera a capacidade de aprendizagem?	**Q107**
8. Qual a importância que atribui ao conhecimento das ferramentas informáticas por parte do pessoal para uma gestão eficaz da farmácia?	**Q108**
9. Qual a importância que atribui a um aspecto físico cuidado do pessoal da farmácia?	**Q109**
10. Considerando as qualidades pessoais dos funcionários de farmácia, quão importante considera a capacidade de trabalho em equipa?	**Q110**
11. Considerando as qualidades pessoais dos funcionários de farmácia, quão importante considera a responsabilidade individual dos trabalhadores para obter um serviço farmacêutico eficiente?	**Q111**

Tabla 100. Preguntas que obtuvieron mayor puntuación en la Ronda 1 Delphi Portugal. Elaboración propia.

En la tabla 100 se marcan en color amarillo las 6 preguntas que obtuvieron mayor puntuación media de los expertos y a demás coincide que obtuvieron la media de puntuación más alta.

A los expertos se les reenviaron los resultados vía e-mail junto con estas tres preguntas:

- Está de acordo com a média obtida para o conjunto de entrevistados? Sim/Não. (¿Esta Ud. de acuerdo con la media obtenida para el conjunto de los consultados? Si/no)
- Caso não concorde, qual o valor que acha adequado? En caso de que no se halle de acuerdo, ¿Cuál es el nuevo valor que propone?)
- Se lhe parecer necessário, poderia justificar a sua resposta? (Si lo juzga necesario, ¿podría justificar dicha respuesta?).

La mayoría de los expertos portugueses estuvieron de acuerdo con los valores obtenidos y no se propusieron nuevos valores pero se planteó por parte de varios de ellos el por qué la puntuación media obtenida en la pregunta Q104 era inferior a las cualidades personales. El control específico de la calidad de estos datos se aborda a grandes rasgos desde los ámbitos del consenso/dispersión de las respuestas, existe una mayor dispersión que la observada en los resultados españoles aunque solo se observan valores atípicos u outliers en la pregunta 9, con un único experto que se aleja del rango intercuartílico Q1-Q3.

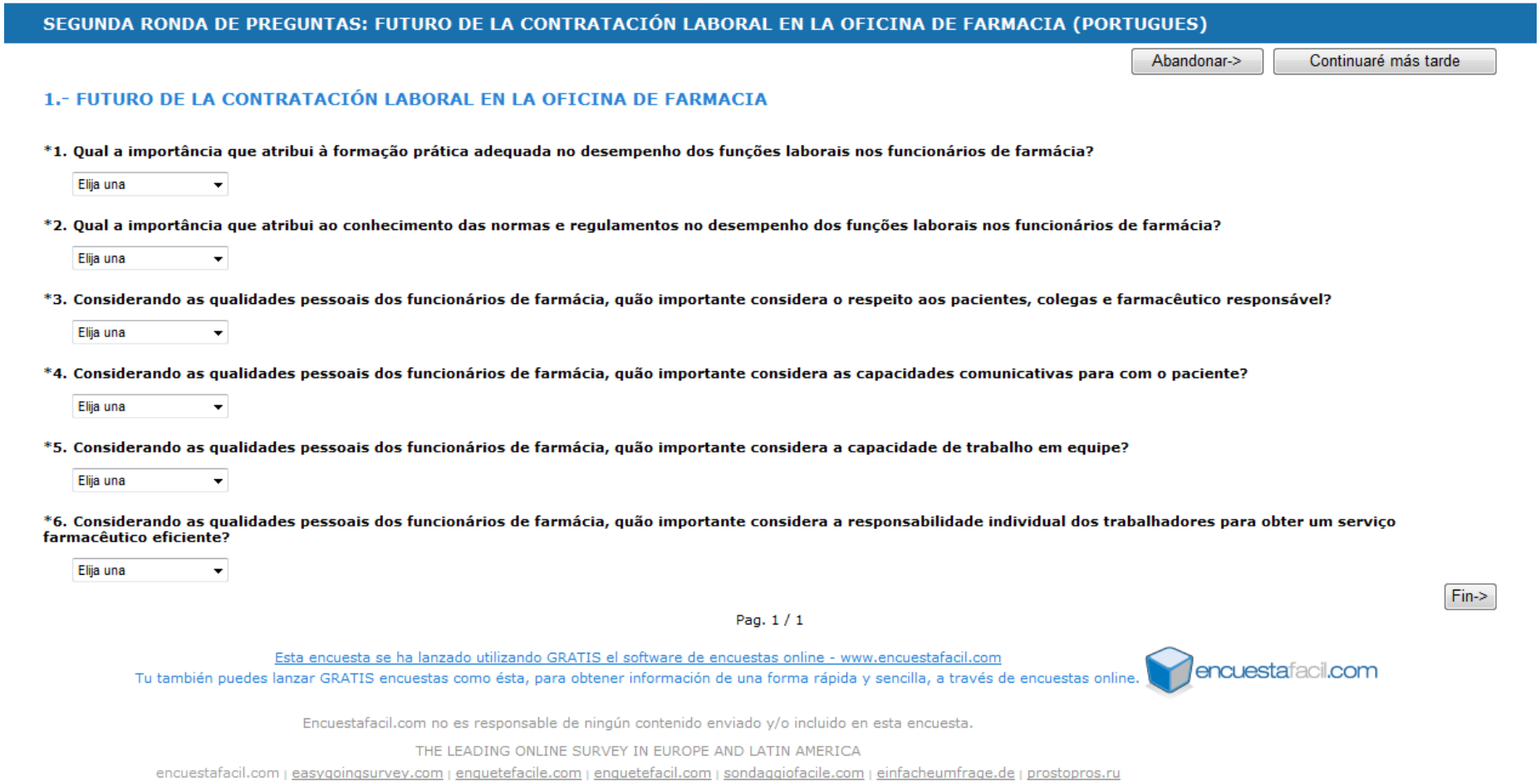
Al ser un tamaño muestral reducido, debido a la tasa de respuesta recibida, la estabilidad de las opiniones de los expertos, la especificidad de sus aportaciones y la participación de los mismos no puede ser evaluada de manera objetiva. Todos los expertos completaron las dos rondas.

El cuestionario definitivo de la segunda ronda se envío a los 24 expertos portugueses que participaron en la primera ronda. Se utilizó un cuestionario electrónico diseñado por el investigador principal, que usó para su realización la herramienta informática gratuita accesible on-line en la página www.encuestafacil.com, que permitió a los "expertos" acceder al cuestionario de manera automática clicando en el link contenido en el mail enviado por el investigador, vinculo que, por un lado, garantizaba el anonimato del "experto" y por otro, recogía de manera automática las respuestas.
(http://www.encuestafacil.com/RespWeb/Qn.aspx?EID=956986).[409]

Al igual que en la primera ronda, al clicar en el vínculo, los "expertos" se encontraban con una página web sencilla y cómoda de usar que, en menos de 5 minutos, permitía completar de manera satisfactoria la encuesta. Todas las preguntas debían ser respondidas para que finalizase el cuestionario y se registraran las respuestas.

A continuación, se muestra una imagen del formato que presentaba la encuesta recibida por los "expertos" portugueses.

[409] Actualmente este cuestionario se encuentra cerrado al público y no se puede acceder on-line.



Documento 12. Encuesta on-line en portugués. Ronda 2 Delphi Portugal.

Al igual que en la ronda 1, el propio vínculo a la encuesta registraba on-line las respuestas dadas por los "expertos" a las seis preguntas del cuestionario sobre el futuro de la contratación laboral en la oficina de farmacia italianas. Estas respuestas podían ser explotadas on-line o exportadas en formato Excel para un análisis más completo. El programa estaba configurado para que cada "experto" pudiera contestar una única vez a las preguntas del cuestionario, si intentaba acceder de nuevo la página le bloquearía el paso.

Se optó por la creación de una base de datos específica para el estudio en formato Excel, al igual que las realizadas para la tormenta de ideas. Se exportaron los datos recogidos en la página web www.encuestafacil.com, vinculados a la encuesta titulada "Futuro de la contratación laboral en la oficina de farmacia: implicaciones socio-laborales (Segunda Ronda Portugal)", a una base de datos denominada RESULTADOS DELPHI SEGUNDA RONDA PORTUGAL y se procedió a la grabación de los datos. La creación de una base de datos informatizada que incluyera los resultados de la encuesta facilitó la exportación de los datos, una vez tratados, a otros programas informáticos de análisis estadístico como es el SPSS 13.0, lo cual permitió llevar a cabo un análisis estadístico de los datos más completo.

Las preguntas del cuestionario fueron codificadas con un código alfanumérico representativo de manera lógico-intuitiva del concepto a codificar para la inserción en la base de datos. Al igual que en la ronda 1 se eligió la letra Q, indicadora de pregunta (Pergunta-Q, pues la P ya había sido utilizada para España), y tres números, el primero indicaba el número de ronda del estudio Delphi en la que se realizaba esta pregunta y los dos siguientes el orden en que se hacía la pregunta, iniciándose el contador en 01. El resultado final fue: Q201, Q202, Q203, … hasta Q206, tal y como se puede observar en la tabla 101.

PREGUNTA	CÓDIGO
1. Qual a importância que atribui à formação prática adequada no desempenho das funções laborais nos funcionários de farmácia?	**Q201**
2. Qual a importância que atribui ao conhecimento das normas e regulamentos no desempenho das funções laborais nos funcionários de farmácia?	**Q202**
3. Considerando as qualidades pessoais dos funcionários de farmácia, quão importante considera o respeito para com pacientes, colegas e farmacêutico responsável?	**Q203**
4. Considerando as qualidades pessoais dos funcionários de farmácia, quão importante considera as capacidades comunicativas para com o paciente?	**Q204**
5. Considerando as qualidades pessoais dos funcionários de farmácia, quão importante considera a capacidade de trabalho em equipa?	**Q205**
6. Considerando as qualidades pessoais dos funcionários de farmácia, quão importante considera a responsabilidade individual dos trabalhadores para obter um serviço farmacêutico eficiente?	**Q206**

Tabla 101. Codificación del cuestionario de la segunda ronda Delphi: Portugal. Elaboración propia.

Los "expertos" portugueses respondieron a las preguntas valorando de 1 a 10 en función de la importancia que tuviera para ellos cada uno de los temas que se les presentaron en lo referente al personal de la oficina de farmacia, considerando el 1 poco importante, el 5 importante y el 10 muy importante.

La segunda ronda de preguntas tuvo lugar entre el 7 y el 17 de Abril de 2011.

Al igual que en la ronda 1 del estudio Delphi, se realizó un análisis completo. Se utilizaron medidas de tendencia central y de dispersión como la **media, la mediana, la moda, el máximo, el mínimo y la desviación típica** (Ver tabla 102).

		Q201	Q202	Q203	Q204	Q205	Q206
		Qual a importância que atribui à formação prática adequada no desempenho das funções laborais nos funcionários de farmácia?	Qual a importância que atribui ao conhecimento das normas e regulamentos no desempenho das funções laborais nos funcionários de farmácia?	Considerando as qualidades pessoais dos funcionários de farmácia, quão importante considera o respeito para com pacientes, colegas e farmacêutico responsável?	Considerando as qualidades pessoais dos funcionários de farmácia, quão importante considera as capacidades comunicativas para com o paciente?	Considerando as qualidades pessoais dos funcionários de farmácia, quão importante considera a capacidade de trabalho em equipa?	Considerando as qualidades pessoais dos funcionários de farmácia, quão importante considera a responsabilidade individual dos trabalhadores para obter um serviço farmacêutico eficiente?
N	Valid	9	9	9	9	9	9
Mean		8,89	8,67	9,00	8,89	9,11	9,44
Std. Error of Mean		,351	,527	,408	,351	,351	,294
Median		9,00	9,00	10,00	9,00	9,00	10,00
Mode		9(a)	9(a)	10	9(a)	10	10
Std. Deviation		1,054	1,581	1,225	1,054	1,054	,882
Variance		1,111	2,500	1,500	1,111	1,111	,778
Minimum		7	5	7	7	7	8
Maximum		10	10	10	10	10	10
Sum		80	78	81	80	82	85
Percentiles	25	8,00	8,00	8,00	8,00	8,50	8,50
	50	9,00	9,00	10,00	9,00	9,00	10,00
	75	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00	10,00

Tabla 102. Resumen de medidas de tendencia central y de dispersión. Ronda 2 del cuestionario Delphi Portugal. Elaboración propia.

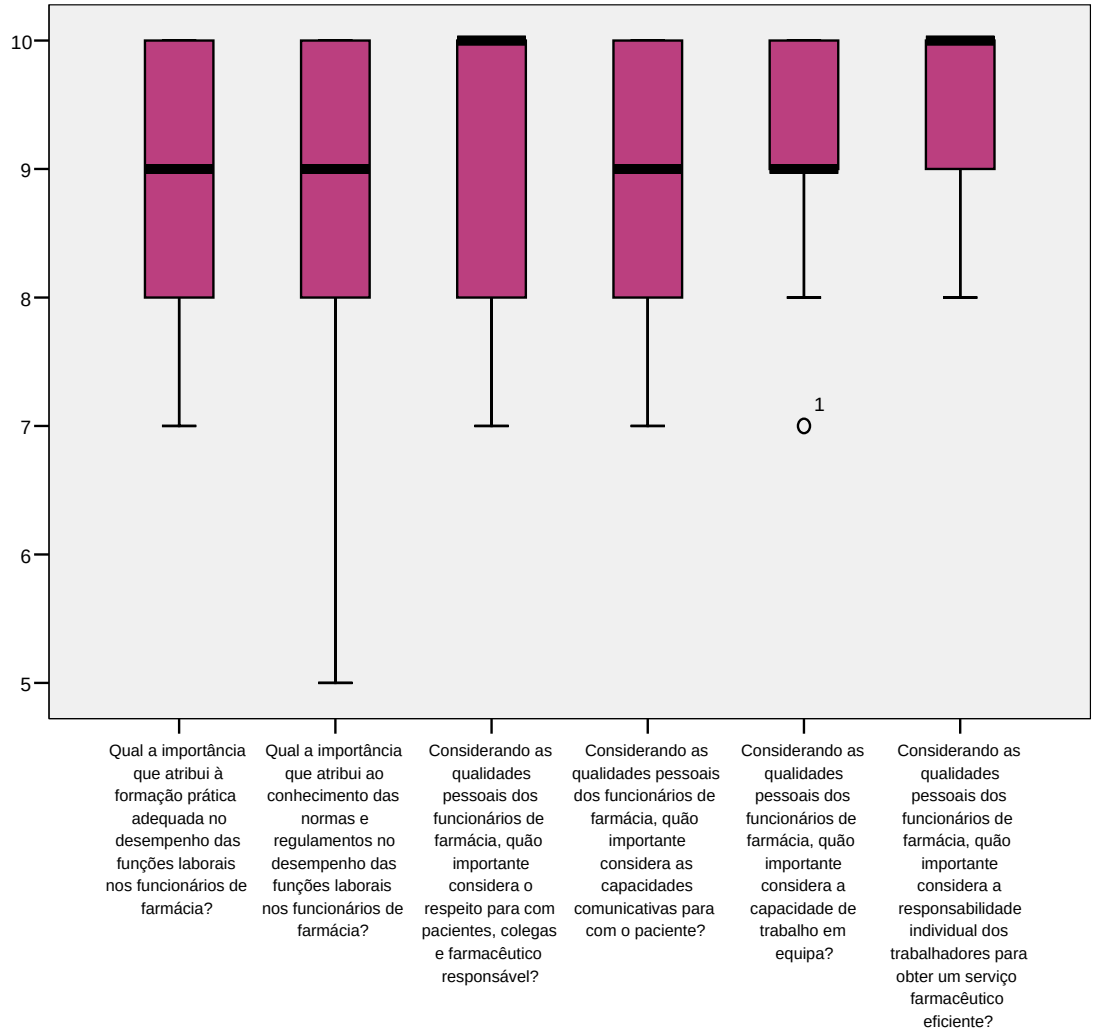


Gráfico 116. Boxplot o diagrama de caja. Respuestas Ronda 2 del cuestionario Delphi Portugal.

La tabla 102 ofrece de manera estructurada un resumen de las medidas de frecuencia más importantes analizadas en este estudio.

Un **diagrama de caja** o **gráfico boxplot** es un gráfico basado en cuartiles. El gráfico 116 representa un boxplot o diagrama de caja realizado mediante el cual se visualiza las respuestas de la segunda ronda del cuestionario Delphi. Muestra que todas las preguntas obtuvieron respuestas con una mediana superior a 9, por tanto los “expertos” consideraron importantes o muy importantes todos los ítems por los que fueron preguntados. Las distribuciones de las respuestas fueron características para cada una de las preguntas, como se detallará más adelante en los gráficos de frecuencia por porcentaje de las respuestas.

PREGUNTA 1: CONSIDERA QUE ES DE IMPORTANCIA LA FORMACIÓN PRÁCTICA ADECUADA PARA EL DESARROLLO DE LAS LABORES PROFESIONALES EN LA FARMACIA:

La media obtenida en las respuestas dadas por los expertos a la pregunta 1 fue 8,89, con una desviación estándar de 1,054, siendo el valor mínimo dado por los expertos a esta cuestión el 7 y el máximo el 10. La mediana se encuentra en 9 y el percentil 75 en 10.

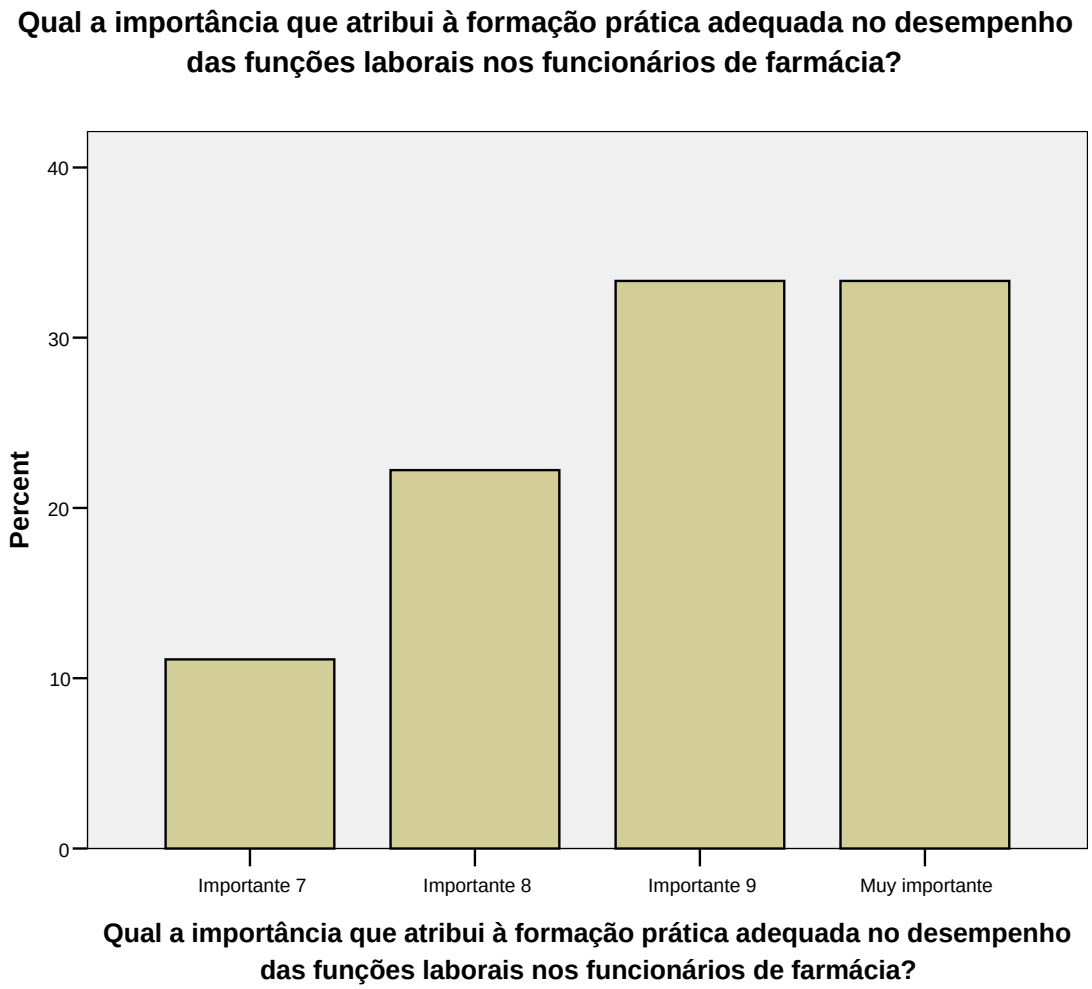


Gráfico 117. Distribución de porcentaje de respuestas en la pregunta 1. Ronda 2 del cuestionario Delphi Portugal.

El 66,7% de los encuestados consideró que la pregunta 1 era importante y el 33,3% que era muy importante.

PREGUNTA 2: CÓMO CONSIDERA QUE ES DE IMPORTANTE EL CONOCIMIENTO DE LA NORMATIVA PARA EL DESARROLLO DEL EJERCICIO PROFESIONAL EN LA OFICINA DE FARMACIA:

La media obtenida en las respuestas dadas por los expertos a la pregunta 2 fue 8,67, con una desviación estándar de 1,581, siendo el valor mínimo dado por los expertos a esta cuestión el 5 y el máximo el 10. La mediana se encuentra en 9 y el percentil 75 en 10.

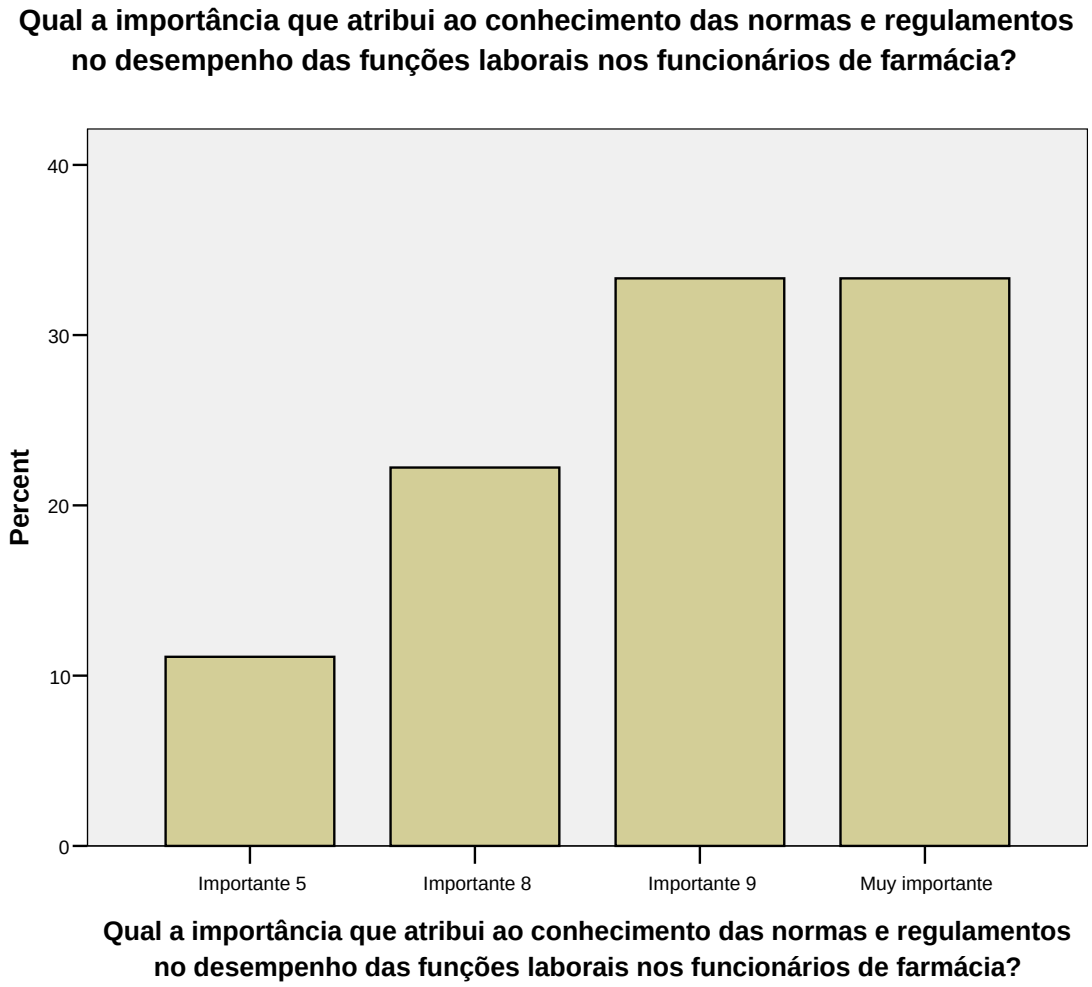


Gráfico 118. Distribución de porcentaje de respuestas en la pregunta 2. Ronda 2 del cuestionario Delphi Portugal.

La mayoría de los expertos, un 66,7% de los encuestados, consideró que la pregunta 2 era importante y el 33,7 % de los encuestados que era muy importante.

PREGUNTA 3: DENTRO DE LAS CUALIDADES PERSONALES DE LOS TRABAJADORES DE LA OFICINA DE FARMACIA CÓMO CONSIDERA DE IMPORTANTE EL RESPETO HACIA LOS PACIENTES, LOS COMPAÑEROS Y EL FARMACÉUTICO TITULAR:

La media obtenida en las respuestas dadas por los expertos a la pregunta 3 fue 9,00, con una desviación estándar de1,225, siendo el valor mínimo dado por los expertos a esta cuestión el 7 y el máximo el 10. La mediana se encuentra en 10 y el percentil 75 en 10.

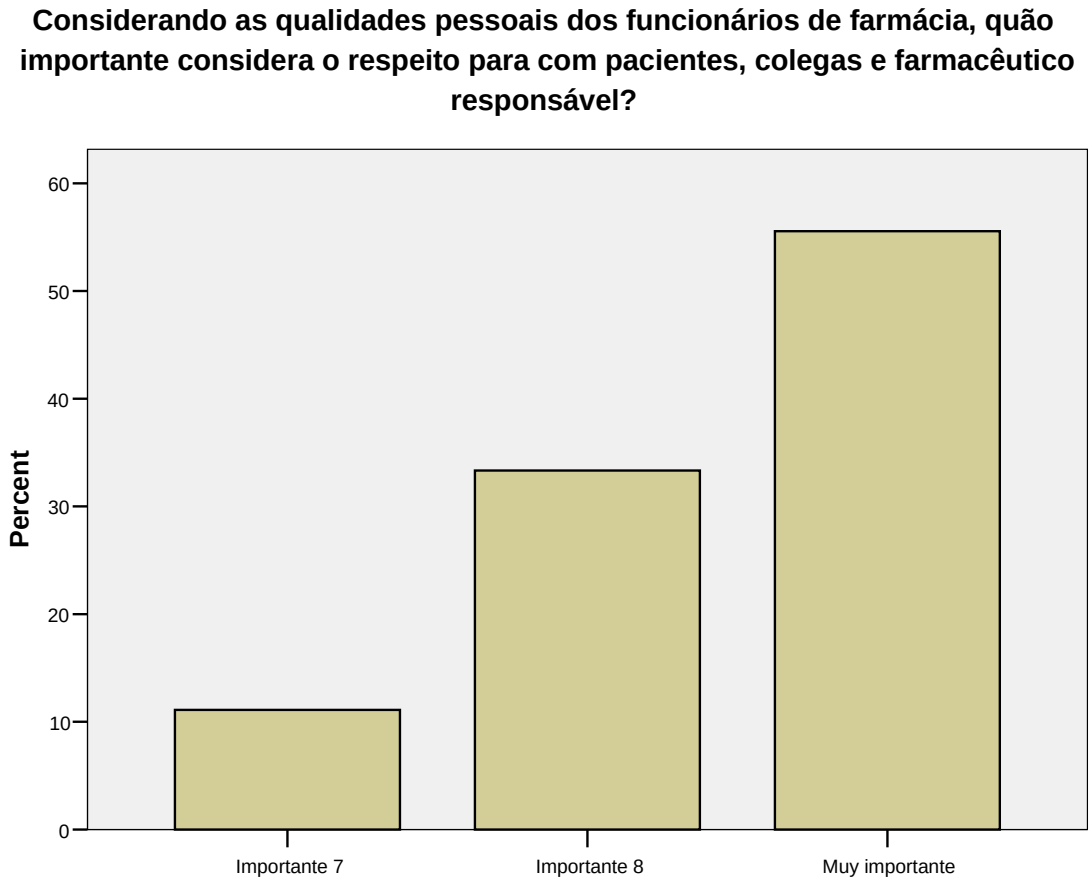


Gráfico 119. Distribución de porcentaje de respuestas en la pregunta 3. Ronda 2 del cuestionario Delphi Portugal.

La mayoría de los expertos, un 55,6% de los encuestados, consideró que la pregunta 3 era muy importante.

PREGUNTA 4: DENTRO DE LAS CUALIDADES PERSONALES DE LOS TRABAJADORES DE LA OFICINA DE FARMACIA CÓMO CONSIDERA DE IMPORTANTE LAS CUALIDADES COMUNICATIVAS ANTE EL PACIENTE:

La media obtenida en las respuestas dadas por los expertos a la pregunta 4 fue 8,89, con una desviación estándar de 1,054, siendo el valor mínimo dado por los expertos a esta cuestión el 7 y el máximo el 10. La mediana se encuentra en 9 y el percentil 75 en 10.

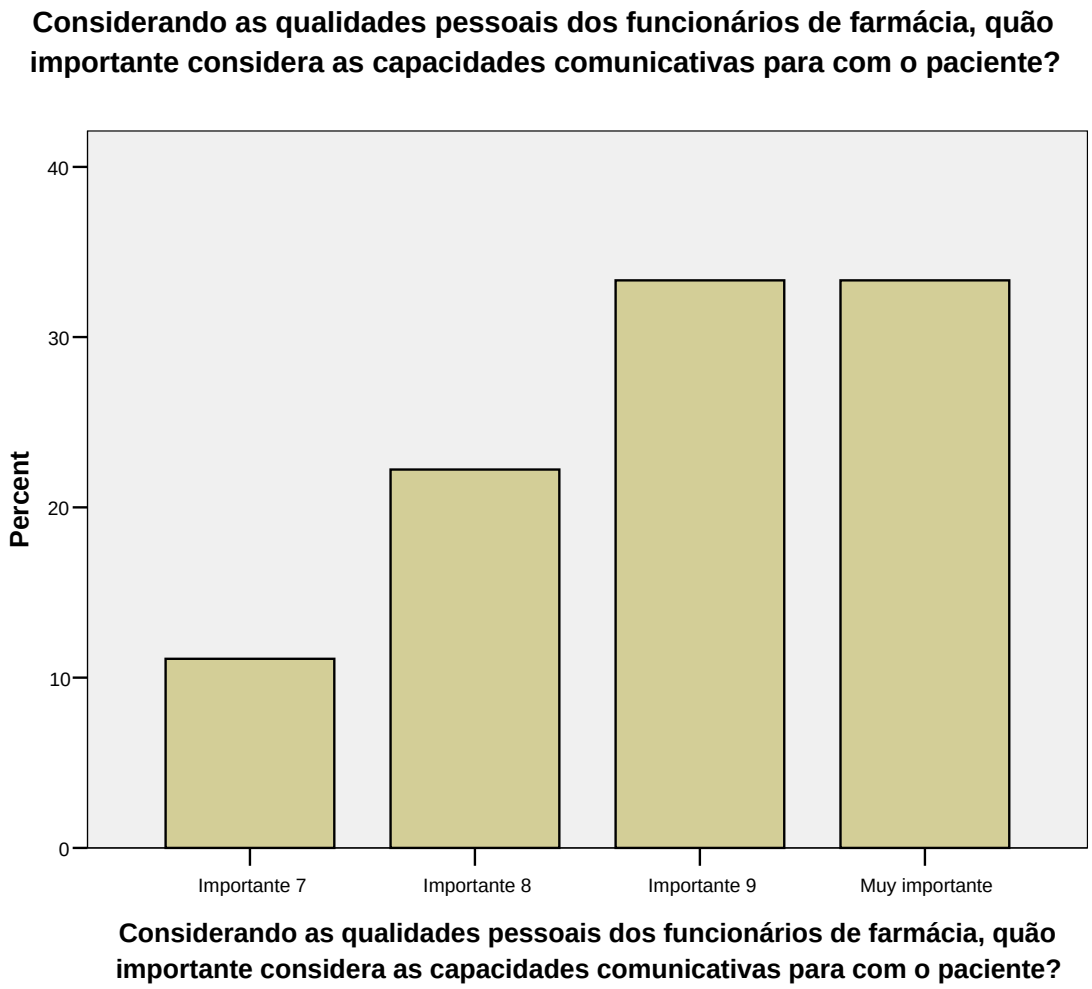


Gráfico 120. Distribución de porcentaje de respuestas en la pregunta 4. Ronda 2 del cuestionario Delphi Portugal.

La mayoría de los expertos, un 66,7% de los encuestados, consideró que la pregunta 4 era importante y un 33,3% que era muy importante.

PREGUNTA 5: DENTRO DE LAS CUALIDADES PERSONALES DE LOS TRABAJADORES DE LA OFICINA DE FARMACIA CÓMO CONSIDERA DE IMPORTANTE LA CAPACIDAD DE TRABAJO EN EQUIPO:

La media obtenida en las respuestas dadas por los expertos a la pregunta 5 fue 9,11, con una desviación estándar de 1,054, siendo el valor mínimo dado por los expertos a esta cuestión el 7 y el máximo el 10. La mediana se encuentra en 9 y el percentil 75 en 10.

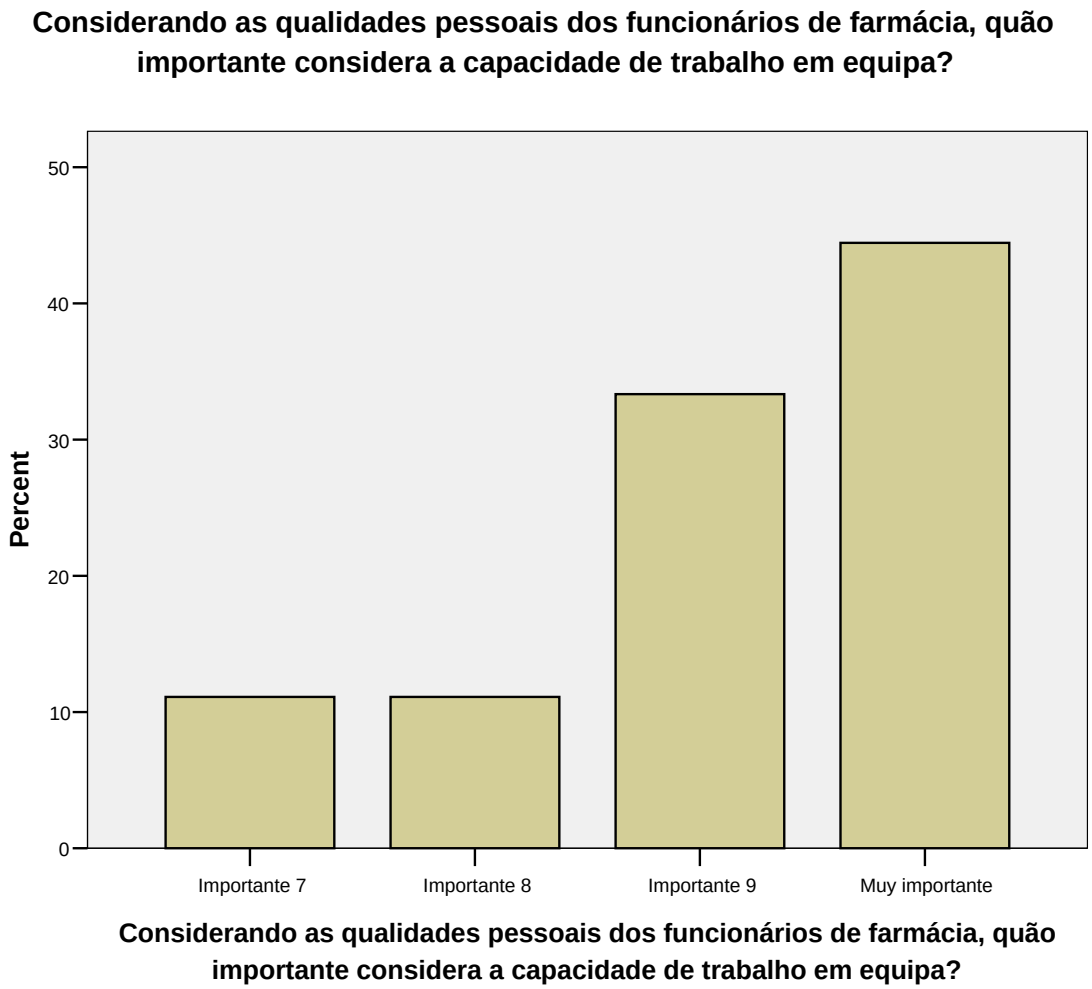


Gráfico 121. Distribución de porcentaje de respuestas en la pregunta 5. Ronda 2 del cuestionario Delphi Portugal.

La mayoría de los expertos, un 55,6% de los encuestados, consideró que la pregunta 5 era importante y un 44,4 que era muy importante.

PREGUNTA 6: DENTRO DE LAS CUALIDADES PERSONALES DE LOS TRABAJADORES DE LA OFICINA DE FARMACIA CÓMO CONSIDERA DE IMPORTANTE LA RESPONSABILIDAD INDIVIDUAL DEL PERSONAL PARA OBTENER UN SERVICIO FARMACÉUTICO EFICIENTE:

La media obtenida en las respuestas dadas por los expertos a la pregunta 6 fue 9,44 con una desviación estándar de 0,882, siendo el valor mínimo dado por los expertos a esta cuestión el 8 y el máximo el 10. La mediana se encuentra en 10 y el percentil 75 en 10.

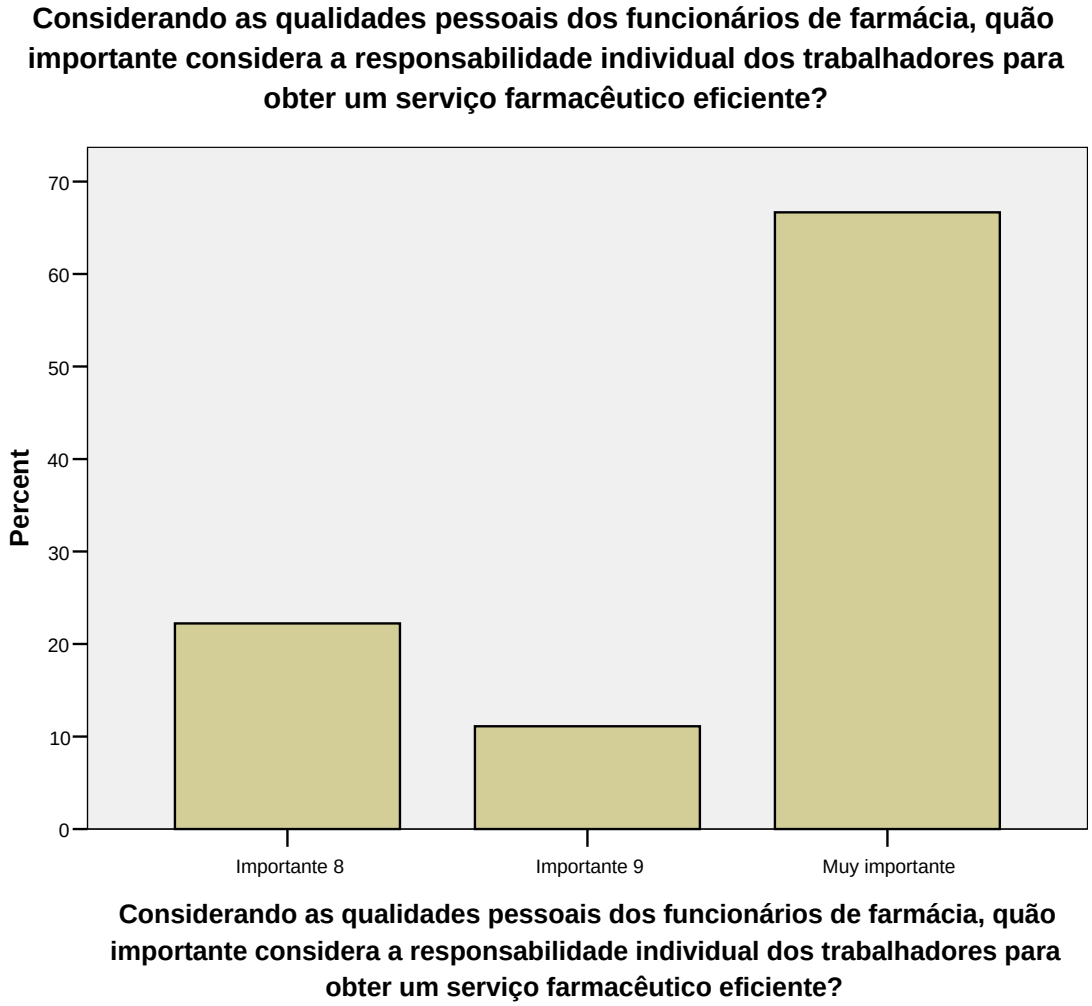


Gráfico 122. Distribución de porcentaje de respuestas en la pregunta 6. Ronda 2 del cuestionario Delphi Portugal.

La mayoría de los expertos, un 66,7% de los encuestados, consideró que la pregunta 6 era muy importante.

PREGUNTA	CÓDIGO
1. Qual a importância que atribui à formação prática adequada no desempenho das funções laborais nos funcionários de farmácia?	**Q201**
2. Qual a importância que atribui ao conhecimento das normas e regulamentos no desempenho das funções laborais nos funcionários de farmácia?	**Q202**
3. Considerando as qualidades pessoais dos funcionários de farmácia, quão importante considera o respeito para com pacientes, colegas e farmacêutico responsável?	**Q203**
4. Considerando as qualidades pessoais dos funcionários de farmácia, quão importante considera as capacidades comunicativas para com o paciente?	**Q204**
5. Considerando as qualidades pessoais dos funcionários de farmácia, quão importante considera a capacidade de trabalho em equipa?	**Q205**
6. Considerando as qualidades pessoais dos funcionários de farmácia, quão importante considera a responsabilidade individual dos trabalhadores para obter um serviço farmacêutico eficiente?	**Q206**

Tabla 103. Preguntas que obtuvieron mayor puntuación en la Ronda 2 Delphi Portugal. Elaboración propia.

En la tabla 103 se marcan en color amarillo las preguntas que obtuvieron mayor puntuación media de los expertos y además, coincide que, obtuvieron la media de puntuación más alta.

Aunque la tasa de respuesta portuguesa a las dinámicas ha sido aceptable, el principal problema del análisis de los datos sigue siendo (como en el caso de Italia) la falta de tamaño muestral debido a que el número de expertos consultados fue menor. La tasa de respuesta va condicionada por a la desconfianza de los expertos en los métodos on-line de respuesta, a los cortos plazos en que ha de responderse, al tedio que puede llegar a provocar las distintas rondas de los estudios Delphi e incluso a la falta de interés en el tema de estudio. Para solventar este hecho se propone para futuros por un lado entablar un contacto directo previo con los expertos, independientemente del a realizar vía mail, buscar una población diana de "expertos" familiarizados con las nuevas tecnologías que les permita evitar la desconfianza en los métodos on-line de respuesta, reducir el número de preguntas para que los cuestionarios puedan contestarse más rápidamente e incluso abordar la realización de las dinámicas a través de las redes sociales (facebook, tweeter, …) creando un grupo específico para ello.

Con respecto a la primera ronda Delphi portuguesa, algunas de estas preguntas aumentaron la puntuación media y redujeron el espacio intercuartílico. La desviación estándar también se redujo con respecto a la primera ronda. Los valores mínimos y máximos de puntuación experimentaron un ligero aumento.

	Q101	Q102	Q103	Q104	Q105	Q106	Q107	Q108	Q109	Q110	Q111
Primera Ronda	6,56	5,22	9,00	8,78	9,44	9,22	7,78	8,33	8,44	9,22	9,56
			Q201	**Q202**	**Q203**	**Q204**				**Q205**	**Q206**
Segunda Ronda			8,89	8,67	9,00	8,89				9,11	9,44

Tabla 104. Comparativa de las puntuaciones medias obtenidas en la Ronda 1 Delphi Portugal y Ronda 2 Delphi Portugal. Elaboración propia.

Como se puede observar en la tabla 104, **hay una clara evolución en las puntuaciones medias en la segunda Ronda Delphi Portugal, decantándose los expertos por las cualidades personales o personal skills: respeto, trabajo en equipo y responsabilidad como ítems que podrían condicionar los futuros escenarios de contratación laboral en Portugal. Se valoran las cualidades personales por encima de la formación teórica, práctica o el conocimiento normativo y se prefieren las cualidades personales antes de la preocupación por cubrir un puesto vacante de cualquier forma. Estos argumentos se encuentran en línea con lo que ya proponía la OMS en el año 1997 en el informe de su grupo consultivo sobre la "Preparación del Farmacéutico del Futuro" cuando se identificaron las que deberían considerarse como las expectativas mínimas y esenciales del farmacéutico en los sistemas sanitarios a nivel mundial. En concreto, el papel del farmacéutico como comunicador, como gestor y como líder.**

VII.6.2.4. ANALSIS COMPARATIVO: ESPAÑA, ITALIA Y PORTUGAL

El planteamiento inicial de esta tesis llevaba consigo un análisis de medias comparado entre tres países con Modelo Mediterráneo de Farmacia (Italia, Portugal y España). Los datos recogidos en Italia y Portugal no cumplen los requisitos para poder realizar este análisis de medias, pues las tasas de respuesta a los cuestionarios no fueron las esperadas y, por tanto, no se alcanzó un tamaño muestral adecuado para poder establecer esta comparación de manera cuantitativa.

Sin embargo, sí es representativo el análisis cualitativo de las mismas, pues pone de relevancia que en los tres países analizados la contratación laboral futura en la oficina de farmacia podrían ir condicionadas por un escenario donde las cualidades personales o personal skills

marquen la posibilidad de conseguir un empleo en una oficina de farmacia. A continuación se muestra la concordancia en las respuestas entre los tres países en las distintas rondas. En la tabla 106 se marcan con color amarillo las casilla de las seis preguntas más votadas en la primera ronda por los "expertos" de cada país y en la 107 (con color naranja) las tres más votadas en la segunda ronda.

PREGUNTA	CÓDIGO
1. Considera que las dificultades para contratar personal en la farmacia, y en concreto para contratar adjuntos son…	**P1**
2. Considera que las dificultades para contratar personal en la farmacia, y en concreto para contratar sustitutos son…	**P2**
3. Cómo considera que es de importante la formación práctica adecuada para el desarrollo de las labores profesionales en la farmacia	**P3**
4. Cómo considera que es de importante el conocimiento de la normativa para el desarrollo del ejercicio profesional en la farmacia	**P4**
5. Dentro de las cualidades personales de los trabajadores de la farmacia cómo considera de importante el respeto hacia los pacientes, los compañeros y el farmacéutico titular	**P5**
6. Dentro de las cualidades personales de los trabajadores de la farmacia cómo considera de importante las cualidades comunicativas ante el paciente	**P6**
7. Dentro de las cualidades personales de los trabajadores de la farmacia cómo considera de importante la capacidad de aprendizaje	**P7**
8. Cómo considera que es de importante el conocimiento de los programas informáticos por parte del personal para una gestión eficaz de la farmacia	**P8**
9. Cómo considera que es de importante un aspecto físico cuidado del personal a la farmacia	**P9**
10. Dentro de las cualidades personales de los trabajadores de la farmacia cómo considera de importante la capacidad de trabajo en equipo	**P10**
11. Dentro de las cualidades personales de los trabajadores de la farmacia cómo considera de importante la responsabilidad individual del personal para obtener un servicio farmacéutico eficiente	**P11**

Tabla 105. Denominación genérica dada a las preguntas para poder establecer el análisis comparativo entre los tres países encuestados. Elaboración propia.

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11
España											
Italia											
Portugal											

Tabla 106. Análisis comparativo: España, Italia y Portugal. Primera Ronda Delphi. Elaboración propia.

	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11
España											
Italia											
Portugal											

Tabla 107. Análisis comparativo: España, Italia y Portugal. Segunda Ronda Delphi. Elaboración propia.

España coincide en la primera ronda con el 66,67% de las respuestas dadas por Italia (P1, P5, P10 y P11) y con el 50% de las dadas por Portugal (P5, P10, P11). Italia coincide con Portugal en la primera ronda en el 66,67% de las respuestas (P3, P5, P6, P10, P11). En la segunda ronda España coincide con Italia en el 33,33% de las respuestas (P11) y con Portugal en el 66,7% de las respuestas (P10, P11). Italia y Portugal coinciden en el 66,67% de las respuestas (P5 y P11). Italia, Portugal y España coinciden los tres en la P11.

Es decir, los tres países al final de la segunda ronda Delphi obtienen respuestas relativas a las cualidades personales de los farmacéuticos, hecho que podría condicionar la inserción en el mundo laboral del farmacéutico y su contratación en la oficina de farmacia. La pregunta P11 enunciada como "Dentro de las cualidades personales de los trabajadores de la farmacia cómo considera de importante la responsabilidad individual del personal para obtener un servicio farmacéutico eficiente" ha sido elegida por los tres países, por tanto podría ser uno de los condicionantes futuros de los escenarios de contratación laboral en la oficina de farmacia y de la las implicaciones sociales que ello conlleva.

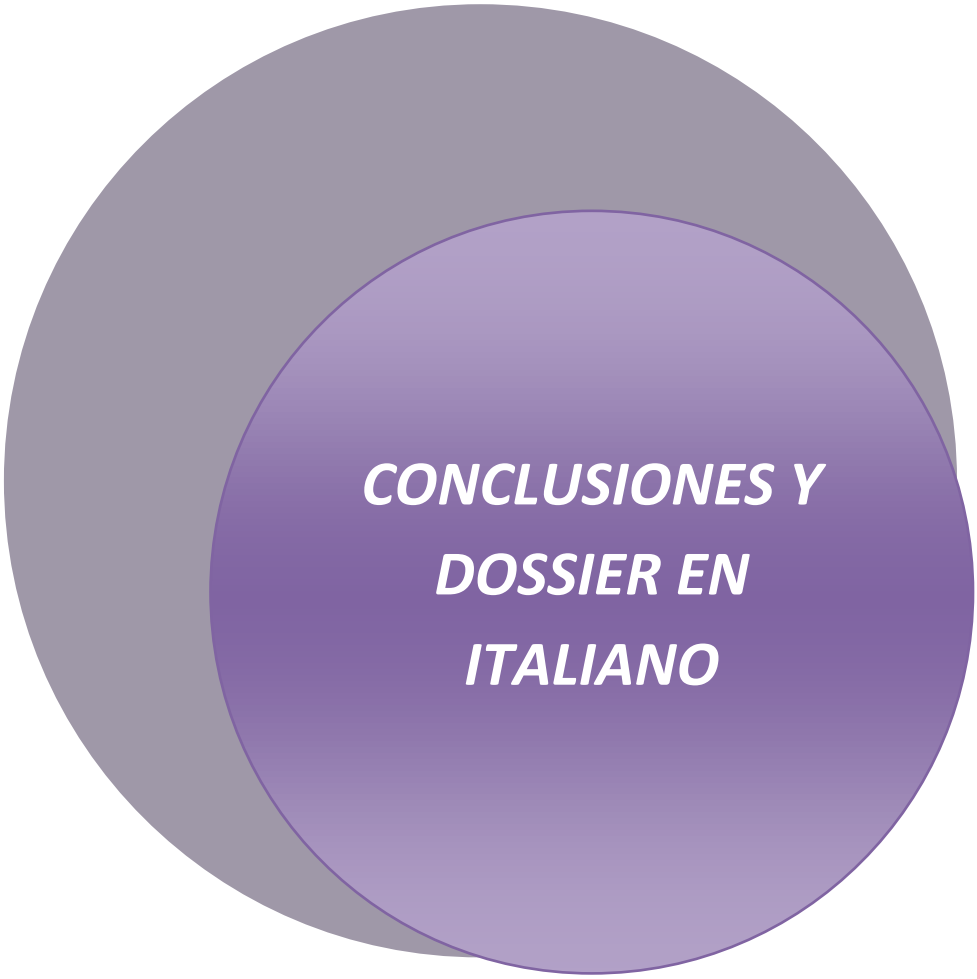
Como ya se puso de manifiesto en los apartados referidos al análisis Delphi de Italia y Portugal, **hay una clara evolución en las puntuaciones medias en la segunda Ronda Delphi Portugal, decantándose los expertos por las cualidades personales o personal skills: respeto, trabajo en equipo, capacidad de aprendizaje y responsabilidad como ítems que podrían condicionar los futuros escenarios de contratación laboral en los Modelos Mediterráneos de Farmacia. Se valoran las cualidades personales por encima de la formación teórica, práctica o el conocimiento normativo y se prefieren las cualidades personales antes de la preocupación por cubrir un puesto vacante de cualquier forma. Estos resultados son coincidentes con las propuestas de la OMS de 1997 en el informe de su grupo consultivo sobre la "Preparación del Farmacéutico del Futuro" cuando se identificaron las que deberían considerarse como las expectativas mínimas y esenciales del farmacéutico en los sistemas sanitarios a nivel mundial. En concreto, se asigna al farmacéutico de oficina de farmacia un papel social en el**

que prevalecen las funciones de comunicador, gestor y líder empresarial, así como el de profesional sanitario responsable de su propia formación perpetua.

El futuro escenario de contratación laboral en la oficina de farmacia, a la luz de los resultados obtenidos pasa por un cambio en el concepto del trabajo en la oficina de farmacia, concepto que ha de internalizar el empleado y el demandante de empleo, donde se buscan personas con capacidades y cualidades personales (personal skills) que desarrollen el trabajo de manera activa.

Tras el análisis de resultados puede deducirse que de la aplicación de los métodos prospectivos a las oficinas de farmacia encuadradas dentro del "Modelo Mediterráneo" permite reducir el riesgo y la incertidumbre reinante en el sector pues parte de un análisis completo del presente, identifica los factores clave de la contratación laboral en la oficina de farmacia y permite desarrollar un modelo explicativo para abordar de manera integral la gestión del personal y elaborar un plan estratégico que adecue el marco laboral a la realidad del sector.

Las necesidades de personal en la oficina de farmacia han cambiado en los países con "Modelo Mediterráneo de Farmacia", como bien demuestra este estudio. Ahora bien, después de analizar los resultados españoles, el diseño de un plan estratégico que adecúe el marco laboral para la realidad del sector, tras la entrada en vigor del XXIII Convenio Marco para Oficinas de Farmacia, será una responsabilidad que recaerá en manos del Observatorio Sectorial creado por propio convenio. A nivel europeo, y centrándonos en concreto en los países con "Modelo Mediterráneo de Farmacia", este plan estratégico deberá tener en cuenta, a la vez que busca el consenso, la opinión de todos los organismos implicados en la contratación laboral en la oficina de farmacia: Gobierno Central, Administraciones Públicas, Administraciones Regionales y Locales, Universidades, Órganos Colegiales, Patronal, Sindicatos,… De esta manera se logrará una estrategia conjunta que favorezca el panorama de contratación laboral en la oficina de farmacia europea a corto, medio y largo plazo.


CONCLUSIONES Y
DOSSIER EN
ITALIANO

VIII. CONCLUSIONES

1. El desarrollo socio-económico de la oficina de farmacia sólo es posible si se constituye como una empresa socialmente responsable, hecho que permitirá una gestión operativa que favorezca la creación y mantenimiento de empleo estable y de calidad, y un mejor desempeño de su función asistencial dentro del marco de la atención farmacéutica.

2. La gestión de los recursos humanos en la oficina de farmacia es vital, pues de ella depende tanto su misión sanitaria como el desarrollo del papel empresarial de la misma. Estos aspectos han de ser garantizados mediante el cumplimiento de los principios éticos marcados por el Código de Ética Farmacéutica y Deontología de la Profesión Farmacéutica y por la formación continuada de la plantilla laboral.

3. Es imprescindible adecuar la oferta formativa sanitara a todos los niveles de formación: pre-grado, grado y post-grado con las necesidades del mercado laboral farmacéutico al objeto de proporcionar estabilidad tanto a la oficina de farmacia en su faceta empresarial como a sus trabajadores.

4. A nivel mundial existe una escasez de farmacéuticos en las zonas más pobres del planeta, debido a la dinámica migratoria de profesionales de la salud que va de los países subdesarrollados a los países desarrollados y de las zonas rulares a las industrializadas, aunque esa dinámica puede verse modificada por la crisis mundial.

5. En Europa existen dos modelos de oficina de farmacia, por un lado se encuentra el “Modelo Mediterráneo”, en el que la propiedad está vinculada a la titularidad y existen criterios demográficos y de distancia a la hora de la planificación farmacéutica; y por otro lado el “Modelo Anglosajón” ó “Liberal” que no cumple esos requisitos. A pesar de que estos dos modelos presentan patrones de empleo diferenciados, se puede generalizar que en Europa las oficinas de farmacia comunitarias son focos generadores de empleo, un empleo eminentemente femenino, que favorece la migración circular de los trabajadores del sector y por tanto los intereses y derechos de los ciudadanos.

6. En España las oficinas de farmacia presentan una dualidad empresarial-sanitaria donde se encuadra la regulación laboral de los trabajadores que ha experimentado en ocasiones, bien por el ánimo regulador de algunas Comunidades Autónomas o bien a causa de vacío legal en el sector; la aparición de normativa regional; sin embargo a grandes rasgos se podría afirmar que hoy en día la regulación laboral de la oficina de farmacia está unificada a nivel nacional.

7. Las oficinas de farmacia españolas responden al "Modelo Mediterráneo", y por ser establecidas con criterios poblaciones y demográficos, han sido focos generadores de empleo estable años atrás pero la crítica situación económica vivida por el sector en 2010 ha hecho aparecer por primera vez en el siglo XXI el fantasma del paro entre los licenciados de farmacia pues, a raíz de los Reales Decretos 4/2010 (21) y 8/2010 (22), se ha favorecido por un lado la no renovación, los despidos y la temporalidad de la contratación laboral; y por otro lado la emigración de los farmacéuticos, manteniéndose Reino Unido como destino principal aunque la demanda de farmacéuticos también ha disminuido en este país como consecuencia de la crisis mundial.

8. La gestión integral del personal en la oficina de farmacia se basa en el conocimiento intrínseco de la oficina de farmacia como empresa por parte del empleador, de sus beneficios y gastos, y en la aplicación de las técnicas básicas de gestión de recursos humanos para la organización de equipos tanto en la selección como en la formación y la motivación del personal.

9. Tradicionalmente el panorama de la gestión integral de las contrataciones laborales en la oficina de farmacia se ha abordado desde el punto de vista de la **previsión** realizando proyecciones a corto y medio plazo sobre las dinámicas de contratación. Más novedosa es la aplicación de los **métodos prospectivos estratégicos** a la gestión integral del personal, que permite afrontar los retos a corto, medio y largo plazo del aspecto laboral de la oficina de farmacia.

10. La aplicación de los métodos prospectivos a las oficinas de farmacia encuadradas dentro del "Modelo Mediterráneo" permite reducir el riesgo y la incertidumbre reinante en el sector pues parte de un análisis completo del presente, identifica los factores clave de la contratación laboral en la oficina de farmacia y permite desarrollar un modelo explicativo para

abordar de manera integral la gestión del personal y elaborar un plan estratégico que adecue el marco laboral a la realidad del sector.

11. El estudio prospectivo realizado acerca de la contratación laboral en la oficina de farmacia, mediante el método Delphi, en España, Italia y Portugal permite observar que los posibles escenarios futuros son similares en los tres países destacando, entre los factores a tener en cuenta, el trabajo en equipo, la empatía y la responsabilidad del farmacéutico, como empresario y sanitario, así como la de sus empleados en sus respectivas funciones.

12. En consecuencia, se deduce que el futuro escenario de la contratación laboral en la oficina de farmacia sufrirá un cambio en el sentido de internalizar el concepto de empleador y el de demandante de empleo pues se buscaran preferentemente personas con capacidades y cualidades personales (personal skills). Por este motivo, será necesario que organismos e instituciones, a nivel nacional e internacional, se comprometan en la elaboración de un diseño de plan estratégico que adecúe el marco laboral a la realidad del sector.

IX. DOSSIER EN ITALIANO

IX.1. RESUMEN EN ITALIANO

- Le leggi internazionali ed spagnole regolano i diritti e obligazioni di proffessionali e farmacisti titolari del ufficcio di farmacia. Le leggi spagnole vanno piú in lá, poiché definiscono e regolano i compiti dei proffessionali nella farmacia secondo la sua categoría proffessionale, la formazione degli stessi e anche la cifra minima di persone che devono atendere il negozio. Le leggi che regolano le farmacie, publicate delle Comunita Autonome, spiegano tutti questi fatti e anche le convenzioni che marcano: gli stipendi, i contratti, le ore di lavoro per anno e gli orari.

- Nel livello globale esiste una mancanza di farmacisti nelle zone piú povere del pianetta, dovuta alla emigrazione dei proffessionali della farmacia dai paesi sottosviluppati a quelli piú svilupati. Ma questa dinamica non solo succede nei diversi continenti oppure nei diversi paesi, questi flussi migratori si possono apprezzare nei proppri paesi sviluppati, dove nelle zone rurali piú castigate ci sono piú difficoltá per trovare medici, farmacisti e infermieri. La crisi mondiale forse modificherá questi flussi migratori, in modo che alcuni proffesionali tornino ai paesi di origine, oppure quelli che avevano in mente di emigrare preferiscano lavorare vicino a casa davanti all'incerto lavoro in un paese straniero.

- Esiste la estimazione che ogni giorno un milione di citadini europei visitano una farmacia comunitaria per risolvere i suoi problemi di salute. Per coprire questo bisogno con un servizio di qualitá al paziente, le farmacie della UE impiegano piú di un milione e mezzo di persone, delle quali quattro cento mila sono farmacisti. La farmacia comunitaria é un continuo ed stabile creatore di lavoro.

- Gli uffici della farmacia comunitaria hanno un ruolo essenziale dentro del sistema di salute pubblica, in modo che garantiscono il massimo proffitto, e nello stesso tempo assicurano il minimo di effetti negativi, delle terapie che ricevono i pazienti, e inoltre sono consiglieri dell'auto-citadino della salute finché danno informazione ottima e promuovono un stile di vita di benessere. Formano anche parte delle campagne di promozione sanitaria attive in ogni stato membro dell'Unione Europea.

- Se si ha in conto che i tre fattori che condizionano raggiungere gli obbietivi del *Word Health report 2006* nell'area del lavoro sanitario sono: La cifra di proffessionali sanitari, la organizazione dei proffessionali sanitari e le politiche della salute. Non ci vuole soltanto conoscere questa cifra di proffessionali che lavorano in farmacie in Europa, ma l'ubicazione dei negozi di farmacia, oppure, come sono di accessibili ai cittadini e se questa accessibilitá é condizionata dalle politiche sanitarie.

- Esistono due modelli di farmacia in Europa, da una parte c'é il "Modello Mediterraneo" (qui la propprietá e la titularitá vanno insieme e si tengono in conto dei criteri demografici e di distanza nella planificazione farmacistica) e il "Modello Inglese o Liberale", dove la titularitá e la propprietá vanno sligate e non si seguono criteri demografici ne di distanaza nella planificazione farmacistica nazionale. Quei paesi che adottano un "Modello Mediterraneo di Farmacia" presentaranno lo svolgere del lavoro di farmacia lungo tutta la geografia del paese di forma homogenea. Quelli che adottano un "Modello Liberale" avranno una concentrazione di professionali della farmacia nelle zone piú popolate e importanti del paese.

- I paesi del "Modello Mediterraneo di Farmacia" hanno in comune le caratteristiche che vanno inoltre il fatto della proppietá vincolata alla titolaritá oppure che ci sia una strategia basata nei criteri demografici e di distanza, e presentano un comportamento similare nello sviluppo di lavoro e della presenza asistenziale.

- La crisi mondiale affetta gravemente all'estabilitá della famacia europea, finché le misure di prevenzione della spessa degli estati hanno come fine nel piú dei casi, diminuire i fondi destinati alla sanitá.

- Nella Spagna si é adottato il "Modello Mediterranei di Farmacia", caratterizzato dal fatto che il negozio di farmacia si definisce legalmente come un luogo sanitario privato di interese pubblico, da cui si capisce che presenta una dualitá sanitario-aziendale.

- Nella Spagna, il 98% della popolazione ha una farmacia vicina al suo comune, col conseguente accesso al proffessionale di farmacia (titolare della farmacia) e al personale ausiliare della farmacia. La farmacia é cosí consolidata come un luogo locato di lavoro di farmacia nel 65% dei comuni spagnoli.

- Inoltre di essere un luogo locato di lavoro di farmacia, il processo di lavoro del negozio di farmacia diventa un creatore di impiegamento di farmacia (cualificato e non cualificato). **E anche un mezo per raggiungere gli obbietivi del Word *Health Report 2006 (2008)*.**

- I numeri definiscono la farmacia e il lavoro dei proffesionali di questo settore, ma i piú importanti sono questi:
    - Nella Spagna ci sono 21.166 farmacie per una popolazione di 47 milioni di persone.
    - La media di cittadini per farmacia é uguale a 2.209.
    - Ci sono 63.593 proffessionali della farmacia. Il 70% sono femmine e il 1% sono stranieri.
    - Occupa il secondo posto nelle proffessione di femmine attive.
    - La Ricerca Annuale del Commercio (CNAE-2009) mostra che i negozi di farmacia sono una fonte estabile di lavoro, principalmete femminile, finché offre lavoro diretto a 79.820 proffessionali, 52.591 fissi (91,42%) e 4.935 eventuali (8,57%). Nel grupo dei fissi, 13.330 sono maschi e 39.261 femmine, per l'appunto il 25,35% e il 74,65%.
    - 43.603 femmine del settore della farmacia lavorano in farmacia, dove 18.205 sono titolari unici, 5.740 sono co-titolari, 79 reggenti, 16.208 soci e 2.997 suplenti.
    - La media di proffessionali per negozio di farmacia é uguale a 3,8. 2,1 di questi proffessionali hanno il grado di farmacia, per cui é il luogo di lavoro con dei proffessionali altamente cualificati.
    - La farmacia spagnola lotta per diventare una azienda socialmente responsabile e rispettosa colla conciliazione lavorale e familiare.

- La Spagna é addesso in una crisi economica che porta a diminuire la spesa del governo e affetta direttamente al settore della farmacia, poiché il taglio del bilancio sanitario ha come fine redurre la spesa della prescrizione di farmacia in modo che i prezzi delle medicine siano piú economici e ridurre anche le prescrizioni. Le leggi che riguardano la reduzzione dei bilanci, RDL 4/2010 (21) y 8/2010 (22), affettano direttamente il proffitto dei negozi di farmacia dovuto alla riduzzione del prezzo delle medicine e per le deduzzioni che si fanno nella fatturazione mensile.

- Queste misure hanno un effetto diretto nella riduzzione del profitto bruto, estimato nel 14%. Il colpo diretto delle misure sul profitto ha come conseguenza la riduzzione del lavoro di questo settore, estimato fra 9.208 e 13.715 proffessionali. Quindi, la gestione della farmacia é in primo piano in questi tempi di crisi, si controllano i proffitti e le spese e la riduzzione delle spese fisse é l'unica misura efficace per migliorare la rentabilitá del negozio e le spese di personale (le spese fisse piú importanti, vicino al 10% del proffitto lordo). C'é bisogno di modelli di gestione integrale del personale della farmacia che permettano il lavoro assitenziale efficente e di qualitá al minimo costo possibile. La principale preoccupazzione del farmacista nel suo ruolo di datore di lavoro in rapporto con personale del negozio é cambiato a: saró capace di pagare i miei impiegati alla fine del mese?, devo licenziare parte dei miei impiegati per coprire costi fissi?

- La disocupazzione si fa posto piano nella farmacia. Il problema della disocupazzione arriva alla farmacia, fino ad ora fuori dai guai dello scenario lavorale spagnolo (4 milioni di disoccupati, Dicembre 2010). Il negozio di farmacia ha aggiunto valore reale alla societá spagnola negli ultimi dieci anni, creando lavoro estabile e cualificato, piuttosto femminile. In farmacia si hanno usato il contratto fisso in modo generalizzato e anche, hanno dinamizato il mercato lavorale usando diverse forme di contrtazione secondo i bisogni di HHRR o del lavoro a fare, colla scelta dei candidati per occupare vacanti a quei settori della popolazione attiva piú vulnerabili, cioé i Giovanni, le donne e i disoccupati. Questo é stato il modo di agire della farmacia verso il lavoro fino a 2010 dove la fine dei contratti ha fatto suonare le alarme.

- Nella Spagna si é sviluppato uno studio Delphi in due momenti fatte da 25 sperti che hanno scoperto con la sua risposta una possibile meta futura nella contrattazione nel negozio di farmacia spagnolo, portando via il mito dello "zero disimpiegamento" e la preocupazione sopra la contrattazione di aggiunti e temporari, evolutando verso uno scenario piú centrata nella figura dello stesso farmacista e le sue qualitá personali: capacitá d'imparare,capacitá di lavoro di squadra e la responsabilitá personale.

- Nell'Italia ed il Portogallo si sono fate due ricerche Delphi in due momenti. La participazione degli sperti é stata bassa e si é considerato il risultato come degli "studi sperimetali", ma non ostante questo un analisi qualitativo delle risposte porta a vedere che in questi due paesi gli scenari si assomigliano a quelli possibili nella

Spagna, poiché sottolineano nelle qualitá personali (personal skills), tra le quali le piú importanti sono il lavoro di squadra, l'empatia, il rispetto oppure la resposabilitá personale nello sviluppo delle sue funzioni nella farmacia.

- In confronto, esiste una concordanza fra le risposte ottenute nell'Italia, Spagna o il Portogallo. I principali punti sono il rispetto, il lavoro di squadra e la capacitá d'imparare nello scenario lavorale nel negozio di farmacia e tutti quanti protrebbero condizionare la contrattazione lavorale dei "Modelli Mediterraneo di Farmacia". Secondo i risultati si potrebbe dire che il farmacista che lavora in farmacia ha un ruolo sociale dove si sottolineano le sue funzioni cominicative, di gestione e leader nel commercio, e anche quello di proffessionale sanitario responsabile dell'autoformazione perpertua, fatti di cui parla la FIP, con la definizione di *"Farmacista sete stelle".*

- Il futuro scenario della contratazione lavorale nel negozio di farmacia, secondo i risultati ottenuti é un processo metamorfosico del concetto di lavoro nel negozio di farmacia, concetto che debe internalizare l'impiegato e il chiedente di lavoro, dove si cercano persone con delle capacitá personali e anche delle qualitá (personal skills). Perció sará necesario che l'entitá e le istituzioni a livello nazionale ed internazionale si compromettano nell'elaborazione di un disegno di strategia che metta d'accordo lo scenario lavorale con la realtá del settore.

IX.2. CONCLUSIONES EN ITALIANO

1. Lo sviluppo socio-economico del negozio di farmacia é soltanto possibile se si costituisce come una azienda socialmente responsabile, fatto che porterá alla gestione operativa che favorirá la creazione di lavoro continua e qualificata, e un migliore svolgimento della sua funzione asssistenziale entro lo scenario della attenzione farmacistica.

2. La gestione efficace dei HHRR nella farmacia é essenziale, poiché da questo dipende la sua missione sanitaria come lo sviluppo del ruolo aziendale della stessa. Questi fatti vengono guarantiti dalle leggi etiche spiegate dal Codice di Etica Farmacistica e Deontológico della Proffessione di Farmacia e dall'educazione continuata del personale.

3. É essenziale adeguare l'offerta educazionale sanitaria a tutti i livelli: pre-grado, grado e post-grado alle necesitá del mercato lavorale farmacistico per dare stabilitá al negozio di farmacia nella sua faccia aziendale e anche ai suoi proffessionali.

4. A livello mondiale c'é un bisogno di farmacisti nellle zone piú povere del pianetta, dovuto alla dinamica di emigrazione dei proffessionali della salute che riguarda da i paesi sottosviluppati ai paesi sviluppati e dalle zone rurali a quelle industrializate, ma questa dinamica puó vedersi affettata dalla crisi mondiale.

5. Ci sono in Europa due modelli di negozio di farmacia. Da una parte esiste il "Modello Mediterraneo", in cui la propprietá é legata alla titolaritá, e ci sono dei criteri demografici e di distanza per planificare l'estrategia di farmacia. Dall'altra parte esite il "Modello Inglese" oppure " Liberale", dove titolaritá e propprietá non vanno legate. Non ostante questi modelli presentano caratteristiche di lavoro diversi, si puó generalizzare che nell'Europa i negozi di farmacia comunitari sono fonti di lavoro, principalmente femminile, cui favorisce l'emigazione circolare dei proffessionali del settore, quindi gli interessi e diritti dei cittadini.

6. Nella Spagna, i negozi di farmacia mostrano una dualtá aziendale-sanitaria dove si trova la legge lavorale dei proffessionali che ha sofferto; in occasioni, dovuto alla voglia normativa delle Comunita Autonome oppure dovuto al vuoto legale del settore, il sorgere di leggi regionali. Non ostante si protrebbe dire che oggi giorno le leggi lavorali del negozio di farmacia é unificato a livello nazionale.

7. La farmacia spagnola adotta il "Modello Mediterraneo", e per nascere secondo i criteri di popolazione e demografici, sono stati fonti di lavoro permanente per anni, ma la critica situazione economica in cui si trova il settore in 2010 ha fatto apparire il fantasma della disoccupazione fra quelli che hanno il grado di farmacia, poiché, come conseguenza dei Decreti Reali 4/2010 y 8/2010, si é favorita da una parte la non continuazione dei contratti, i licenziamenti e la eventualitá del lavoro. Dall'altra parte i farmacisti emigrano, con UK come destino principale, senza scordarsi che qui il lavoro e anche disceso dovuto alla crisi mondiale.

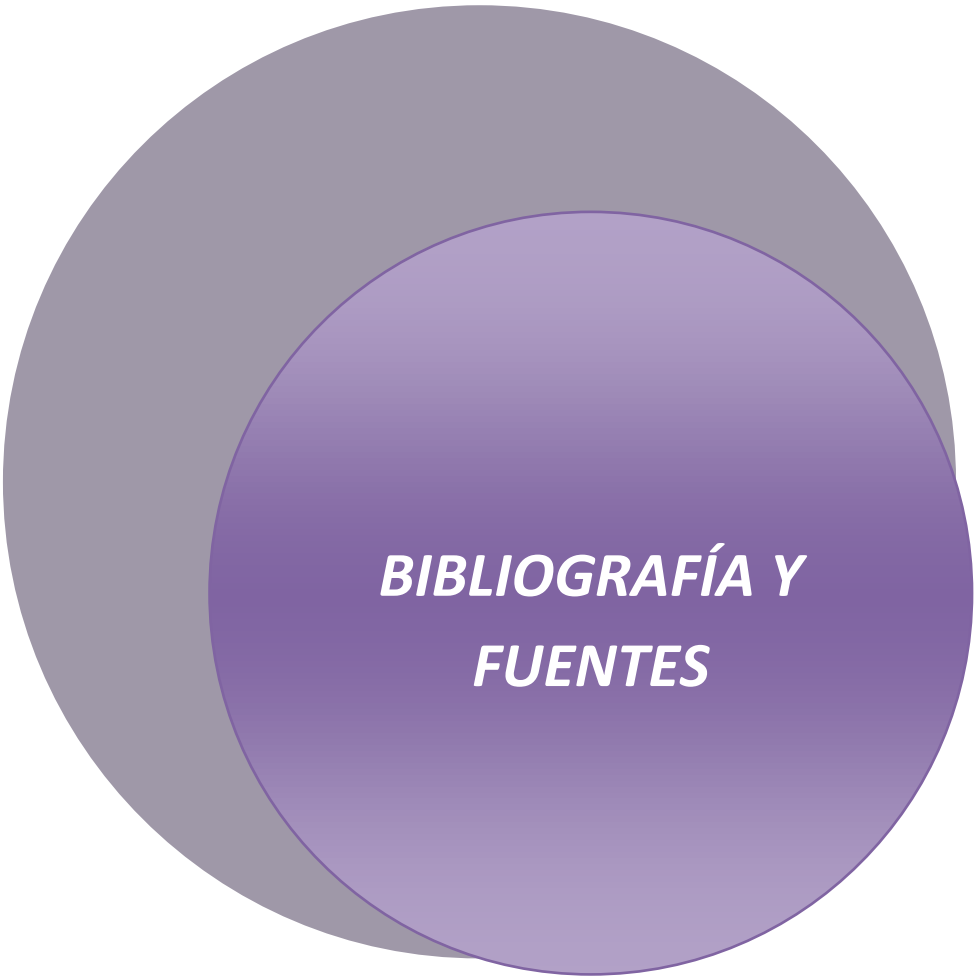
8. La gestione integrale del personale della farmacia é basata nel profondo conoceré della faccia aziendale dello stesso da parte del datore di lavoro, per i suoi profitti ed spese, e l'applicazione delle piú basiche tecniche di gestione di HHRR per l'organizazione delle squadre nella selezione e nell'educazione, colla sottolineazione della motivazione del personale.

9. Tradizionalmente , la visione della gestione integrale dell'impiegamento nel negozio di farmacia é piuttosto di previsione, con dellle proiezzioni a principio e metá periodo sulle dinamiche di impiegamento. L'applicazione dei metodi prospettivi estrategici e piú nuova, riguarda la gestione integrale del personale, che permette di affrontare le mete a principio, metá e fine periodo degli aspetti lavorali di farmacia.

10. L'uso dei metodi prospettivi dei negozi di farmacia che adottano il " Modello Mediterraneo" permette di redurre il rischio e i dubbi che assolano il settore, basandosi in un analisi totale del presente, il quale sottolinea i fattori principali dell'impiegamento lavorale nella farmacia e permette svilluppare un modello didattico per spiegare in modo integrale un'estrategia che associ la realtá del settore allo scenario lavorale.

11. Lo studio esperimentale prospettivo portato su la contrattazione lavorale nel negozio di farmacia usando il metodo Delphi nella Spagna, Italia ed il Portogallo permette divedere che fra i possibili scenari futuri ci sono somiglianze in questi tre paesi, sottolineado il lavoro di squadra, l'empatia personale e la responsabilitá del padrone e sanitario, e anche quella dei suoi impiegati nelle sue funzioni.

12. Conseguentemente, si puó dedurre che il futuro scenario di contrattazione lavorale nel negozio di farmacia soffrerá un cambio de senso che porterá ad intenarlizare il concetto di datore di lavoro e quello del chiedente di lavoro, poiché si cercheranno delle persone con delle determinate caratteristiche personali di capacitá e qualitá (personal skills). Dovuto a questo, sará necessario che entitá ed istituzioni, a un livello nazionale ed internazionale, si compromettano as elaborare un programma estrategico che metta d'accordo la realtá lavorale con quella del settore.


BIBLIOGRAFÍA Y
FUENTES

X. BIBLIOGRAFÍA Y FUENTES

X.1. FUENTES

X.1.1. FUENTES DOCUMENTALES

- ASOCIACIÓN PARA LA RAZIONALIZACIÓN DE LOS HORARIOS ESPAÑOLES (2008) *Actas del III Congreso Nacional para Racionalizar los Horarios Españoles (Tarragona).* Madrid, ARHOE.
- ASOCIACIÓN PARA LA RAZIONALIZACIÓN DE LOS HORARIOS ESPAÑOLES (2009) A*ctas de las Jornadas para un mejor uso del tiempo (Madrid).* Madrid, ARHOE.
- ANTARES CONSULTING (2007) *Estudio Eurofarma: Comparativas de las políticas de la Unión Europea*. Madrid, Antares Consulting.
- ANTARES CONSULTING (2009) *El Mirador de la Farmacia: la opinión de pacientes y usuarios*. Madrid, Antares Consulting.
- ASPIME (2010) *Informe Anual de Oficinas de Farmacia 2010.* Madrid, ASPIME.
- Carta Social Europea (Turín). Consejo de Europa, 18-10-1961. Disponible en: http://www.fundacionpdh.org/normativa/normas/europa/CSE/1961-CSE.htm#a1, 23-08-2009.
- Carta Comunitaria de los Derechos Sociales Fundamentales de los Trabajadores. Consejo de Europa, 9-12-1989. Disponible en: http://www.fundacionpdh.org/normativa/normas/europa/CDSFT/1989-CDSFT.htm#a4, 17-07-2009.
- CHAN XH, WULIJI T (2006) *Global Pharmacy Workforce and Migration Report – a Call for Action.* La Haya, International Pharmaceutical Federation (FIP). Disponible en: http://www.fip.org/programmesandprojects_pharmacyeducationtaskforce_humanresources?filename=fip/2009%20GPWR%20cover%20contents%20foreword.pdf , 25-04-2010.
- COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS DE BADAJOZ (2011) Circular 1/2011. Badajoz, COF Badajoz.
- COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS DE VIZCAYA (2004). *Guía de prevención de Riesgos Laborales para su manejo en Oficina de Farmacia.* Bilbao, COF Vizcaya.
- COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS (2005) *Estrategia de acción de la UE relativa a la escasez de recursos humanos en el sector sanitario en los países en desarrollo.* Comunicación de la Comisión al Consejo y al Parlamento. Bruselas, COM (2005) 642. Bruselas, Comisión Europea.

- COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS (2006) *El Planteamiento global sobre la migración un año después: Hacia una política global europea en materia de migración***.** Comunicación de la Comisión al Consejo y al Parlamento Europeo. Bruselas, COM (2006) 735. Bruselas, Comisión Europea.
- COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS (2006) *Programa de acción europeo para hacer frente a la grave escasez de personal sanitario en los países en desarrollo (2007-2013)*. Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo y al Consejo. Bruselas, COM (2006) 870. Bruselas, Comisión Europea.
- COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS (2007) *Aplicación del "Planteamiento global sobre la migración" a las regiones orientales y sudorientales vecinas de la Unión Europea.* Comunicación de la Comisión al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité e las Regiones. Bruselas, COM (2007) 247. Bruselas, Comisión Europea.
- COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS (2008) *Una política común de emigración para Europa: Principios, Medidas e Instrumentos.* Comunicación de la Comisión al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité e las Regiones. Bruselas, COM (2008) 359. Bruselas, Comisión Europea.
- COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS (2008) *Libro Verde de la Unión Europea sobre personal sanitario.* Bruselas, COM (2008)725. Bruselas, Comisión Europea. Disponible en: http://ec.europa.eu/health/ph_systems/docs/workforce_gp_es.pdf, 14-04-2011.
- COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS (2008) *European programme for action to tackle the critical shortage of health workers in developing countries (2007 – 2013) Progress report on implementation.* Commision Staff working Document. Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo y al Consejo. Bruselas, SEC (2008) 2476.
- CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS (1961) Boletín del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. 128: 37-40. Madrid, CGCOF.
- CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS (1962) *Normas para la obtención del Diploma de Aptitud para Auxiliares de Farmacia y Laboratorios.* Circular nº363/62, 28-4-1962, p. 1-2. Madrid, CGCOF.
- CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS (1962) *Diploma de los Auxiliares de Oficina de Farmacia.* Circular nº369/62, 26-10-1962, p. 1-2. Madrid, CGCOF.

- CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS (2007) *Modelos de Farmacia en la Unión Europea*. Madrid, CGCOF. Disponible en: www.portalfarma.com/pfarma/taxonomia/general/...nsf/.../5022-2007.pdf?..., 21-04-2011.
- CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS (2009) *Estadísticas de colegiados y oficinas de farmacia 2009*. Madrid, CGCOF.
- CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS (2009) *Horarios y guardias de las oficinas de farmacia en España.* Madrid, CGCOF.
- CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS (2009) *La distribución de la oficina de farmacia en España.* Madrid, CGCOF.
- CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS (2009) L*a Responsabilidad Social Corporativa y el farmacéutico. Manual de RSC para farmacéuticos.* Madrid, CGCOF. Disponible en: http://www.portalfarma.com/pfarma/taxonomia/general/gp000051.nsf/voDocumentos/EE5E1AF34AED9576C125755B0036565E/$File/Manual_RSC_farmaceuticos.pdf, 3-02-2011.
- Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales (Roma). Consejo de Europa, 4-11-1950. Disponible en: http://www.echr.coe.int/NR/rdonlyres/1101E77A-C8E1-493F-809D-800CBD20E595/0/ESP_CONV.pdf, 18-04-2011.
- ECORYS (2008) *Estudio de las Restricciones Reguladoras en el área de la Farmacia.* Rotterdam, ECORYS.
- EDELMAN SPAIN (2009). *Estudio Nurofen sobre las actitudes ante el dolor, los medicamentos y la labor del farmacéutico*. Madrid, EDELMAN SPAIN.
- FARMA-IURIS (2008). *El farmacéutico en el mercado laboral español 2008.* Madrid, APROAFA.
- FEDERACIÓN EMPRESARIAL DE FARMACÉUTICOS ESPAÑOLES (2008). Circular: Septiembre 2008. Madrid, FEFE. Disponible en: http://www.fefe.com/documentosdeinteres.asp, 12-06-2009.
- FEDERACIÓN EMPRESARIAL DE FARMACÉUTICOS ESPAÑOLES (2008) *Posicionamiento de FEFE ante la publicación en el BOE de la sentencia de la Sala de lo Social de la Audiencia Nacional sobre el XXIII Convenio Colectivo Marco (25-08-2008).* Madrid, FEFE. Disponible en: http://www.fefe.com/documentosdeinteres2.asp?tipo=CONVENIO, 12-6-2009.

- FEDERACIÓN EMPRESARIAL DE FARMACÉUTICOS ESPAÑOLES (2008). *Diferencias más destacables entre el XXIII CONVENIO COLECTIVO MARCO y los anteriores Convenios (15-09-2008).* Madrid, FEFE.
- FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE FARMACIA (2000) Declaración de principios de buenas prácticas de educación farmacéutica. La Haya, FIP. http://www.fip.org/www/uploads/database_file.php?id=191&table_id, 21-10-2010.
- FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE FARMACIA (2004) Declaración de la FIP sobre "Estándares profesionales de Códigos Éticos para Farmacéuticos" (Nueva Orleans). La Haya, FIP. Disponible en: http://www.fip.org/www/uploads/database_file.php?id=279&table_id, 10-01-2011
- FEDERFARMA (2006) Farmacia: cosa ne pensano gli italiani (2006). Roma, Federfarma. Disponible en: http://www.federfarma.it/Farmaci-e-farmacie/Farmacie-e-farmacisti-in-Italia/Farmacia--cosa-ne-pensano-gli-italiani-(2006).aspx, 3-04-2011.
- FEDERRFARMA (2006) Progetto di adeguamento della farmacia. Roma, FEDERFARMA. Disponible en: http://www.federfarma.it/Documenti/farmaci/progetto.aspx, 3-04-2011.
- FERDERFARMA (1994) La Carta della Qualità della Farmacia. Roma, FEDERFARMA. Disponible en: http://www.federfarmavicenza.it/index.php?option=com_content&task=view&id=2&Itemid=28, 1-04-2011.
- FERDERFARMA (2005) Indagine 2005: gli italiani e la farmacia. Roma, FEDERFARMA. Disponible en: http://www.federfarma.it/Farmaci-e-farmacie/Farmacie-e-farmacisti-in-Italia/Indagine-2005--gli-italiani-e-la-farmacia/Sintesi-della-ricerca.aspx, 3-04-2011.
- FUNDACIÓN LAFER (2010) *Futuro de la Oficina de Farmacia: 2010-2014. Madrid, Fundación Lafer.*
- GRUPO MENSOR SERVICIOS DE SALUD (2011) *La realidad económica de la farmacia en España: Estudio del impacto económico en las oficinas de farmacia de las medidas de contención del gasto en medicamentos en los últimos diez años.* Madrid, CGCOF.
- ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS DE VALENCIA (2007) *Media de habitantes por farmacia: una imagen vale más que mil palabras*. Valencia, Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos de Valencia.
- INSTITUTO DE SALUD AUSTRIACO (2007) *La oficina de farmacia en Europa.* Viena, OEBIG.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (2010) Encuesta Anual del Comercio (CNAE-

2009). Madrid, INE.

- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (2010) Encuesta de Población Activa (Segundo Trimestre 2010). Madrid, INE.
- KOFI ANNAN (2009) Discurso plenario: "El Pacto Mundial y la creación de mercados" Pronunciado en el Foro Económico Mundial (29-01-2009, Davos-Suiza). Nueva York, ONU. Disponible en: www.un.org/es/globalcompact/index.shtml, 13-01-2010.
- MINISTERIO DE TRABAJO E INMIGRACIÓN (2010). *Síntesis de Indicadores Laborales de la Encuesta de Coyuntura Laboral (junio 2010)*. Madrid, MTIN.
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (1948) Declaración Universal de los Derechos Humanos. Nueva York, ONU. Disponible en: www.ohch.org/EN/UDHR/Pages/language.aspx?LangID=spn, 17-04-2011.
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (1992) Declaración de Río sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo. Cumbre de Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo (Rio de Janeiro). Nueva York, ONU. Disponible en: http://www.mma.es/secciones/acm/aguas_continent_zonas_asoc/ons/medidas_ons/pdf/declaracionderio1992.pdf, 8-02-2011.
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (2000) The United Nations Millennium Declaration. Nueva York, ONU. Disponible en: http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/about/es/index.html, 18-04-10.http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/, 18-04-10.
- ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS (2003) Convención de las Naciones Unidas contra la Corrupción.[Mérida (México)] Nueva York, ONU. Disponible en: http://www.unodc.org/pdf/highlights_S.pdf, 8-02-2011.
- ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO (1944) Declaración de los fines y objetivos de la Organización Internacional del Trabajo. Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo, Filadelfia. Ginebra, OIT Disponible en http://www.ilo.org/ilolex/spanish/constq.htm, 17-04-2011.
- ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO (1964) Convenio sobre la política del empleo n°122. Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo, Ginebra. Ginebra, OIT Disponible en: http://www2.ohchr.org/spanish/law/empleo.htm, 20-09-2009.
- ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO (1998) Declaración relativa a los principios y derechos fundamentales en el trabajo de la OIT. Conferencia General de la Organización Internacional del Trabajo, Ginebra. Ginebra, OIT Disponible en:

http://www.ilo.org/public/spanish/standards/relm/ilc/ilc86/com-dtxt.htm, 17-04-2011.

- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1985) Conferencia de Expertos sobre Uso Racional de los Medicamentos (Nairobi). Ginebra, OMS.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2006) *The World Health Report 2006, working together for health*. Ginebra, WHO Library Cataloguing-in-Publication Data. Disponible en: http://www.who.int/whr/2006/en/, 17-04-2010.
- RED ANDINA DE ASOCIACIONES DE FACULTADES Y ESCUELAS, ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD SUB REGION ANDINA (2006) *Migración de Recursos Humanos en Salud. Estudio Subregión Andina (Lima)*. Washington D.C., OPS. Disponible en:http://new.paho.org/hss/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=3090&Itemid=99999999, 24-10-2010.
- SERVICIO PÚBLICO DE EMPLEO ESTATAL (2010*). Información mensual del Mercado de Trabajo de Titulados Universitarios.* Madrid, SEPE.
- SERVICIO PÚBLICO DE EMPLEO ESTATAL (2010*). Información mensual del Mercado de Trabajo de Formación Profesional.* Madrid, SEPE.
- SERVICIO PÚBLICO DE EMPLEO ESTATAL (2010*). Catálogo de Ocupaciones de Difícil Cobertura (2011).* Madrid, SEPE.
- WULIJI T. (2009). *Global Pharmacy Workforce and Migration Report.* La Haya, International Pharmaceutical Federation (FIP). Disponible en: http://www.fip.org/programmesandprojects_pharmacyeducationtaskforce_humanresources?filename=fip/2009%20GPWR%20cover%20contents%20foreword.pdf, 6-01-2010.

X.1.2. FUENTES LEGALES

X.1.2.1. NORMATIVA INTERNACIONAL

- Tratado de Lisboa por el que se modifican el Tratado de la Unión Europea y el Tratado Constitutivo de la Comunidad Europea, firmado en Lisboa el 13 de diciembre de 2007. DOUE-C 306, 17-12-2007.
- Directiva 1985/433/CEE del Consejo, de 16 de septiembre de 1985, relativa al reconocimiento mutuo de diplomas, certificados y otros títulos de farmacia y que incluyen medidas para facilitar el ejercicio efectivo del derecho de establecimiento de ciertas actividades farmacéuticas. DOUE-L 253, 24-09-1985.
- Directiva 2001/19/CEE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 14 de mayo de 2001, por la que se modifican las Directivas 89/48/CEE y 91/51/CEE del Consejo, relativas al sistema general de reconocimiento de la cualificación profesional y las Directivas 77/452/CEE, 77/453/CEE, 78/686/CEE, 78/687/CEE, 78/1026/CEE, 78/1027/CEE, 80/154/CEE, 80/55/CEE, 85/348/CEE, 85/432/CEE, 85/433/CEE y 93/16/CEE del Consejo relativas a las profesiones de enfermero responsable de cuidados generales, odontólogo, veterinario, matrona, arquitecto, farmacéutico y médico. DOUE-L 206, 31-07-2001.
- Reglamento 75/1365/CEE, de 26 de mayo de 1975, relativo a la creación de una Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo. DOCE-L 139, 30-05-1975.

X.1.2.2. NORMATIVA NACIONAL

- Constitución Española. BOE nº, 29-12-1978.
- Ley de Bases, de 25 de noviembre, de Organización de la Sanidad. BOE nº 311, 16-12-1944.
- Ley14/1970, de 4 de agosto, General de Educación y Financiamiento de la Reforma Educativa. BOE nº148, 6-08-1970.
- Ley 2/1974, de 13 de febrero, de Colegios Profesionales. BOE nº 40, 15-02-1974.
- Ley 74/1978, de 26 de diciembre, de normas reguladoras de los Colegios Profesionales.BOE nº 10, 11-1-1979.

- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE nº102,29-04-1986.
- Ley 1/1986, de 7 de enero, por la que se crea el Consejo General de Formación Profesional. BOE nº9, 10-1-1986.
- Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre de 1990, de Ordenación General del Sistema Educativo BOE nº238, 04-10-1990.
- Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento. BOE nº 306, de 22-12-90.
- Ley Orgánica 9/1992, de 23 de diciembre, de Transferencia de Competencias a Comunidades Autónomas que accedieron a la Autonomía por la Vía del Artículo 143 de la Constitución. BOE nº308, 24-12-1992.
- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. BOE nº 269, 10-11-1995.
- Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. BOE nº 281, 24-11-1995.
- Ley 7/1997, de 14 de abril, de medidas liberalizadoras en materia de suelo y de colegios profesionales. BOE nº 90, 15/4/1997.
- Ley 16/1997, de 25 de abril, de regulación de servicios de las oficinas de farmacia. BOE nº100, 26-04-1997.
- Ley 19/1997, de 9 de junio por la que se modifica la Ley 1/1986, de 7 de enero, por la que se crea el consejo general de formación profesional. BOE nº 138, 10-06-1997.
- Ley 18/1997, de 21 de noviembre, de ejercicio de profesiones tituladas y de colegios y consejos profesionales. BOE nº 279, 21-11-1997.
- Ley 50/1997, de 27 de noviembre, del Gobierno. BOE nº 285, 28-11-1997.
- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. BOE nº298, de 14-12-1999.
- Ley 39/1999, de 5 de noviembre, sobre conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras. BOE nº 266, 6-11-1999.
- Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. BOE nº 10, 12-01-2000.
- Ley 14/2000, de 29 de diciembre, de Medidas fiscales, administrativas y de orden social. BOE nº313, 30-12-2000.
- Ley Orgánica 5/2002, de 19 de junio, de las Cualificaciones y la Formación Profesionales. BOE nº 147, 20-06-2002.

- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.BOE nº128, 29-05-2003.
- La Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias BOE nº 280, 22-11-2003.
- Ley 29/2006, de 26 de julio, Garantías de los Medicamentos y Productos Sanitarios. BOE nº178, 27-07-2006.
- Ley 43/2006, de 29 de diciembre, para la mejora del crecimiento y del empleo. BOE nº312, 30-12-2006.
- Ley 2/2007, de 15 de marzo, de sociedades profesionales. BOE nº65, 16-03-2007.
- Ley 40/2007, de 4 de diciembre, de medidas en materia de Seguridad Social. BOE nº 291, 5-12-2007.
- Ley 26/2009, de 23 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2010.BOE nº 306, 24-12-2009.
- Ley 35/2010, de 17 de septiembre, de medidas urgentes para la reforma del mercado de trabajo. BOE nº 227, 18-09-2010.
- Real Decreto-Ley 7/1989, de 29 de diciembre sobre Medidas urgentes en materia presupuestaria, financiera y Tributaria. BOE nº313, 30-12-1989.
- Real Decreto-Ley 4/2010, de 26 de marzo, de racionalización del gasto farmacéutico con cargo al Sistema Nacional de Salud.BOE nº 75, 27-03-2010.
- Real Decreto-Ley 8/2010, de 20 de mayo, por el que se adoptan medidas extraordinarias para la reducción del déficit público.BOE nº 126, 24-05-2010.
- Real Decreto-Ley 10/2010, de 16 de junio, de medidas urgentes para la reforma del mercado de trabajo BOE nº 147, 17-06-2010.
- Real Decreto 909/1978, de 14 de abril, por el que se regula el establecimiento, transmisión o integración de las Oficinas de Farmacia. BOE nº 106, 4-5-1978.
- Real Decreto 2649/1978, de 29 de septiembre, por el que se incorporan al Régimen Especial de la Seguridad Social de los trabajadores por cuenta propia o autónomos a los Farmacéuticos, titulares de oficinas de farmacia. BOE nº 268, 6-11-1978.

- Real Decreto 1040/1981, de 22 de mayo, sobre registro y depósito de Convenios Colectivos de Trabajo. BOE nº 135, 6-6-1981.
- Real Decreto 3328/1983, de 21 de diciembre, por el que se modifica el artículo primero del Real Decreto 2649/1978, de 29 de septiembre, por el que se incorporan al Régimen Especial de la Seguridad Social de los trabajadores por cuenta propia o autónomos a los Farmacéuticos titulares de oficinas de farmacia. BOE nº 15, 18-01-1984.
- Real Decreto 547/1995, De 7 de abril, por el que se establece el título de Técnico en Farmacia y las correspondientes enseñanzas mínimas. BOE nº 133, 5-06-1995.
- Real Decreto 559/1995, de 7 de abril, por el que se establece el currículo del ciclo formativo de grado medio correspondiente al título de Técnico en Farmacia. BOE nº 134, 6-06-1995.
- Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención. BOE nº 27, 31-01-1997.
- Real Decreto-ley 5/2000, de 23 de junio, de Medidas Urgentes de Contención del Gasto Farmacéutico público y de racionalización del Uso de los Medicamentos.BOE nº 151, 24-06-2000.
- Real Decreto 2402/2004, de 30 de diciembre, por el que se desarrolla el artículo 104 de la Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento, para las revisiones coyunturales de precios de especialidades farmacéuticas y se adoptan medidas adicionales para la contención del gasto farmacéutico.BOE nº 315, 31-12-2004.
- Real Decreto 2393/2004, de 30 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social.BOE nº 6, 7-01-2005.
- Real Decreto 171/2004, de 30 de enero, por el que se desarrolla el artículo 24 de la Ley 31/1995, de 8 de enero, por el que se desarrolla el artículo 24 de la Ley 31/1995, de 8 de noviembre de Prevención de Riesgos Laborales, en materia de coordinación de actividades empresariales. BOE nº 27, 31-01-2004.

- Real Decreto 1689/2007, de 14 de diciembre, por el que se establece el título de Técnico en Farmacia y Parafarmacia y se fijan sus enseñanzas mínimas BOE nº 15, 17-01-2008.
- Real Decreto 1837/2008, de 8 de noviembre, por el que se incorporan al ordenamiento jurídico español la Directiva 2005/36/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005, y la Directiva 2006/100/CE, del Consejo, de 20 de noviembre de 2006, relativas al reconocimiento de cualificaciones profesionales, así como a determinados aspectos del ejercicio de la profesión de abogado. BOE nº 280, 20-11-2008.
- Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación. BOE nº 17, 20-01-2011
- Decreto 2530/1970, de 20 de agosto, por el que se regula el régimen especial de la Seguridad Social de los trabajadores por cuenta propia o autónomos. BOE nº 221, 15-09-1970.
- Decreto 707/1976, de 5 de marzo, sobre Ordenación de la Formación Profesional. BOE nº 88, 12-04-1976.
- Orden, de 30 de abril, por la que se aprueba la Reglamentación Nacional de Trabajo en las Farmacias.BOE nº 158, 6-06-1948.
- Orden, de 10 de noviembre, por la que se establece un plus de carestía de vida en favor del personal comprendido en la Reglamentación Nacional de Trabajo en las Farmacias. BOE nº327, 23-11-1950.
- Orden, de 26 de octubre, por la que se modifica el Cuadro de salarios del artículo 22 de la Reglamentación Nacional de Trabajo en las Farmacias. BOE nº308, 3-11-1956.
- Orden por la que se autoriza a los Centros de Formación Profesional que se indican para impartir, con carácter provisional, especialidades no reguladas de Formación Profesional de segundo grado. BOE nº 190, 10-08-1977.
- Orden, de 27 de noviembre, por la que se autoriza a los Centros de Formación Profesional que se indican para impartir con carácter provisional enseñanzas no reguladas de Formación Profesional de primer grado. BOE nº 9, 11-01-1983.
- Orden ECI/924/2005, de 21 de marzo, por la que se establecen las bases reguladoras y se convocan ayudas para la financiación de propuestas orientadas a diseñar la adecuación de las instituciones universitarias dentro del marco del Proceso de Bolonia e impulsar acciones para promover la construcción del Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) y la adaptación progresiva de nuestro sistema de educación superior al

mismo.BOE nº 87, 12-04-2005.

- Orden EDU/2184/2009, de 3 de julio, por la que se establece el currículo del ciclo formativo de Grado Medio correspondiente al título de Técnico en Farmacia y Parafarmacia. BOE nº 192, 10-08-2009,
- Ordenanza Laboral para la Oficina de Farmacia, de 10 de febrero de 1975. BOE nº41, 17-02-1975.
- Resolución de 16 de junio de 2004, de la Dirección General de Trabajo, por la que se dispone la inscripción en el registro y publicación del Convenio Colectivo para Farmacias, para los años 2003 a 2006.BOE nº 161, 5-07-2004.
- Resolución de 20 de diciembre de 2005, de la Secretaría General para la Administración Pública, por la que se dictan instrucciones sobre jornada y horarios de trabajo del personal civil al servicio de la Administración General del Estado. BOE nº 309, 27-12-2005.
- Resolución de 14 de febrero de 2008, de la Secretaría de Estado de Universidades e Investigación, por la que se da publicidad al Acuerdo de Consejo de Ministros de 8 de febrero de 2008, por el que se establecen las condiciones a las que deberán adecuarse los planes de estudios conducentes a la obtención de títulos que habiliten para el ejercicio de la profesión regulada de Dentista. BOE nº50, 27-02-2008.
- Resolución de 14 de febrero de 2008, de la Secretaría de Estado de Universidades e Investigación, por la que se da publicidad al Acuerdo de Consejo de Ministros de 8 de febrero de 2008, por el que se establecen las condiciones a las que deberán adecuarse los planes de estudios conducentes a la obtención de títulos que habiliten para el ejercicio de la profesión regulada de Farmacéutico. BOE nº 50, 27-02-2008.
- Sentencia de Audiencia Nacional 0015/2008, Sala de lo Social de 15 de marzo 2008.
- Sentencia de la Audiencia Nacional 0046/2008, relativa al Texto XXIII Convenio Marco para Oficinas de Farmacia 2007-2010. BOE nº 200, 19-08-2008.
- Sentencia del Tribunal Supremo. Recurso de Casación Ordinaria 112/2008, Sala Cuarta de lo Social 13 de julio de 2010.

X.1.2.2.1. CONVENIOS COLECTIVOS

- Convenio Colectivo Sindical de ámbito interprovincial de Oficinas de Farmacia. BOE nº253, 23-10-1967.
- Texto Año 1981. BOE nº 296, 11-12-1981.
- Texto Año 1982. BOE nº 231, 27-09-1982.
- Revisión Salarial 1983. BOE nº 179, 28-07-1983.
- Texto Año 1984. BOE nº 134, 5-06-1984.
- Revisión Salarial 1985. BOE nº 121, 21-05-1985.
- Texto Año 1986. BOE nº205, 27-08-1986.
- Texto Año 1987. BOE nº 236, 2-10-1987.
- Texto Año 1988. BOE nº 148, 21-06-1988.
- Texto Año 1989. BOE nº 222, 16-09-1989.
- Texto Año 1990. BOE nº 243, 10-10-1990.
- Texto Año 1991. BOE nº 290, 4-12-1991.
- Texto Años 1992-1993. BOE nº 243, 9-10-1992.
- Revisión Salarial Año 1993. BOE nº 61, 12-03-1993.
- Texto Año 1994. BOE nº 35, 12-02-1995.
- Revisión Salarial Año 1995. BOE nº 54, 02-03-1996.
- Texto Año 1996. BOE nº 220, 11-09-1996.
- Correcciones al Texto Año 1996. BOE nº 247, 12-10-1996.
- Texto Año 1997. BOE nº 53, 3-03-1998.
- Correcciones al Texto Año 1997. BOE nº 111, 9-05-1998.
- Texto Años 1998-1999. BOE nº 228, 02-12-1998.
- Correcciones al Texto Años 1998-1999. BOE nº 36, 11-02-1999.
- Texto Años 2000-2001. BOE nº 179, 27-07-2000.
- Correcciones al Texto Años 2000-2001. BOE nº 240, 6-10-2000.
- Revisión Salarial Años 2000-2001. BOE nº 51, 28-02-2001
- Revisión Salarial Años 2001-2002. BOE nº 58, 8-03-2002.
- Correcciones al Texto Años 2000-2001. BOE Nº 94, Nº 19-04-2002.
- Revisión Salarial Año 2002. BOE nº 54, 4-03-2003.
- Texto Años 2003-2006. BOE nº 161, 5-07-2004.
- Revisión Salarial Años 2004-2005. BOE nº 68, 21-03-2005.
- Revisión Salarial Años 2005-2006. BOE nº 73, 27-03-2006.

- Acuerdo Salarios Categoría Limpiadora Año 2006. BOE nº 127, 29-05-2006.
- Revisión Salarial Año 2006. BOE nº 101, 27-04-2007.
- Texto XXIII Convenio Marco para Oficinas de Farmacia 2007-2010. BOE nº 166, 10-07-2008. (Derogado)
- Texto XXIII Convenio Colectivo Marco para Oficinas de Farmacia 2007-2010.BOE nº 20, 24-01-2011.

X.1.2.3. NORMATIVA AUTONÓMICA

- Ley 11/1994, de 17 de junio, de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad Autónoma del País Vasco. BOPV. nº 135, 15-07-1994.
- Ley 3/1997, de 28 de mayo, de Ordenación Farmacéutica de la Región de Murcia. BOE nº 247, 15-10-1997.
- Ley 6/1998, de 22 de junio, de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad Valenciana.BOE nº 173, 21-07-1998.
- Ley 7/1998, de 12 de noviembre, de Ordenación farmacéutica de las Islas Baleares. BOCAIB. nº 149, 21-11-1998.
- Ley 8/1998, de 16 de junio, de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad Autónoma de la Rioja. BOE nº 156, 1-07-1998
- Ley 19/1998, de 25 de noviembre, de Ordenación y Atención Farmacéutica de la Comunidad de Madrid.BOE nº 124, 25-05-1999.
- Ley 4/1999, de 25 de marzo, de Ordenación Farmacéutica para Aragón.BOE nº 95, 21-04-1999.
- Ley 5/1999, de 21 de mayo, de Ordenación Farmacéutica de Galicia.BOE nº 144, 17-06-1999.
- Ley Foral 12/2000, de 16 de noviembre, de Atención Farmacéutica de Navarra.BOE nº 44, 20-02-2001.
- Ley 7/ 2001, de 19 de diciembre, de Ordenación Farmacéutica de Cantabria.BOE nº 14, 16-01-2002.
- Ley 13/2001, de 20 de diciembre, de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad de Castilla y León.BOE nº 15, 17-01-2002.
- Ley 5/2005, de 27 de junio, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha.DOCM nº 131, 1-07-2005.

- Ley 4/2005, de 13 de Julio, de Ordenación Farmacéutica de Canarias.BOE nº 198, 19-08-2005.
- Ley 7/2006 de modificación de la Ley 8/1998, de 16 de junio, de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad Autónoma de la Rioja. BOE nº 275,17-11-2006.
- Ley 6/2006, de 9 de noviembre, de Farmacia de Extremadura.DOE. nº 134, 16-11-2006.
- Ley 1/2007, de 16 de marzo, de Atención y Ordenación Farmacéutica de Asturias.BOE nº 167, 13-07-2007.
- Ley 22/2007, de 18 de diciembre, de Farmacia en Andalucía.BOE nº 45, 21-02-2008.
- Decreto 321/1996, de 1 de octubre, sobre horarios de atención al público, servicios de urgencia, vacaciones y cierre temporal voluntario de las Oficinas de Farmacia. DOGC nº 2.264, de 4-10-1996.
- Decreto 116/1997, de 15 de abril, modificado por Decreto 262/1997, de 4 de noviembre, por el que se regulan las jornadas y horarios de las Oficinas de Farmacia BOJA nº 57, 17-5-1997
- Decreto 187/1997, de 17 de junio, sobre horarios de atención al público, servicios de urgencia y vacaciones de las oficinas de farmacia de la Comunidad Valenciana. DOGV nº 3.020, de 24-06-1997.
- Decreto 188/1997, de 29 de julio, determina el horario ordinario de atención al público de las oficinas de farmacia. BOPV nº 155, de 18-8-1997.
- Decreto 14/1997, de 7 de marzo, por el que se regula el procedimiento para autorizar nuevas Oficinas de Farmacia. BOR nº 30, 11-03-1997.
- Decreto 60/1997, de 4 de septiembre, sobre horarios, servicios de urgencia y vacaciones de las Oficinas de farmacia. BOPA nº 216, de 17-9-1997.
- Decreto 15/1998, de 24 de febrero, de ordenación de las oficinas de farmacia. BOC nº 45, de 4-3-1998.
- Decreto 44/1998, de 16 de julio, por el que se regula el régimen de atención al público y la publicidad de las Oficinas de Farmacia. BORM nº 171, de 27-7-1998.
- Decreto 342/1999, de 16 de diciembre, sobre horarios, turnos de urgencia y vacaciones de las oficinas de farmacia. DOG nº 2, de 4-1-2000.
- Decreto 92/2000, de 23 junio, por el que se regula el horario mínimo y los servicios de urgencia en las oficinas de farmacia de las Illes Balears. BOCAIB nº 83, de 6-7-2000.
- Decreto 38/2001, de 13 de febrero, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el reglamento por el que se regulan las condiciones y procedimientos para la apertura, transmisión, traslado, funcionamiento, modificación y cierre de las oficinas de

farmacia y botiquines. BOA nº 26, de 2-3-2001

- Decreto 259/2001, de 15 de noviembre, por el que se establecen los horarios de atención al público, servicios de guardia y vacaciones de las oficinas de farmacia. BOCM nº 306, de 26-12-2001.
- Decreto Foral 129/2003, de 26 de mayo, por el que se establece el horario de atención al público, el servicio de guardia y el cierre temporal por vacaciones de las oficinas de farmacia. BON nº 75, de 16-6-2003.
- Decreto 227/2004, de 22 de junio, de horarios, servicios de urgencia y vacaciones de las oficinas de farmacia y botiquines. DOCM nº 112, de 25-06-2004.
- Decreto 311/2004, de 22 de diciembre, por el que se modifica el Decreto 342/1999, de 16 de diciembre, sobre horarios, turnos de urgencia y vacaciones de las oficinas de farmacia. DOG nº 254, de 31-12-2004.
- Decreto 1.023/2007, de 15 de marzo, Reglamento Regulador de la planificación farmacéutica y de los procedimientos de autorización relativos a oficinas de farmacia en la Ciudad Autónoma de Melilla. BOME Nº 4383, 20-03-2007.
- Decreto 293/2007, de 31 de agosto, por el que se regula el horario de atención al público y los servicios de urgencias de las oficinas de farmacia de la Comunidad Autónoma de Extremadura. DOE Nº 104, 6-09-2007.
- Orden de 2 de marzo de 1998, por la que se determinan los horarios mínimos oficiales de apertura, así como los criterios que deben regir para el establecimiento de guardias, urgencias y vacaciones de las Oficinas de Farmacia. BOCYL nº 47, de 10-03-1998.
- Orden de 19 de junio de 1998, por la que se reparte en jornadas y días el horario mínimo de las oficinas de farmacia. BOC nº 77, de 24-6-1998.
- Orden de 26 de junio de 2001, por la que se desarrolla el Decreto 187/1997, de 17 de junio, en lo referente a jornada, horarios ordinarios para oficinas de farmacia ubicadas en zonas turísticas, servicios de urgencia en casos especiales y localización de servicios de urgencia, y procedimiento para la realización de un horario superior al ordinario. DOGV nº 4.051, de 26-07-2001.
- Orden de 22 de diciembre de 2005 de la Consejería de Sanidad, por la que se concretan los turnos de urgencia diurnos que deben prestar las oficinas de farmacia de la Región de Murcia. BORM nº 7, de 10 de enero de 2006.

X.2. BIBLIOGRAFIA

- ABC. Años 1980-2011.
- Adefarma express informativo. Año 2008.
- AGENCIA NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD Y LA ACREDITACIÓN (2005). *Libro blanco del Título de Grado en Farmacia*. Madrid, ANECA
- ALFARO M., SILVA I. (2005) *Forum on the challenges related to the chain of responsibility in the efficient use of medicinal products in the EU - Contribution from community pharmacists and the Network of Community Pharmacies throughout Europe.* Pharmaceuticals Policy and Law. 8:126.
- ANÓNIMO (1994) *El papel y la formación del farmacéutico de oficina de farmacia.* Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo.
- ANÓNIMO (2006) *Anuario de la comunicación del inmigrante en España*. Etniacomunicación.
- ANÓNIMO (2006) *Legislación Laboral y de la Seguridad Social*. Madrid, Díaz de Santos.
- AURIOL L, SEXTON J (2001) *Human resources in science and technology: measurement issues and international mobility.* En: International mobility of the highly skilled. Paris, Organization for Economic Co-operation and Development, 2002:13–39.
- BERGER, G. (1964) *Fenomenología del tiempo y perspectiva (póstuma)*.
- BIGUES P.A., *Prospective et compétitivé*, Mac Graw Hill 1985.
- BLITZ B (2005)*. "Brain circulation": the Spanish medical profession and international medical recruitment in the United Kingdom.* Journal of European Social Policy, 15(4):363–379.
- BOA. Años 1980-2011.
- BOC. Años 1980-2011.
- BOCAIB. Años 1980-2011.
- BOCCE. Años 1980-2011.
- BOCM. Años 1980-2011.
- BOCYL. Años 1980-2011.
- BOE. Años 1950-2011.
- BOIB. Años 1980-2011.
- BOJA. Años 1980-2011.
- BOME. Años 1980-2011.

- BON. Años 1980-2011.
- BOPA. Años 1980-2011.
- BOPV. Años 1980-2011.
- BOR. Años 1980-2011.
- BORM. Años 1980-2011.
- BUCHAN J, DOVLO D (2004) *International recruitment of health workers to the UK: a report for the Department for International Development.* London, DFID Health Services Resource Centre
- CACHÓN RODRIGUEZ, L. (2003) *Inmigración y segmentación de los mercados de trabajo en España*. Sevilla, Centra.
- CAVAS MARTINEZ, F., SÁNCHEZ TRIGUEROS, C. (2005) *La distribución de Competencias entre el Estado y las Comunidades Autónomas en materia de trabajo, empleo y protección social*. Anales de Derecho, 23: 103-128.
- CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE FARMACÉUTICOS (2001) *Código de Ética Farmacéutica y Deontología de la Profesión Farmacéutica*. CUAD. BIOÉT. (2007) XVIII,2ª: 63:249-253.
- CORREO FARMACÉUTICO. Años 2000-2011.
- DIALLO K (2004) *Data on the migration of health workers: sources uses and challenges*. Bulletin of the World Health Organization, 82(8):559–636.
- DIARIO EXPANSIÓN. Año 2010.
- DIRITTO SANITARIO MODERNO II. Años 1979-1981.
- DOCE. Anos 1980-2011.
- DOE. Años 1980-2011.
- DOG. Años 1980-2011.
- DOGC. Años 1980-2011.
- DOGV. Años 1980-2011.
- DOUE. Años 1950-2011.
- DUMONT J, MEYER J (2004) *The international mobility of health professionals: an evaluation and analysis based on the case of South Africa. In: Trends in international migration.* Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development.
- EL GLOBAL. Años 2000-2011.
- EL PAÍS. Años 1980-2011.
- ESTEVA DE SAGREDA, J. Y MARTÍN BAREA, P (2007) *Función social de las oficinas de farmacia*. Madrid, Elservier España S.A.

- FARGNOLI, B. (1982) *Manuale di diritto sanitario*. Ipsoa Informatica.
- FARMACÉUTICOS. Años 1995-2010.
- FARMACIA PROFESIONAL. Años 2004-2010.
- FERRARA, R.(1995) *Principi di diritto sanitario*. Torino, Giappichelli.
- FRANCÉS CAUSAPÉ M.C. (2002) *La historia de la farmacia española en el siglo XX* .Madrid, (s.n).
- GAZETA DE MADRID. Años 1820-1950.
- GETE CASTRILLO P. (2009) *Guía práctica de la seguridad social 2009: régimen general y régimen especial de los trabajadores autónomos*. Cinca.
- GODET M. (1997) *Manuel de prospective stratégique, tome 2: L'art et la méthode.* Paris, Dunod.
- GÓMEZ REINO Y CARNOTA, E. (1997) *Horarios comerciales y de Oficinas de farmacia*. Barcelona, Marcial Pons, Ediciones Jurídicas y Sociales.
- GONZÁLEZ BUENO A. (2004) *Manual de legislación farmacéutica*. Madrid, Síntesis.
- HART L *et al* (2005*). International medical graduate physicians in the United States (2005)*. Seattle, University of Washington Center for Health Workforce Studies.
- HELMER O. (1983) *Looking forward: a guide to futures research*. Sage publications.
- INSTITUTO NACIONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL (1980) *La Farmacia Hospitalaria en 1980.* Monografías farmacéuticas de la Seguridad Social, 12:27-209. Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo,
- KRIEGER H (2004). *Migration trends in an enlarged Europe*. Dublin, European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions
- LANDETA, J. (1999) *El método Delphi. Una Técnica de previsión para la incertidumbr*e. Barcelona, Ariel.
- LINSTON, H., TUROFF, M. (1975) *The Delphi Method. Techniques and Applications.* Addison-Wesley, p.3.
- MAKRIDAKIS, S. (1983) *Forecasting.Methods and Aplications.* Jhon New York, Wiley and Sons, p. 637
- MAÑAS E., PEINADO M.L. y LORENTE R. (2006) *Impacto en la economía española de las profesiones colegiadas: un estudio sobre la producción y el empleo.*Madrid, Instituto de estudios económicos.
- MARTINO J.P. (1993) *Technological forecasting for decision making*. Mac Graw Hill..
- MUNDO FARMACÉUTICO. Años 2010-2011.
- MUÑOYERRO, L.A. (1950) *Código de Deontología Farmacéutica*. Madrid, Fax.

- NENCLARES PORTOCARRERO A., JIMÉNEZ-GENCHI A. (2005) *Estudio de la validación de la traducción al español de la Escala Atenas de Insomnio.* Salud Mental (28):5:34-39.
- OFFARM. Años 2003-2008
- POLAK, F.L. (1961) *The imagen of the future: enlightening the past, orientatinh the present, forecasting the future.* Vol 1 y 2. Leyden, A.W. Sythoff.
- PRÁCTICA FRAMACÉUTICA. Años 2005-2006.
- PUERTO SARMIENTO, F.J. (1997) *El mito de panacea : compendio de historia de la terapéutica y de la farmacia.* Madrid, Doce Calles.
- QUESADA DÍEZ, S. M. (1998). *La acción social en la Unión Europea: evolución histórica*. Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social. 6: 221-232.
- RODRIGUEZ-PIÑEIRO, M. (1978). *La Carta Social Europea y su puesta en práctica*. Revista de Instituciones Europeas, 5:53-82
- ROLDAN Y GUERRERO, R. (1934) *Organización Militar de España y en particular de los Servicios Farmacéuticos Militares*. Madrid, Impr. de Cleto Vallinas.
- RUBIO GALVEZ, J. (1999) *Manual de una nueva farmacia*. Madrid, Diaz Santos.
- SAINT-PAUL R., TÉNIÈRE-BUCHOT P.F. (1974) *Innovation et évaluationtechnologiques.* Entreprise moderne d'édition.
- SALAZAR CULÍ, F. (1962) *Compendio de legislación farmacéutica.* 1º edición. Barcelona, Toray, p.113 y ss.
- SARTORIUS N, JANCA A (1996) *Psychiatric assessment instruments developed by the World Health Organization*. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 31:55-69.
- SUÑÉ ARBUSAÁ, J.M. (1969).*Legislación farmacéutica española.* 2º edición. Granada, Gráficas del Sur, p.205-209.
- SUÑÉ ARBUSAÁ, J.M. (1981) *Legislación farmacéutica española*. 6ª edición. Granada, Graficas del Sur, p.333 y ss.
- SUÑÉ ARBUSAÁ, J.M. (1987) *Legislación farmacéutica española*. 8º edición, Granada, Graficas del Sur p.297 y ss
- THIBAULT ARANDA, J. (2008) *Convenio colectivo aplicable en la empresa por razón de su actividad.* Barcelona, Tirant lo Blanch.
- TORTAJADA-PUCHADES DE PER, M. (1975) *Contestaciones al programa para auxiliares de farmacia*. 3ªed. Madrid, Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacia.
- VIDAL CASERO, C. (2008) *Derecho Farmacéutico.* Madrid, Aranzadi.

X.2.1. BIBLIOGRAFIA ON-LINE

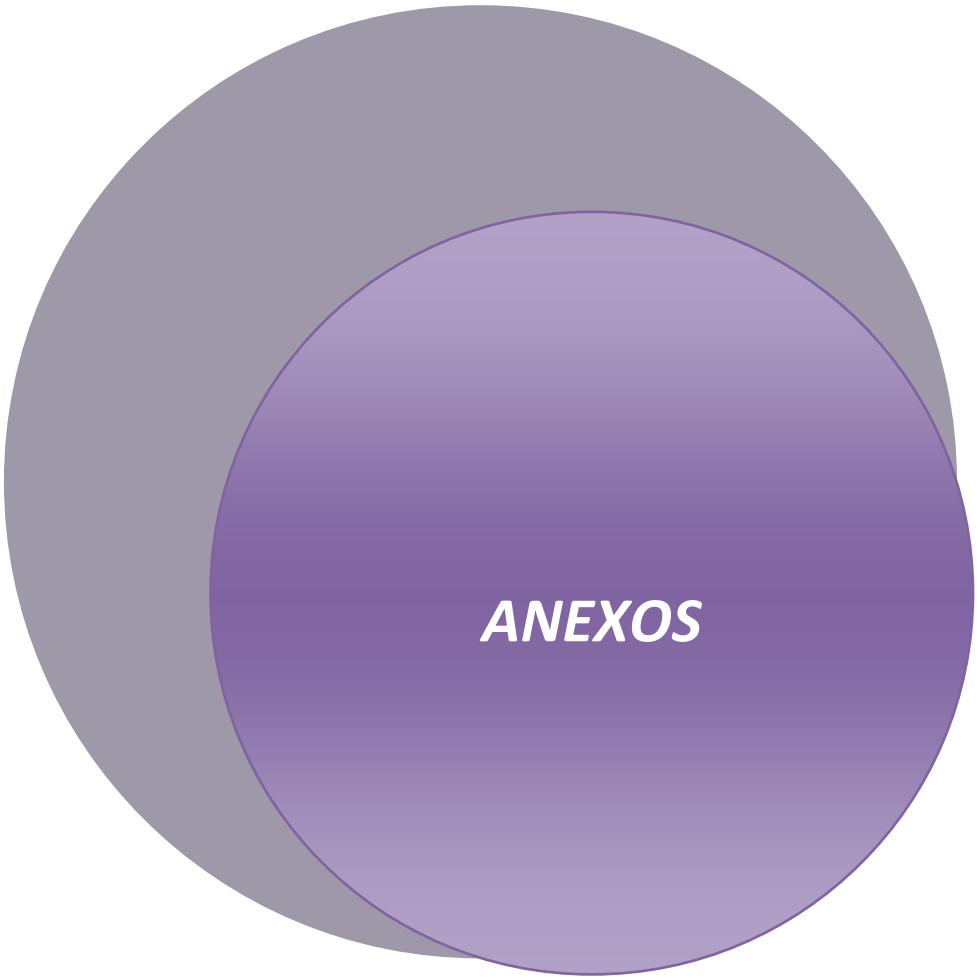
- GIL PECHARROMAN, J. *La legislación socio-laboral. Época: Segunda República*. Artehistoria Revista digital. Disponible on-line en: http://www.artehistoria.jcyl.es/histesp/contextos/7194.htm; 27/05/2010.
- MATEOS A., SOTO A. *Relaciones laborales y conflictividad social. Época: Franquismo*. Artehistoria Revista Digital. Disponible on-line en: http://www.artehistoria.jcyl.es/histesp/contextos/7422.htm; 27-05-2010.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2010). *Kit de herramientas para la monitorización de la fortaleza de los sistemas de salud.* http://www.who.int/healthinfo/statistics/toolkit_hss/en/index.html, 24-09-2010.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (2010). *Libro de mano para la monitorización y evaluación de los recursos humanos en salud*. http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241547703_eng.pdf, 24-09-2010.

X.2.2. PAGINAS WEBS

- http://www.aneca.es
- http://www.anf.pt/
- http://www.artehistoria.jcyl.es
- http://www.bne.es/
- http://www. bocyl.jcyl.es/
- http://www.boe.es/
- http://www.caib.eS/
- http://www.campus.usal.es/
- http://www.carm.es/
- http://www.ceoe.es
- http://www.cervantesvirtual.com
- http://www.ceuta.es/
- http://www.coe.int
- http://www.cofares.es
- http://www.consilium.europa.eu
- http://www. docm.jccm.es/
- http://www.correofarmaceutico.com

- http://www.docv.gva.es/
- http://www.doe.juntaex.es/
- http://www.ec.europa.eu/
- http://www.educacion.es
- http://www.educacion.gob.es
- http://www.elglobal.net/
- http://www.escuelavirtualigualdad.es/
- http://www.europa.eu
- http://www.europarl.europa.eu/
- http://www.europharm.pbwors.com
- http://www.europharmforum.org/
- http://www.euskadi.net/
- http://www.farmacia.ugr.es/
- http://www.farmacia.us.es/
- http://www.farmacia.uspceu.es/
- http://www.farmazia.ehu.es/
- http://www.federfarma.it
- http://www.fip.org
- http://www.fofi.it,
- http://www.fundacionlafer.es/
- http://www.fundacionpdh.org
- http://www.gencat.cat/
- http://www.gobcan.es/
- http://www.homologa.es
- http://www.ilo.org
- http://www.ine.es
- http://www.ine.pt
- http://www.insht.es
- http://www.istat.it/
- http://www.larioja.org/
- http://www.madrid.org/
- http://www.melilla.es/
- http://www.mma.es

- http://www.msps.es/
- http://www.navarra.es/
- http://www.orh.org
- http://www.pactomundial.org/
- http://www.pgeu.eu
- http://www.portalfarma.com
- http://www.uah.es
- http://www.uax.es/
- http://www.ub.edu/
- http://www.uch.ceu.es/
- http://www.uclm.es/
- http://www.ucm.es/
- http://www.uem.es/
- http://www.ull.es/
- http://www.um.es/
- http://www.umh.es/
- http://www.un.org
- http://www.unav.es/
- http://www.unodc.org
- http://www.usc.es/
- http://www.usj.es/
- http://www.uv.es/
- http://www.weforum.org/
- http://www.who.int
- http://www.xunta.es/
- https://sede.asturias.es/


ANEXOS

ANEXO I

FARMACÉUTICOS Y TÉCNICOS EN FARMACIA A NIVEL MUNDIAL

	Population mid 2008	Density (per 10,000 population)				Pharmacists						Pharmacy technicians		
		Pharmacists	Year of data	Pharmacy technicians	Year of data	Total licensed	Total female licensed	Total actively practicing	Total actively practicing and female	Newly licensed	Graduates	Total	Newly licensed	Graduates
Albania	3,241,000	3.15	2007	0.93	2007	1,020	550	1,020	760	73	72	300	17	0
Argentina	39,746,000	5.15	2004	N/A	N/A	20,487	N/A	N/A	N/A	1,397 [2005]	1,397 [2005]	N/A	N/A	N/A
Australia	21,347,000	8.83	2003	N/A	N/A	18853	8,842	14,747	6,916	N/A	1,427 [2008]	N/A	N/A	710 [2006]
Austria	8,352,000	6.30	2008	N/A	N/A	5,263	4,082	5,263	4,082	224	146	N/A	N/A	N/A
Belgium	10,695,000	11.69	2007	N/A	N/A	12,500	8,400	N/A	N/A	N/A	400	N/A	N/A	N/A
Brazil	195,138,000	6.39	2008	0	2008	124,755	88,896	124,755	88,896	8,956	8,956	0	0	0
Canada	33,304,000	9.31	2007	18.02	2007	31,011	18,607	N/A	N/A	N/A	931	60,000	N/A	N/A
Chad	10,111,000	0.04	2009	0.01	2007	44	15	44	15	44	0	6	0	0
Colombia	44,447,000	0.72	2008	N/A	N/A	3,213	N/A	N/A	N/A	220*	220*	N/A	1,200*	1,200*
Costa Rica	4,519,000	6.24	2008	N/A	N/A	2,819	2,029	2,640	1,900	229 [2007]	229 [2007]	N/A	N/A	N/A
Czech Republic	10,428,000	7.14	2007	3.84	2007	7,450	6,192	6,172	5,100	351	304	4,007	300	305
Denmark	5,490,000	7.10	2008	7.29	2008	3,900	2925*	3,900*	2,925*	163	163	4,000	N/A	141[2007]
Ethiopia	79,087,000	0.14	2007	0.19	2008	1,088	231	1,066	219	180 [2008]	296 [2008]	1,523	414	236 [2008]
Finland	5,312,000	5.50	2009	12.08	2009	2,919	2,226*	2,397	1,866*	75	83 [2007]	6,417	372	369[2007]
France	62,046,000	11.69	2008	N/A	N/A	72,509	N/A	72,509	47,598	N/A	2,800* [2007]	N/A	N/A	N/A
Germany	82,170,000	9.14	2007	5.95	2007	75,074	49,177	56,719	36,732	1,774	2,310 [2006]	48,921	2,500*	2,500*
Ghana	23,947,000	0.75	2007	N/A	N/A	1,798	N/A	N/A	N/A	N/A	120	N/A	70	70
Great Britain	61,291,000	7.99	2008	1.17	2008	48,942	27,884	40,455	23,479	2,228 [2007]	2,196 [2007]	7,195	1,966	1,800 [2007]
Hungary	10,034,000	6.48	2007	6.98	2008	6,500	N/A	6,500	N/A	220	220	7,000*	150*	0
Iceland	319,000	12.63	N/A	N/A	N/A	403	254	367	241	18	14	N/A	N/A	N/A
India	1,149,285,000	6.09	2008	N/A	N/A	700,000*	N/A	N/A	N/A	N/A	25,000*	N/A	N/A	N/A
Indonesia	239,945,000	0.71	2009	N/A	N/A	17,000	N/A	N/A	N/A	N/A	3,000 [2007]	N/A	N/A	N/A
Israel	7,482,000	6.68	2008	0	2008	5,000*	N/A	3,500*	N/A	180	180	0	0	0
Italy	59,865,000	10.94	2006	N/A	N/A	65,500*	36,500*	50,000*	27,500*	2,700*	2,700*	N/A	N/A	0
Japan	127,720,000	19.77	2006	N/A	N/A	252,533	153,731	174,218	116,859	9,154* [2007]	9,314[2007]	N/A	N/A	N/A

Tabla 1a. Farmacéuticos y técnicos en farmacia a nivel mundial: panorama en cifras. Análisis de 45 países. Fuente: FIP, Global Pharmacy Workforce Report 2009.

	Population mid 2008	Pharmacy density per 10,000 population	Year of data	Pharmacies and pharmacy departments					Community pharmacy ownership	
				Total	Hospital	Community	Primary healthcare facilities	Other	Pharmacy ownership	Policies and restrictions.
Albania	3,241,000	2.44	2009	790	43	790	0	0	U	Each pharmacy must employ a pharmacist as its technical director. Can own more than one pharmacy.
Argentina	39,746,000	3.79	2004	15,058	601	14,457	0	0	O	Varies by province. Pharmacists, limited liability companies and partnerships permitted to own pharmacies. Limit one pharmacy per pharmacist. Partners cannot be involved in more than three companies that own pharmacies.
Australia	21,347,000	2.48	2009	5,286	132	4,992	162	0	RP	Varies by state. Western Australia: maximum of 4 pharmacies. New South Wales, Victoria, South Australia, Tasmania, Queensland: maximum of 5 pharmacies. Northern Territory and Australian Capital Territory: Can own more than one.
Austria	8,352,000	1.53	2007	1,276	46	1,230	0	0	RP	Restrictions on number of pharmacies a pharmacist can own.
Belgium	10,695,000	5.01	2007	5,367	200	5,167	0	0	U	Can own more than one pharmacy.
Brazil	195,138,000	4.34	2008	84,648	6,678	71,980	4,368	1,612	U	Can own more than one pharmacy.
Canada	33,304,000	2.74	2008	9,154	1,058	8,096	0	0	O	Varies by province. Alberta, British Colombia, Ontario: restricted to pharmacists or corporation where majority of directors are pharmacists. Quebec, Saskatchewan: pharmacists or physicians. Newfoundland, Manitoba: Nova Scotia: unrestricted ownership.
Chile	16,770,000	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	U	Can own more than one pharmacy.
Chad	10,111,000	0.04	2009	42*	2*	21*	18*	0	RP	Only pharmacists can own pharmacies. Limit of one pharmacy per pharmacist.
Colombia	44,447,000	4.27	2009	19,000	3,214	450	N/A	15,336	U	A pharmacist or medicine dispenser must be employed as the pharmacy director. Medicine dispensers should have a minimum of 10 years pharmacy experience and have support letters from two physicians or pharmacists.
Costa Rica	4,519,000	2.35	2008	1,062	32	931	131	260	U	Can own more than one pharmacy.
Croatia	4,433,000	2.34	2007	1,038	52	986	0	0	U	Can own more than one pharmacy.
Czech Republic	10,428,000	2.28	2009	2,381	73	2,308	0	0	U	Can own more than one pharmacy.
Denmark	5,490,000	0.62	2007	341	20	321	0	0	RP	A pharmacist can own up to a maximum of four pharmacies.
Egypt	74,946,000	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	RP	Restrictions on number of pharmacies a pharmacist can own.
Ethiopia	79,087,000	0.06	2007	463	143	320	577	2,121	O	Pharmacy should have a licensed pharmacist that is legally and professional responsible. Can own more than one pharmacy.
Finland	5,312,000	1.48	2008	787	N/A	787	N/A	N/A	RP	Pharmacy ownership restricted to pharmacists. Limit of one pharmacy per pharmacist.
France	62,046,000	4.16	2007	25,830	2,668	23,162	0	0	RP	Only pharmacists can own pharmacies. Maximum of one pharmacy per pharmacist owner. Pharmacist owners can only practice in their own pharmacy.
Germany	82,170,000	2.68	2008	22,022	452	21,570	0	0	RP	Restrictions on number of pharmacies a pharmacist can own.

Tabla 2a. Farmacéuticos y técnicos en farmacia a nivel mundial: Evolución del empleo en función de las políticas de propiedad de las farmacias. Fuente: FIP, Global Pharmacy Workforce Report 2009.

	Population mid 2008	Pharmacy density per 10,000 population	Year of data	Pharmacies and pharmacy departments					Community pharmacy ownership	
				Total	Hospital	Community	Primary healthcare facilities	Other	Pharmacy ownership	Policies and restrictions.
Great Britain	61,291,000	2.12	2008	13,005	280	12,725	N/A	N/A	U	Can own more than one pharmacy.
Hungary	10,034,000	2.50	2009	2,500	140	2,360	0	0	U	Ownership requires permission from the Hungarian Competition Authority. A pharmacist should have part-ownership.
Iceland	319,000	1.91	2009	61*	2*	55*	4*	0	U	Companies cannot hold more than the majority of the market share in order to promote competition.
India	1,149,285,000	4.79	2009	550,000*	N/A	550,000*	N/A	N/A	U	Can own more than one pharmacy.
Indonesia	239,945,000	1.13	2009	27,000	N/A	N/A	N/A	N/A	RP	Restrictions on pharmacy ownership.
Iraq	29,492,000	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	RP	Ownership restricted to pharmacists. Cannot own more than one pharmacy.
Israel	7,482,000	1.80	2009	1,350*	100	1,100	350	20	U	Physicians cannot own pharmacies. Can own more than one pharmacy.
Italy	59,865,000	3.05	2007	18,250	1,000	17,250	0	0	RP	Restrictions on the number of pharmacies a pharmacist can own.
Japan	127,720,000	4.76	2006	60,852	8,900	51,952	N/A	N/A	O	Designated responsible pharmacist must be employed in each pharmacy.
Jordan	5,849,000	3.09	2007	1,806	N/A	N/A	N/A	N/A	U	Pharmacies should employ at least one fulltime pharmacist that is not designated as a responsible pharmacist in any other pharmacy. Pharmacists working in the public sector cannot own private pharmacies but can be a shareholder.
Kenya	37,954,000	0.44	2009	1,700	N/A	1,700	N/A	N/A	O	Ownership restricted to pharmacists and pharmaceutical technologists. Pharmaceutical technologists must have practiced for at least 6 years in order to own a pharmacy.
Kuwait	2,669,000	2.09	2008	559	57	345	81	N/A	O	Only Kuwaiti pharmacists (pharmacists with a Kuwaiti pharmacist license) may own pharmacies with the exception of pharmacies in supermarkets and private hospitals. Can own more than one pharmacy.
Mali	12,716,000	0.90	2008	1,145	11	834	300	0	RH	Each pharmacy must employ a pharmacist.
Malta	412,000	5.44	2005	224	8	207	5	4	U	Can own more than one pharmacy.
Mexico	107,677,000	2.04	2006	22,000	100	21,900	0	0	U	Can own more than one pharmacy.
Nepal	26,997,000	5.93	2008	16,016	16	16,000	N/A	N/A	O	Pharmacists, those who have completed diploma pharmacy programs and have completed a three month orientation program (run by Department of Drug Administration) can own a pharmacy. Can own more than one pharmacy.
Nigeria	148,071,000	0.17	2007	2,581	21	2,560	N/A	N/A	RP	Ownership restricted to pharmacists. Can own more than one pharmacy.
Pakistan	172,800,000	4.62	2008	80,000	1000	78,000	1,000	0	U	No limitations.
Paraguay	6,230,000	5.14	2007	3,200	50	3,150	0	0	U	No limitations.
Portugal	10,621,000	2.89	2008	3,071	294	2,777	0	0	U	Restrictions on the number of pharmacies that can be owned.
R. of Macedonia	2,049,000	3.90	2008	800	28	772	0	0	U	Can own more than one pharmacy.

Tabla 2b. Farmacéuticos y técnicos en farmacia a nivel mundial: Evolución del empleo en función de las políticas de propiedad de las farmacias. Fuente: FIP, Global Pharmacy Workforce Report 2009.

	Population mid 2008	Pharmacy density per 10,000 population	Year of data	Pharmacies and pharmacy departments					Community pharmacy ownership	
				Total	Hospital	Community	Primary healthcare facilities	Other	Pharmacy ownership	Policies and restrictions.
Republic of Korea	48,607,000	4.50	2007	22,000	1,251	20,703	0	0	RP	Restrictions on the number of pharmacies that can be owned.
Rwanda	9,609,000	0.85	2008	815	42	71	510	192	RP	Pharmacy ownership restricted to pharmacists. Limit of one pharmacy per pharmacist.
Serbia	7,354,000	5.44	2009	4,000*	100*	3,100*	0	800*	U	Pharmacies are also owned by the state. Can own more than one pharmacy.
Singapore	4,790,000	0.49	2007	232	51	157	24	0	U	Can own more than one pharmacy.
Spain	46,501,000	4.50	2007	20,941	N/A	20,941	N/A	N/A	RP	Only individual pharmacists can own pharmacies. Limit of one pharmacy per pharmacist.
Sudan	39,445,000	0.90	2008	3,531	257	2,306	802	166	U	Each pharmacy must employ a responsible pharmacist. Can own more than one pharmacy.
Switzerland	7,633,000	7.15	2008	5,458	114	1,712	N/A	3,632	U	A responsible pharmacist must be employed in the pharmacy. Can own more than one pharmacy.
Syria	19,933,000	5.32	2007	10,613	30	10,555	28	0	RP	Pharmacy ownership restricted to pharmacists. Limit of one pharmacy per pharmacist.
Tanzania	40,213,000	0.12	2008	414	N/A	414	N/A	N/A	U	Each pharmacy must be supervised by a pharmacist. A pharmacist cannot supervise more than one pharmacy. Can own more than one pharmacy.
Turkey	74,766,000	3.32	2008	24,819*	700*	24,119	0	0	RP	Pharmacy ownership restricted to pharmacists. Limit of one pharmacy per pharmacist.
Uganda	29,194,000	0.13	2008	400	15	270	18	N/A	U	Each pharmacy should employ a pharmacist as its director. Can own more than one pharmacy.
Uruguay	3,334,000	4.38	2008	1,460	110	1,200	150	0	O	Any person can own a pharmacy provided they are not a doctor, dentist or veterinarian.
USA	304,486,000	2.20	2008	67,016	6,701	46,911	N/A	13,403	U	Nearly all 50 states require a designated pharmacist-in-charge to be employed. Can own more than one pharmacy.
Vietnam	86,185,000	4.52	2007	39,016	1,032	10,200	27,784	0	O	Pharmacists with a University degree or pharmacy technicians with a diploma can own a pharmacy. Individuals can only own one pharmacy each. Companies may own more than one pharmacy. Pharmacy assistants (1 year training) can run pharmacy kiosks owned by the district or village.
Zimbabwe	13,481,000	0.69	2007	928	115	263	550	N/A	RP	Pharmacists must own at least a 51% share of a pharmacy. Can own more than one pharmacy.

Notes:
N/A – Data not available
* – Estimated data
RP – Restricted to pharmacists
RH – Restricted to healthcare professionals
U – Unrestricted
O – Other
Population data source – Population Reference Bureau 2008. Available at www.prb.org. Accessed 24 April 2009.

Definitions:
Pharmacies: Premises which in accordance to the local legal provisions and definitions may operate as a facility in the provision of pharmacy services in the community or hospital settings.
Pharmacists: A professional who in accordance to the local legal provisions and definitions may provide pharmacy services (in the community, hospital, academia, research, industry etc) in your county.
Pharmacy technician: A person who supports pharmacists in the delivery of pharmacy* services. Also includes qualified assistive personnel such as pharmacy technologists.

Hospital pharmacies/pharmacy departments: Premises which in accordance to the local legal provisions and definitions may operate as a facility in the provision of pharmacy services in the hospital setting.
Community pharmacies: Premises which in accordance to the local legal provisions and definitions may operate as a facility in the provision of pharmacy services in the community settings.
Primary healthcare facilities: Premises which in accordance to the local legal provisions and definitions may operate as a facility in the provision of pharmacy services in primary healthcare facilities such as general practice clinics and polyclinics.

Tabla 2c. Farmacéuticos y técnicos en farmacia a nivel mundial: Evolución del empleo en función de las políticas de propiedad de las farmacias. Fuente: FIP, Global Pharmacy Workforce Report 2009

.

ANEXO II

CRITERIOS DEFINITORIOS DE MODELOS DE FARMACIA EN PAÍSES DE LA EU

1. ALEMANIA



Propiedad farmacéutica: SI
Criterios de establecimiento: NO
Medicamentos sin receta sólo en farmacia: SI

2. AUSTRIA



Propiedad farmacéutica: SI
Criterios de establecimiento: SI
Medicamentos sin receta sólo en farmacia: NO

3. BÉLGICA



Propiedad farmacéutica: NO
Criterios de establecimiento: SI
Medicamentos sin receta sólo en farmacia: SI

4. BULGARIA



Propiedad farmacéutica: SI
Criterios de establecimiento: NO
Medicamentos sin receta sólo en farmacia: SI

5. CHIPRE



Propiedad farmacéutica: SI
Criterios de establecimiento: NO
Medicamentos sin receta sólo en farmacia: SI

6. DINAMARCA



Propiedad farmacéutica: SI
Criterios de establecimiento: SI
Medicamentos sin receta sólo en farmacia: NO

7. ESLOVAQUIA



Propiedad farmacéutica: NO
Criterios de establecimiento: NO
Medicamentos sin receta sólo en farmacia: SI

8. ESLOVENIA



Propiedad farmacéutica: SI
Criterios de establecimiento: SI
Medicamentos sin receta sólo en farmacia: NO

9. ESPAÑA



Propiedad farmacéutica: SI
Criterios de establecimiento: SI
Medicamentos sin receta sólo en farmacia: SI

Imagen 1. Criterios definitorios de Modelo de Farmacia en países de la UE. Parte I. Fuente: CGCOF.

10. ESTONIA



Propiedad farmacéutica: NO
Criterios de establecimiento: SI
Medicamentos sin receta sólo en farmacia: SI

11. FINLANDIA



Propiedad farmacéutica: SI
Criterios de establecimiento: SI
Medicamentos sin receta sólo en farmacia: SI

12. FRANCIA



Propiedad farmacéutica: SI
Criterios de establecimiento: SI
Medicamentos sin receta sólo en farmacia: SI

13. GRECIA



Propiedad farmacéutica: SI
Criterios de establecimiento: SI
Medicamentos sin receta sólo en farmacia: SI

14. HOLANDA



Propiedad farmacéutica: NO
Criterios de establecimiento: NO
Medicamentos sin receta sólo en farmacia: NO

15. HUNGRÍA



Propiedad farmacéutica: NO
Criterios de establecimiento: NO
Medicamentos sin receta sólo en farmacia: NO

16. IRLANDA



Propiedad farmacéutica: NO
Criterios de establecimiento: NO
Medicamentos sin receta sólo en farmacia: NO

17. ITALIA



Propiedad farmacéutica: SI
Criterios de establecimiento: SI
Medicamentos sin receta sólo en farmacia: NO

18. LETONIA



Propiedad farmacéutica: SI
Criterios de establecimiento: SI
Medicamentos sin receta sólo en farmacia: SI

Imagen 2. Criterios definitorios de Modelo de Farmacia en países de la UE. Parte II. Fuente: CGCOF.

19. LITUANIA



Propiedad farmacéutica: NO
Criterios de establecimiento: NO
Medicamentos sin receta sólo en farmacia: SI

20. LUXEMBURGO



Propiedad farmacéutica: SI
Criterios de establecimiento: SI
Medicamentos sin receta sólo en farmacia: SI

21. MALTA



Propiedad farmacéutica: NO
Criterios de establecimiento: SI
Medicamentos sin receta sólo en farmacia: SI

22. POLONIA



Propiedad farmacéutica: NO
Criterios de establecimiento: NO
Medicamentos sin receta sólo en farmacia: NO

23. PORTUGAL



Propiedad farmacéutica: NO
Criterios de establecimiento: SI
Medicamentos sin receta sólo en farmacia: NO

24. REINO UNIDO



Propiedad farmacéutica: NO
Criterios de establecimiento: SI
(para conseguir contrato con la SS)
Medicamentos sin receta sólo en farmacia: NO

25. REPÚBLICA CHECA



Propiedad farmacéutica: NO
Criterios de establecimiento: NO
Medicamentos sin receta sólo en farmacia: NO

26. RUMANIA



Propiedad farmacéutica: NO
Criterios de establecimiento: NO
Medicamentos sin receta sólo en farmacia: SI

27. SUECIA

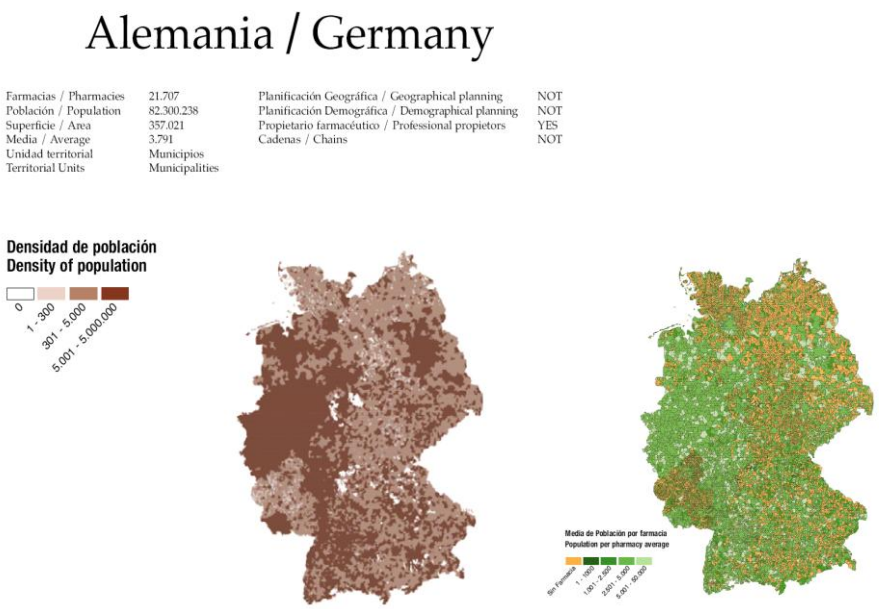


Propiedad farmacéutica: NO
Las farmacias son propiedad del Estado
Criterios de establecimiento: NO
Medicamentos sin receta sólo en farmacia: SI

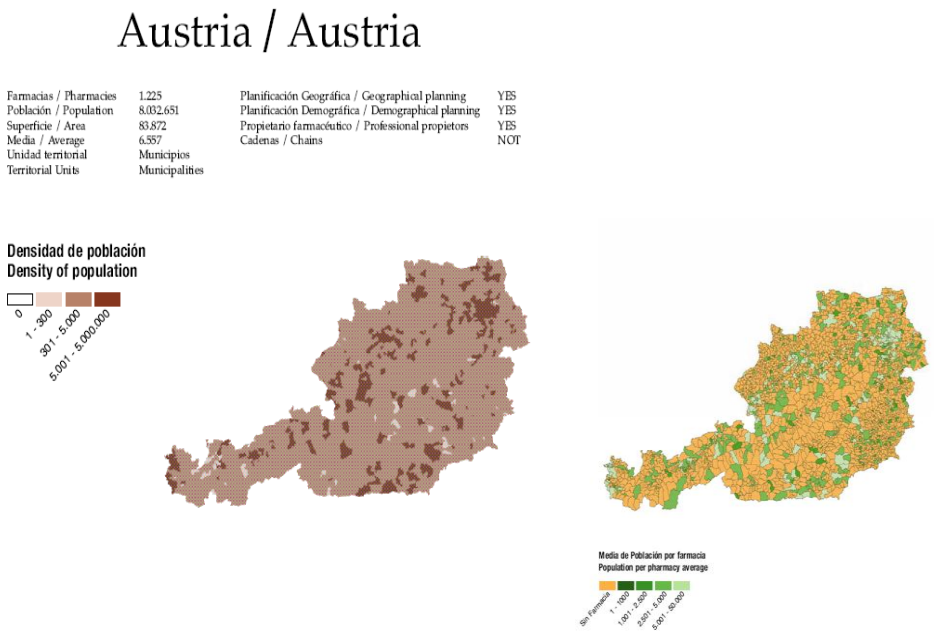
Imagen 3. Criterios definitorios de Modelo de Farmacia en países de la UE. Parte III. Fuente: CGCOF.

ANEXO III

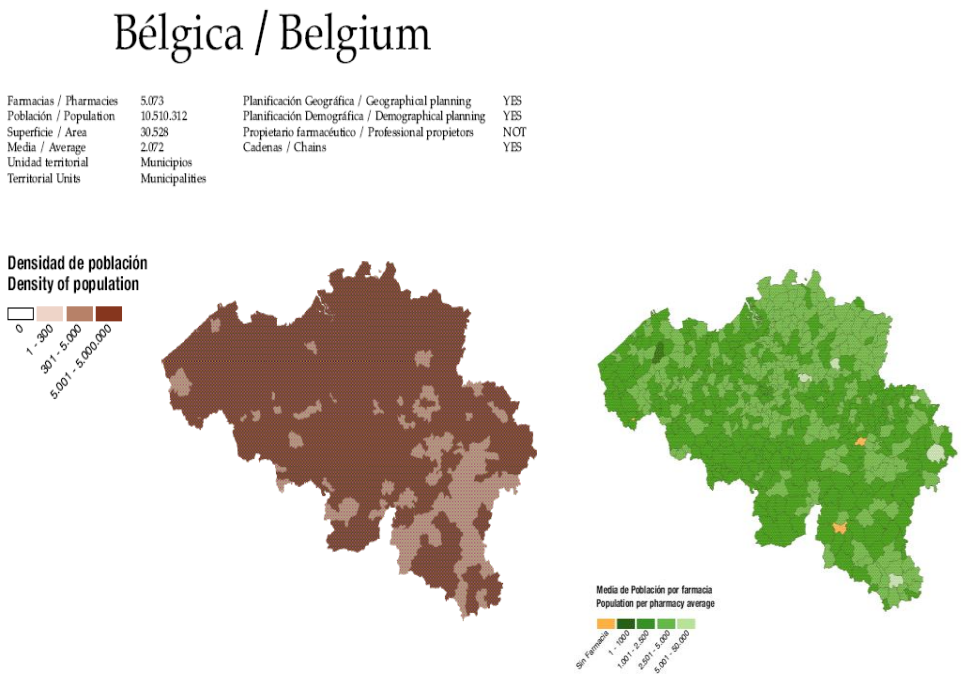
DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE LAS OFICINAS DE FARMACIA EN LOS PAÍSES DE LA UE: LOCALIZACIÓN DE LOS PUNTOS DE EMPLEO FARMACÉUTICO



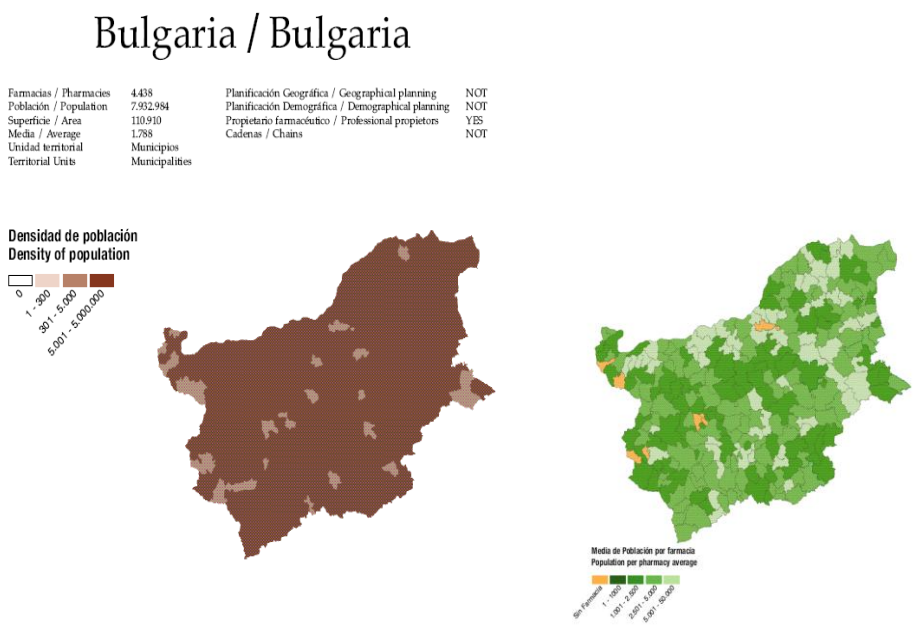
Mapa 1. Alemania. Fuente: Estudio sobre la distribución de las farmacias en Europa 2008: Una imagen vale más que mil palabras. Muy Ilustre Colegio de Farmacéuticos de Valencia.



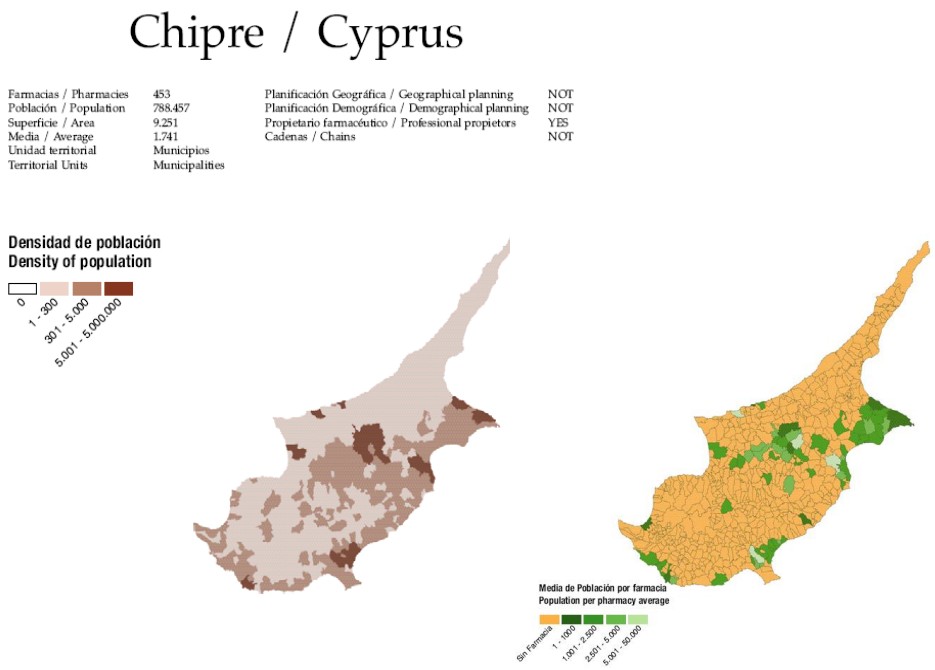
Mapa 2. Austria. Fuente: Estudio sobre la distribución de las farmacias en Europa 2008: Una imagen vale más que mil palabras. Muy Ilustre Colegio de Farmacéuticos de Valencia.



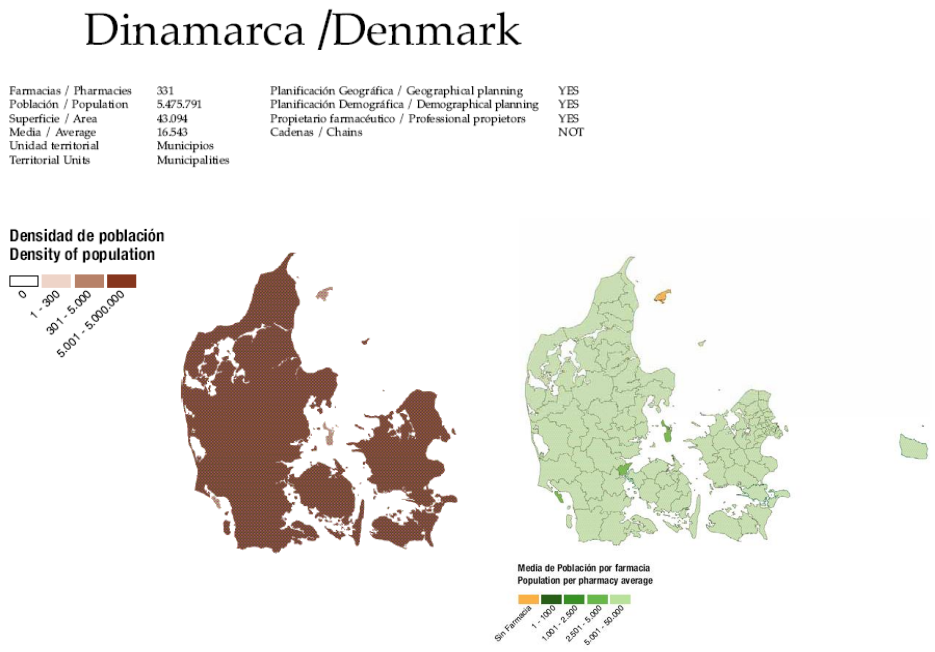
Mapa 3. Bélgica. Fuente: Estudio sobre la distribución de las farmacias en Europa 2008: Una imagen vale más que mil palabras. Muy Ilustre Colegio de Farmacéuticos de Valencia.



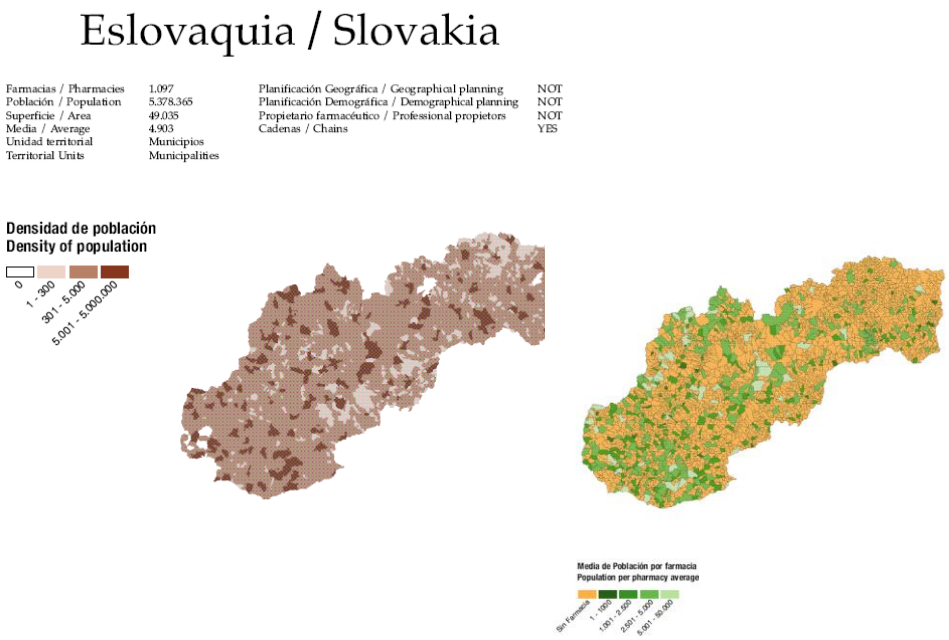
Mapa 4. Bulgaria. Fuente: Estudio sobre la distribución de las farmacias en Europa 2008: Una imagen vale más que mil palabras. Muy Ilustre Colegio de Farmacéuticos de Valencia.



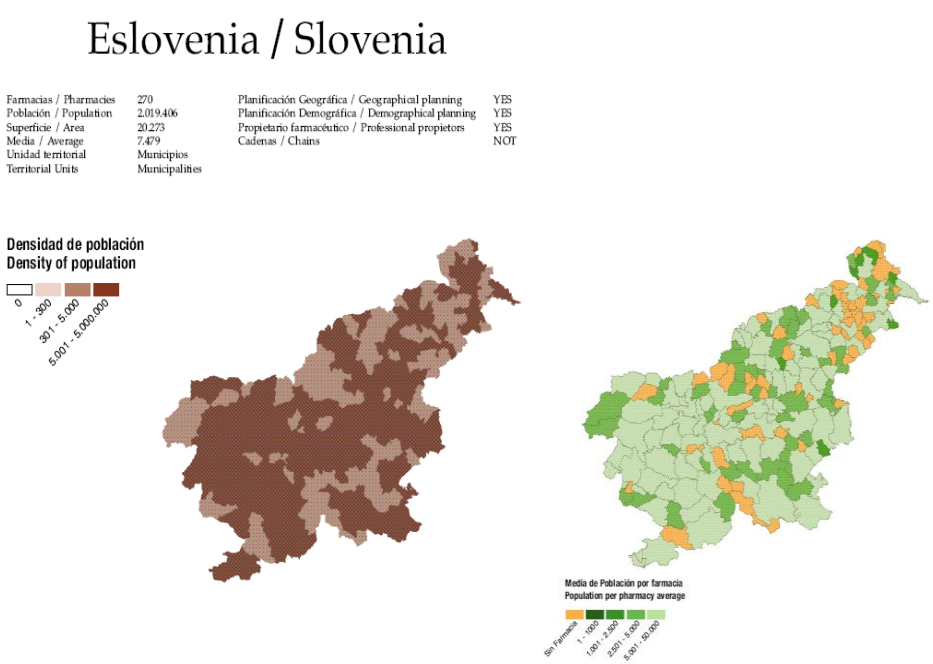
Mapa 5. Chipre. Fuente: Estudio sobre la distribución de las farmacias en Europa 2008: Una imagen vale más que mil palabras. Muy Ilustre Colegio de Farmacéuticos de Valencia.



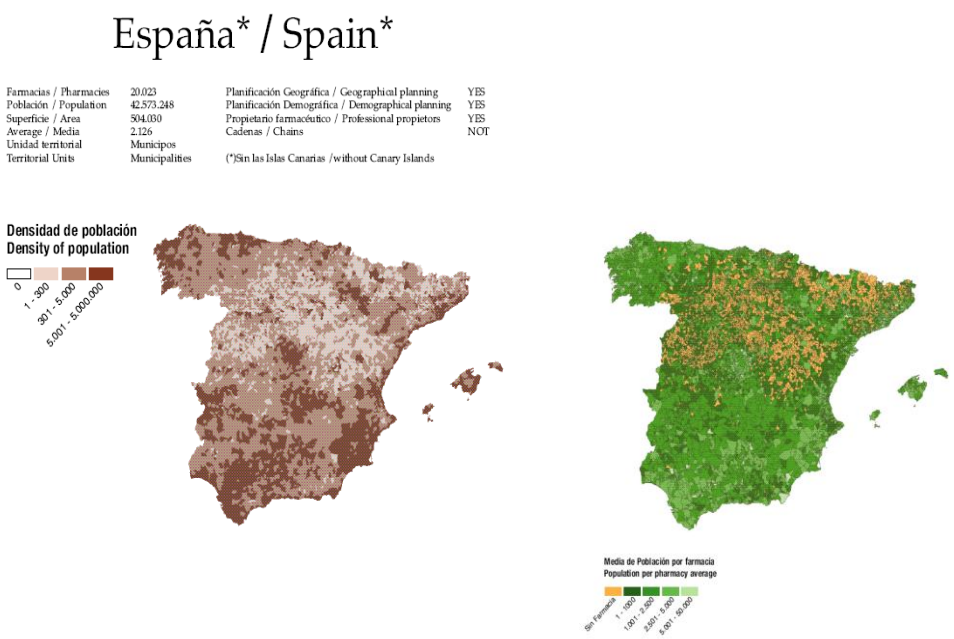
Mapa 6. Dinamarca. Fuente: Estudio sobre la distribución de las farmacias en Europa 2008: Una imagen vale más que mil palabras. Muy Ilustre Colegio de Farmacéuticos de Valencia.



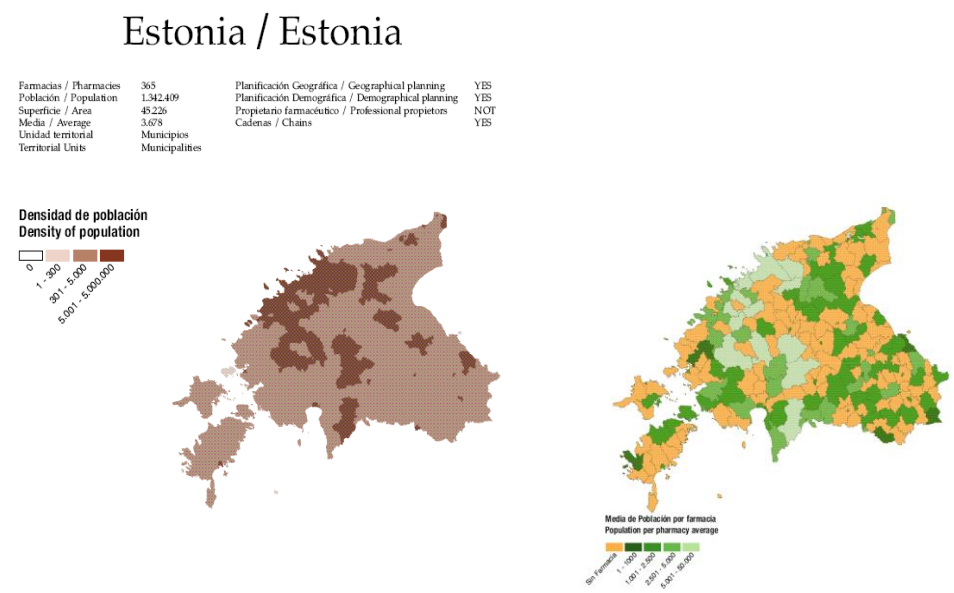
Mapa 7. Eslovaquia. Fuente: Estudio sobre la distribución de las farmacias en Europa 2008: Una imagen vale más que mil palabras. Muy Ilustre Colegio de Farmacéuticos de Valencia.



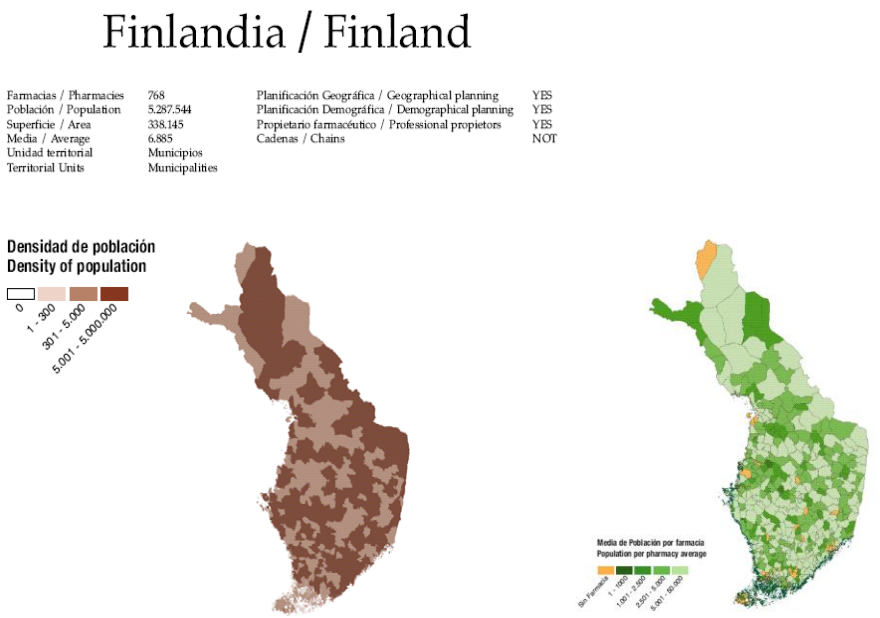
Mapa 8. Eslovenia. Fuente: Estudio sobre la distribución de las farmacias en Europa 2008: Una imagen vale más que mil palabras. Muy Ilustre Colegio de Farmacéuticos de Valencia.



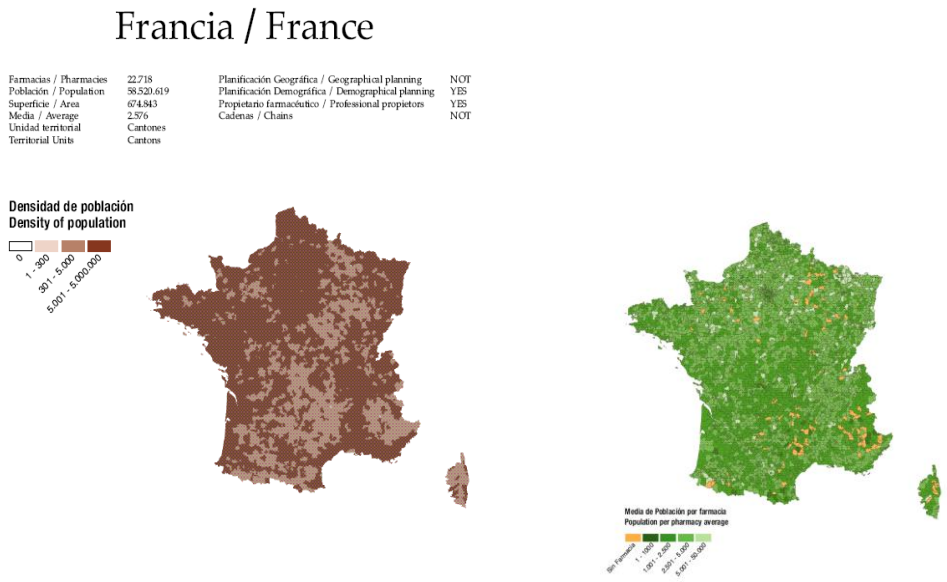
Mapa 9. España. Fuente: Estudio sobre la distribución de las farmacias en Europa 2008: Una imagen vale más que mil palabras. Muy Ilustre Colegio de Farmacéuticos de Valencia.



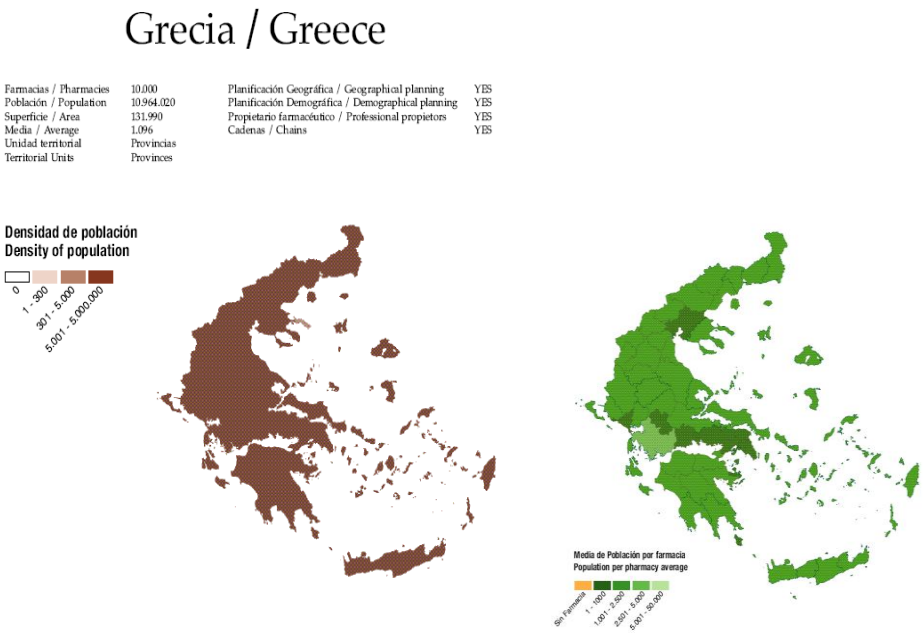
Mapa 10. Estonia. Fuente: Estudio sobre la distribución de las farmacias en Europa 2008: Una imagen vale más que mil palabras. Muy Ilustre Colegio de Farmacéuticos de Valencia.



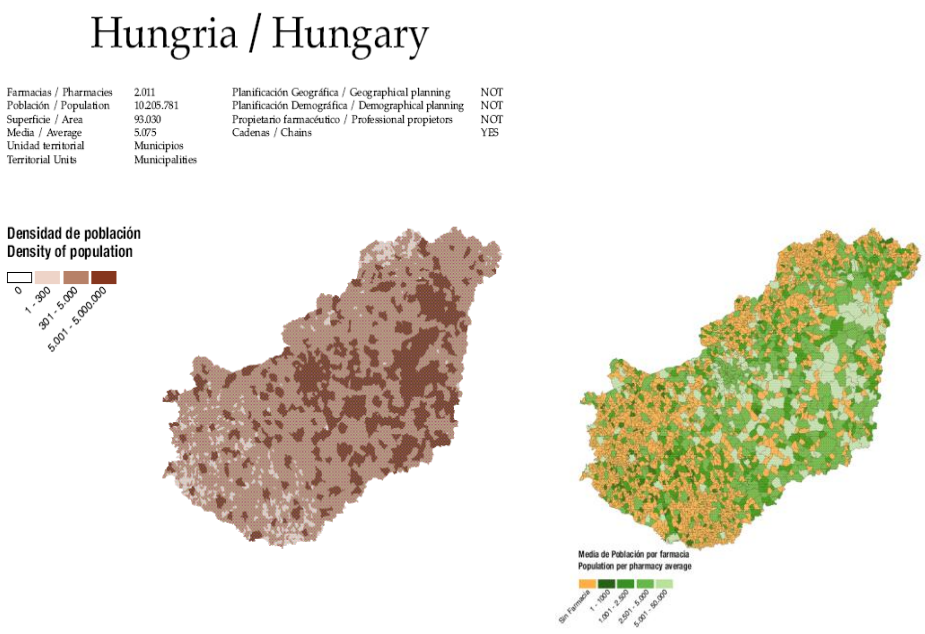
Mapa 11. Finlandia. Fuente: Estudio sobre la distribución de las farmacias en Europa 2008: Una imagen vale más que mil palabras. Muy Ilustre Colegio de Farmacéuticos de Valencia.



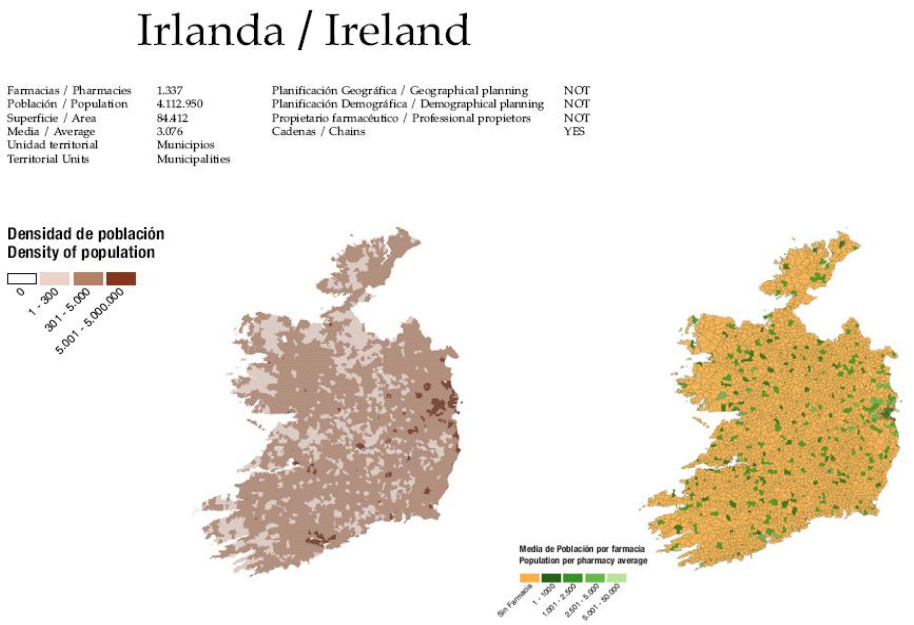
Mapa 12. Francia. Fuente: Estudio sobre la distribución de las farmacias en Europa 2008: Una imagen vale más que mil palabras. Muy Ilustre Colegio de Farmacéuticos de Valencia.



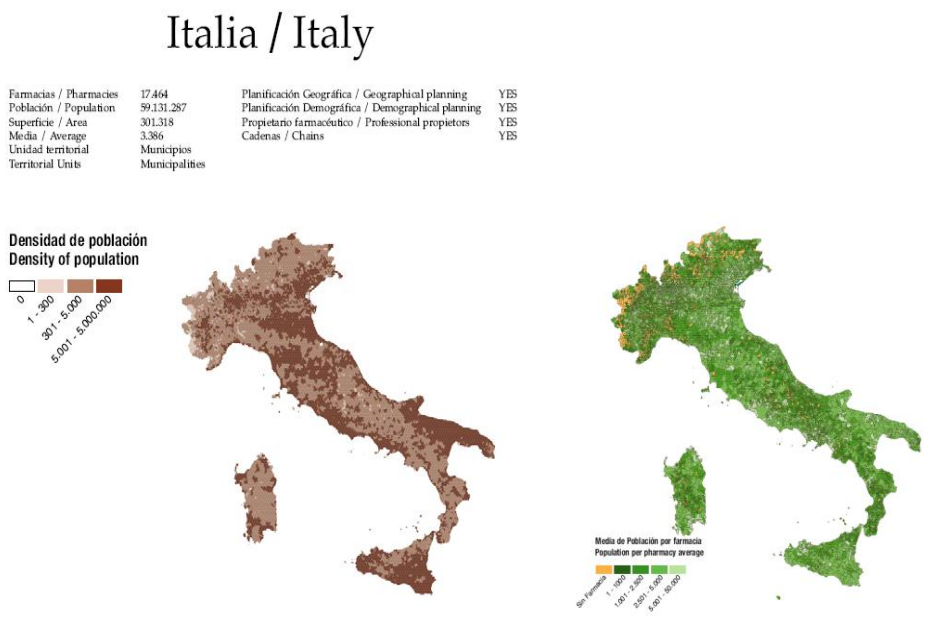
Mapa 13. Grecia. Fuente: Estudio sobre la distribución de las farmacias en Europa 2008: Una imagen vale más que mil palabras. Muy Ilustre Colegio de Farmacéuticos de Valencia.



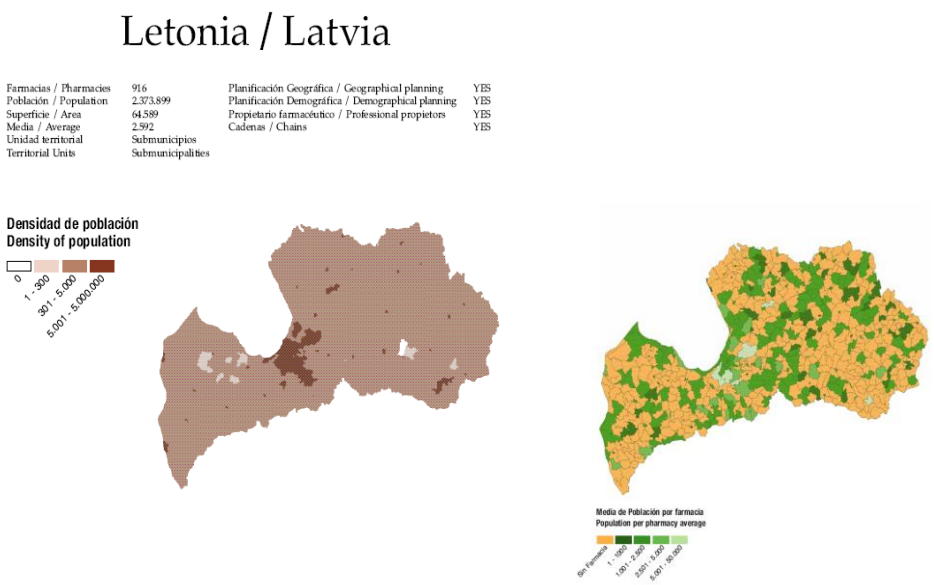
Mapa 14. Hungría. Fuente: Estudio sobre la distribución de las farmacias en Europa 2008: Una imagen vale más que mil palabras. Muy Ilustre Colegio de Farmacéuticos de Valencia.



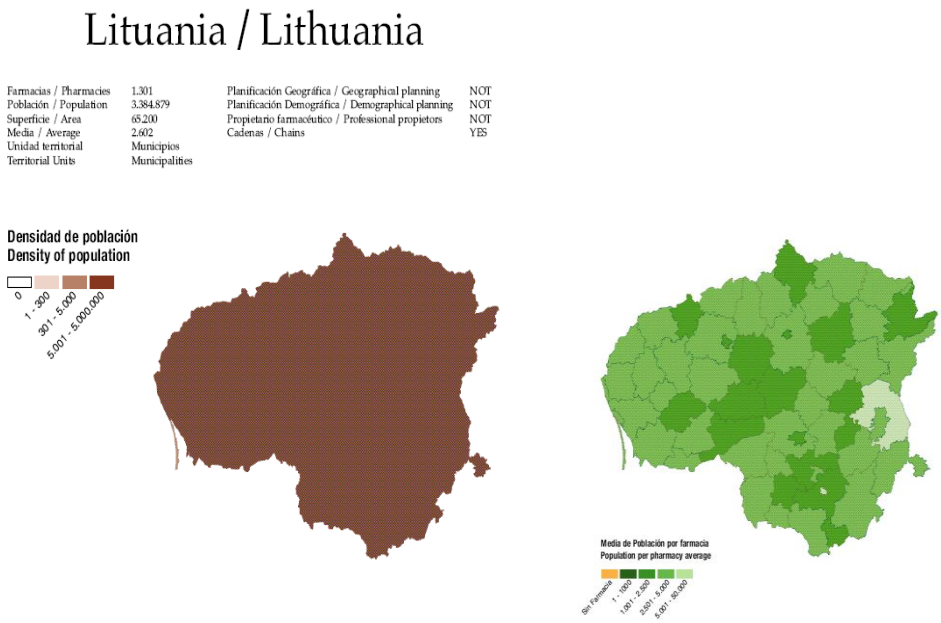
Mapa 15. Irlanda. Fuente: Estudio sobre la distribución de las farmacias en Europa 2008: Una imagen vale más que mil palabras. Muy Ilustre Colegio de Farmacéuticos de Valencia.



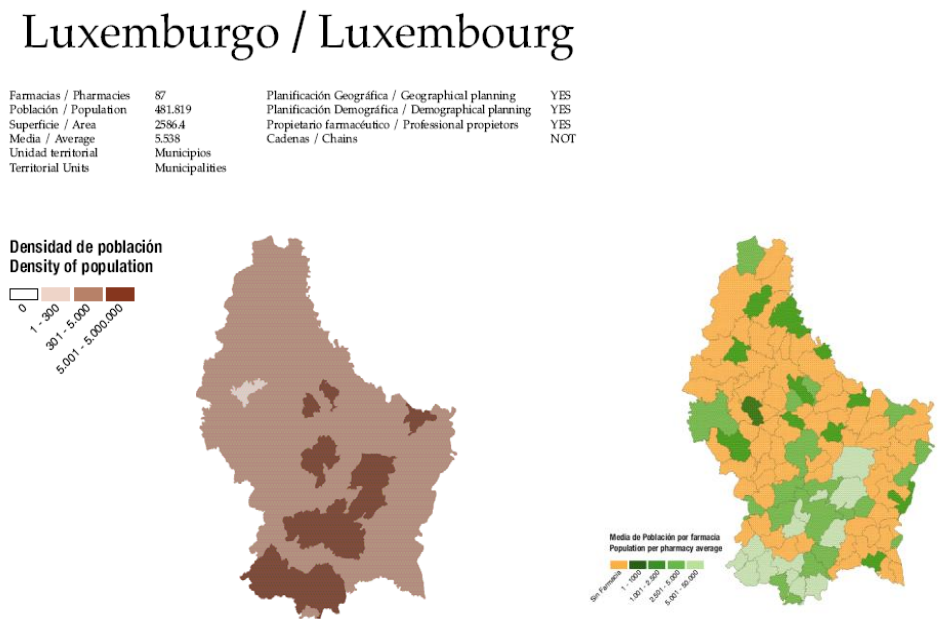
Mapa 16. Italia. Fuente: Estudio sobre la distribución de las farmacias en Europa 2008: Una imagen vale más que mil palabras. Muy Ilustre Colegio de Farmacéuticos de Valencia.



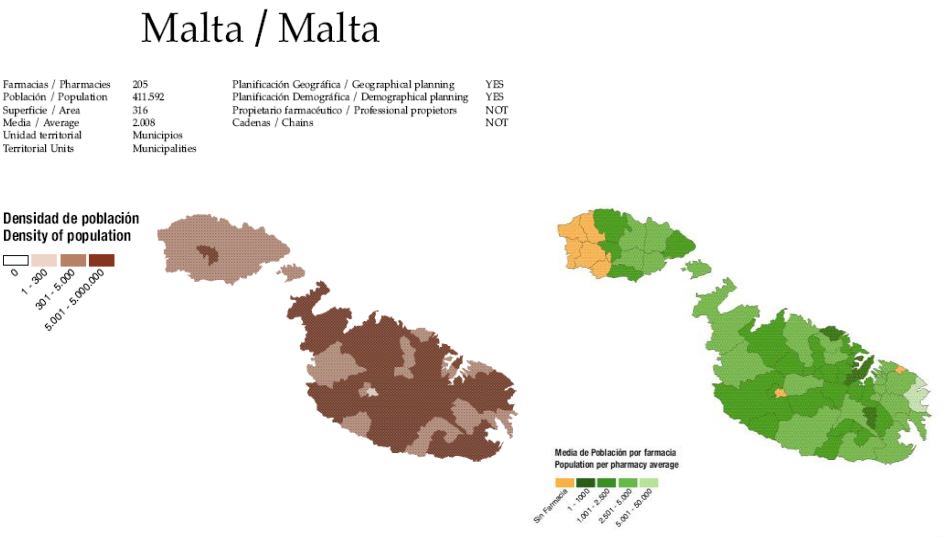
Mapa 17. Letonia. Fuente: Estudio sobre la distribución de las farmacias en Europa 2008: Una imagen vale más que mil palabras. Muy Ilustre Colegio de Farmacéuticos de Valencia.



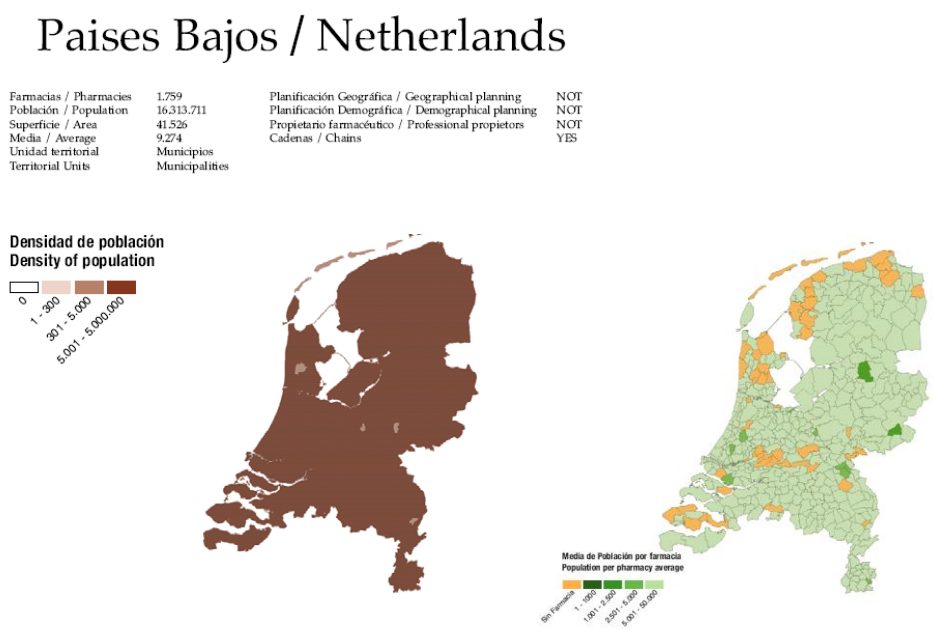
Mapa 18. Lituania. Fuente: Estudio sobre la distribución de las farmacias en Europa 2008: Una imagen vale más que mil palabras. Muy Ilustre Colegio de Farmacéuticos de Valencia.



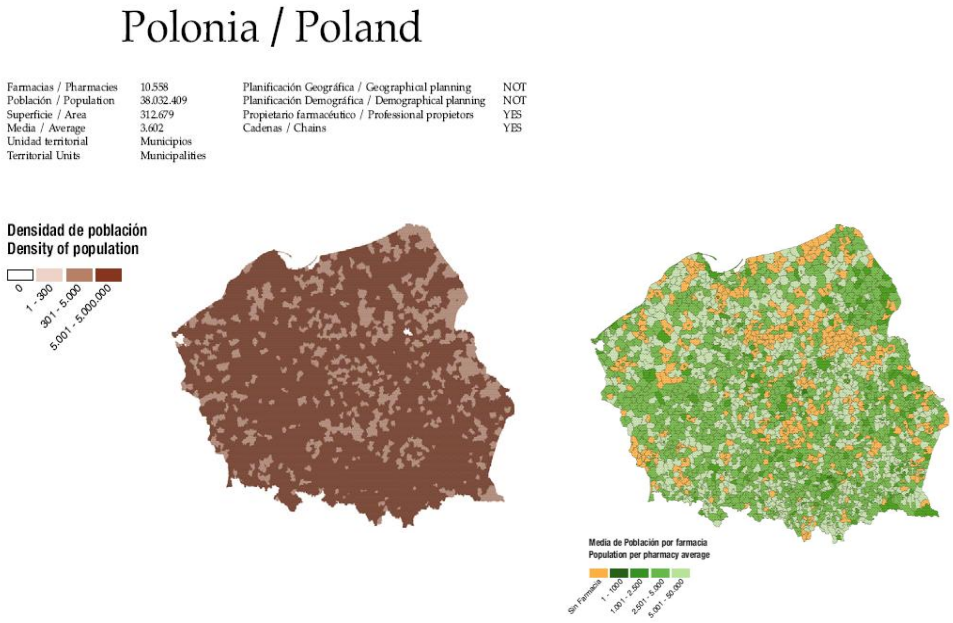
Mapa 19. Luxemburgo. Fuente: Estudio sobre la distribución de las farmacias en Europa 2008: Una imagen vale más que mil palabras. Muy Ilustre Colegio de Farmacéuticos de Valencia.



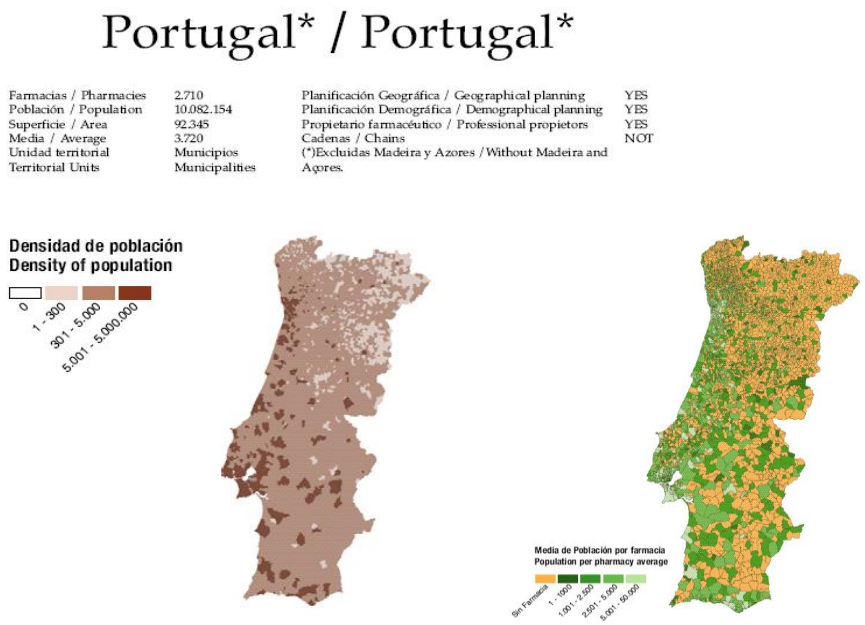
Mapa 20. Malta. Fuente: Estudio sobre la distribución de las farmacias en Europa 2008: Una imagen vale más que mil palabras. Muy Ilustre Colegio de Farmacéuticos de Valencia.



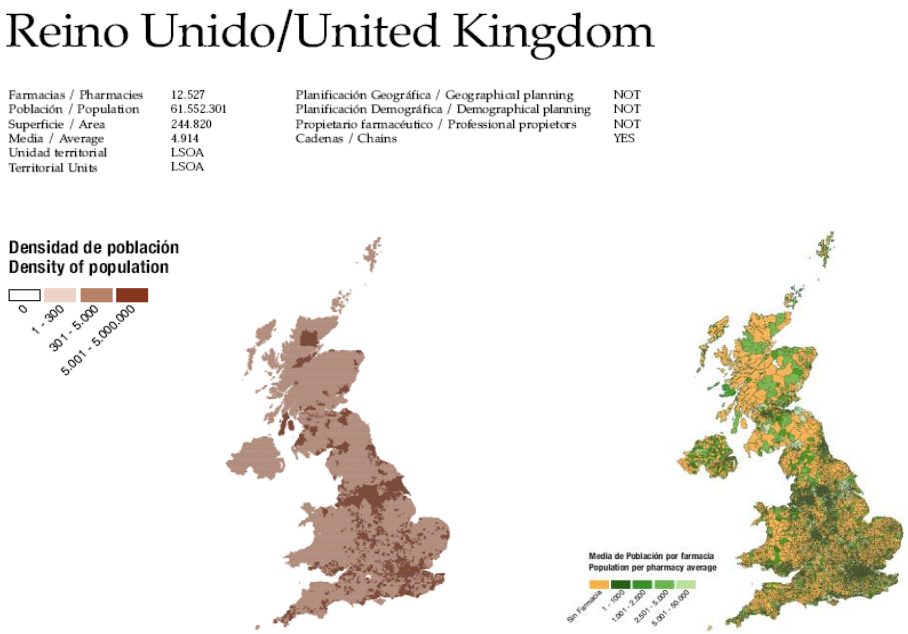
Mapa 21. Países Bajos. Fuente: Estudio sobre la distribución de las farmacias en Europa 2008: Una imagen vale más que mil palabras. Muy Ilustre Colegio de Farmacéuticos de Valencia.



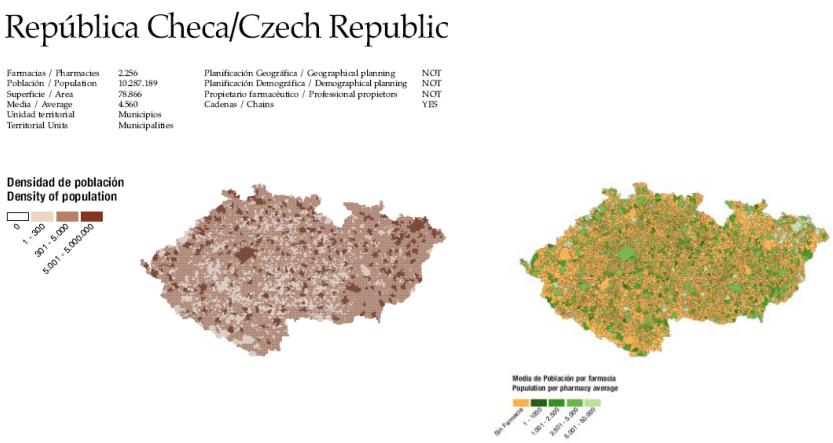
Mapa 22. Polonia. Fuente: Estudio sobre la distribución de las farmacias en Europa 2008: Una imagen vale más que mil palabras. Muy Ilustre Colegio de Farmacéuticos de Valencia.



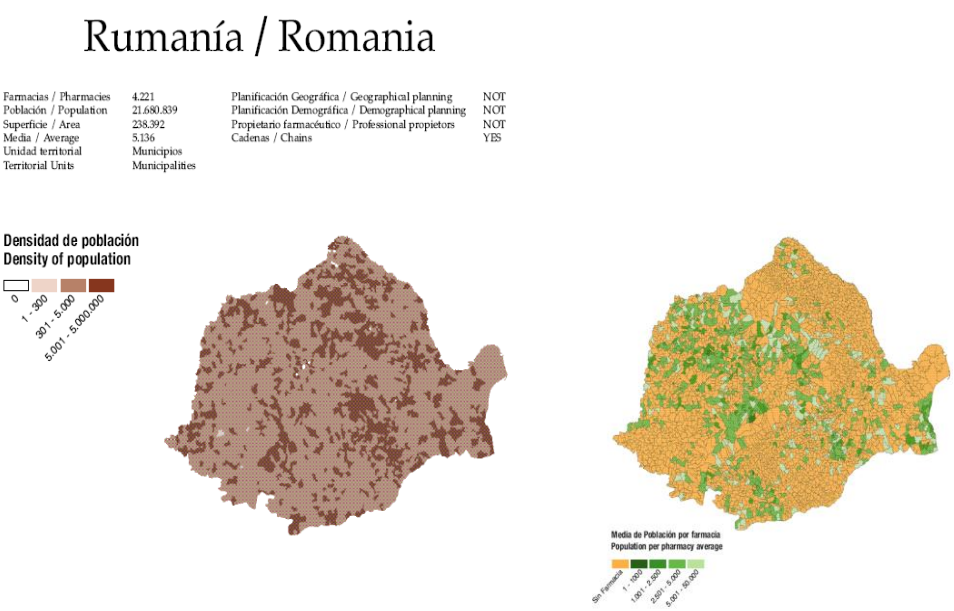
Mapa 23. Portugal. Fuente: Estudio sobre la distribución de las farmacias en Europa 2008: Una imagen vale más que mil palabras. Muy Ilustre Colegio de Farmacéuticos de Valencia.



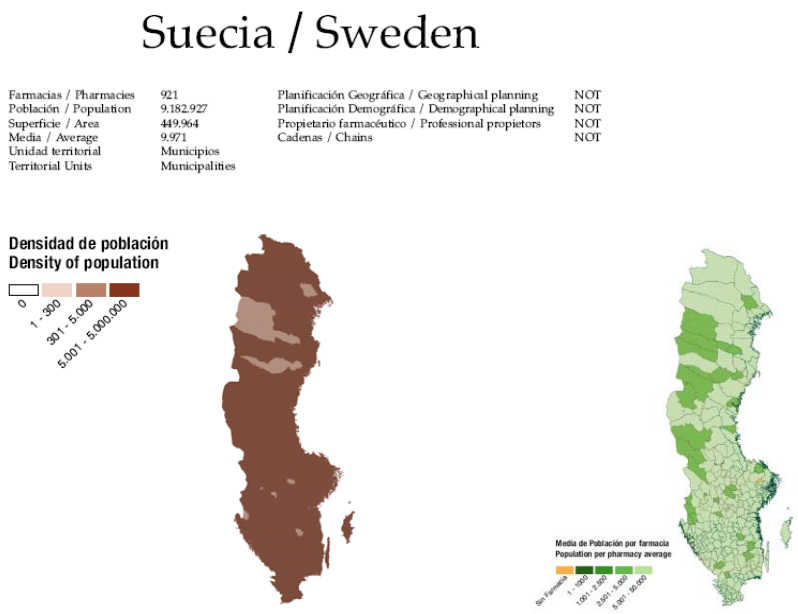
Mapa 24. Reino Unido. Fuente: Estudio sobre la distribución de las farmacias en Europa 2008: Una imagen vale más que mil palabras. Muy Ilustre Colegio de Farmacéuticos de Valencia.



Mapa 25. República Checa. Fuente: Estudio sobre la distribución de las farmacias en Europa 2008: Una imagen vale más que mil palabras. Muy Ilustre Colegio de Farmacéuticos de Valencia.



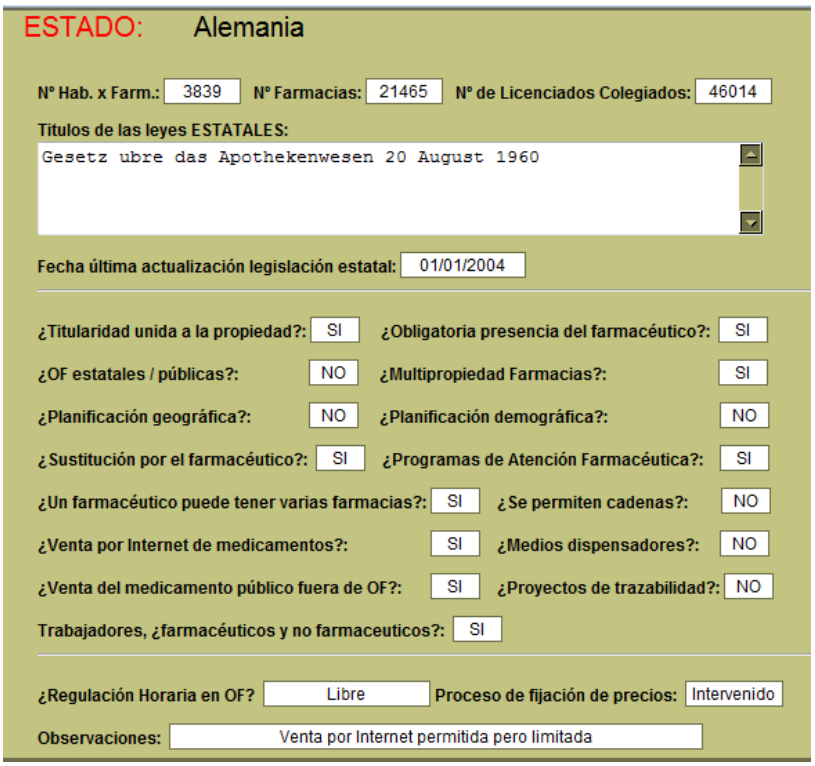
Mapa 26. Rumanía. Fuente: Estudio sobre la distribución de las farmacias en Europa 2008: Una imagen vale más que mil palabras. Muy Ilustre Colegio de Farmacéuticos de Valencia.



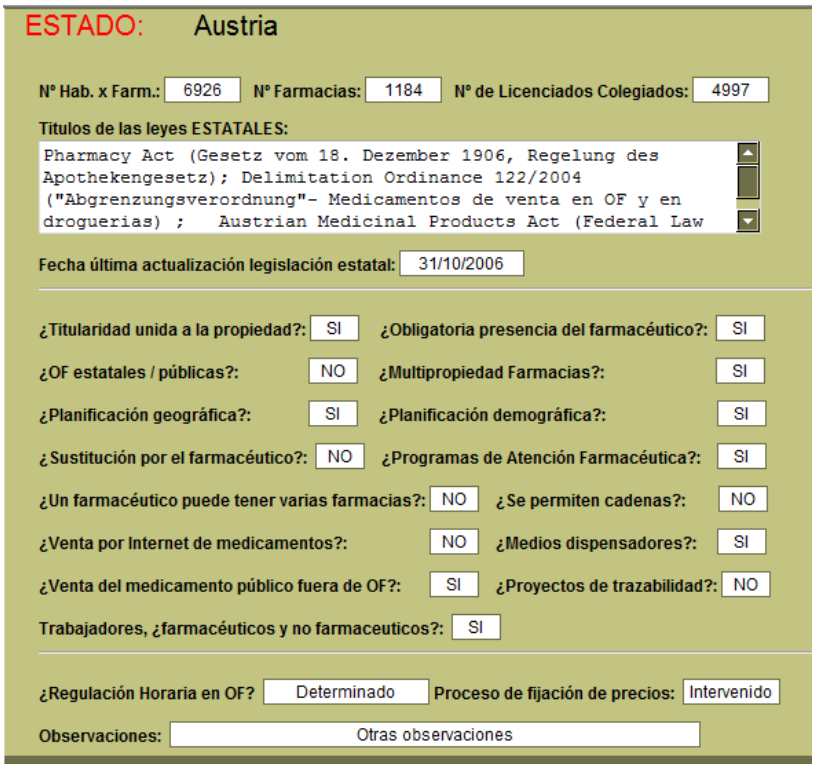
Mapa 27. Suecia. Fuente: Estudio sobre la distribución de las farmacias en Europa 2008: Una imagen vale más que mil palabras. Muy Ilustre Colegio de Farmacéuticos de Valencia.

ANEXO IV

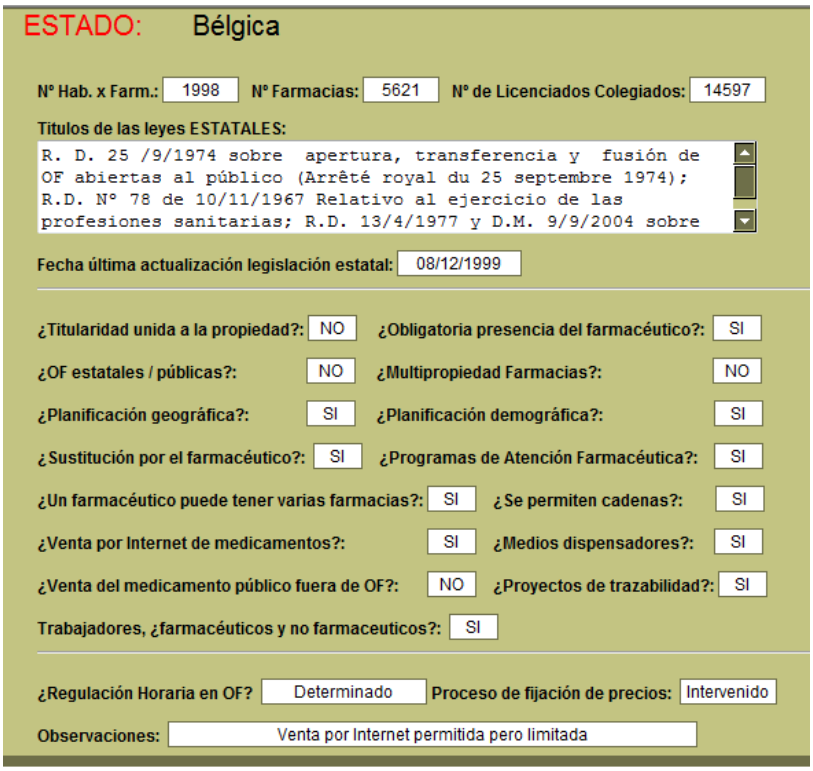
CARACTERÍSTICAS DE LA PROFESIÓN FARMACÉUTICA EN LOS DISTINTOS PAÍSES DE LA UE



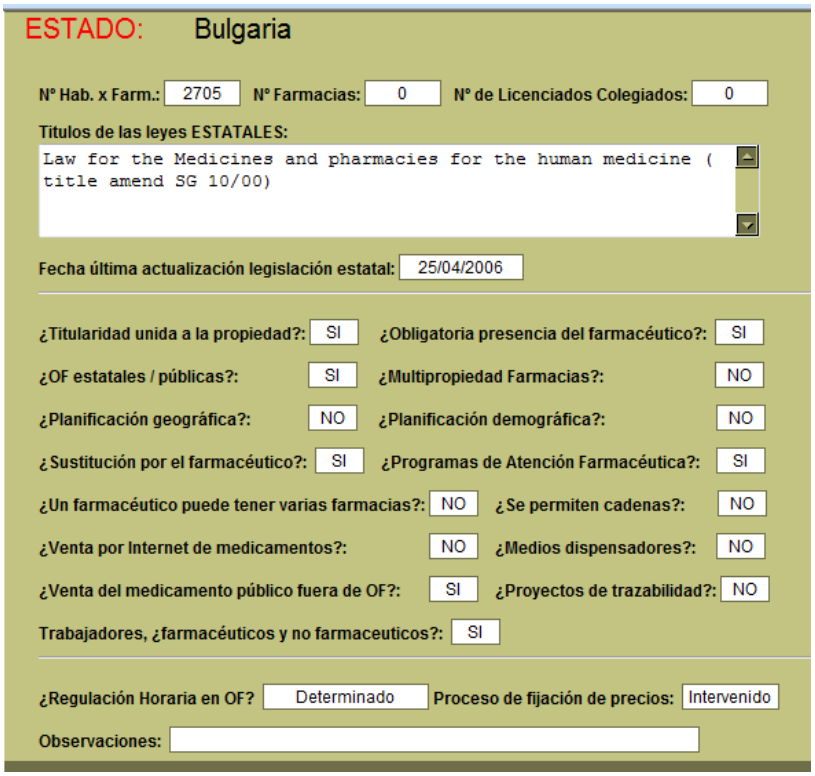
Cuadro 1. Profesión farmacéutica en Alemania. Fuente: BD de países del Muy Ilustre Colegio de Farmacéuticos de Valencia.



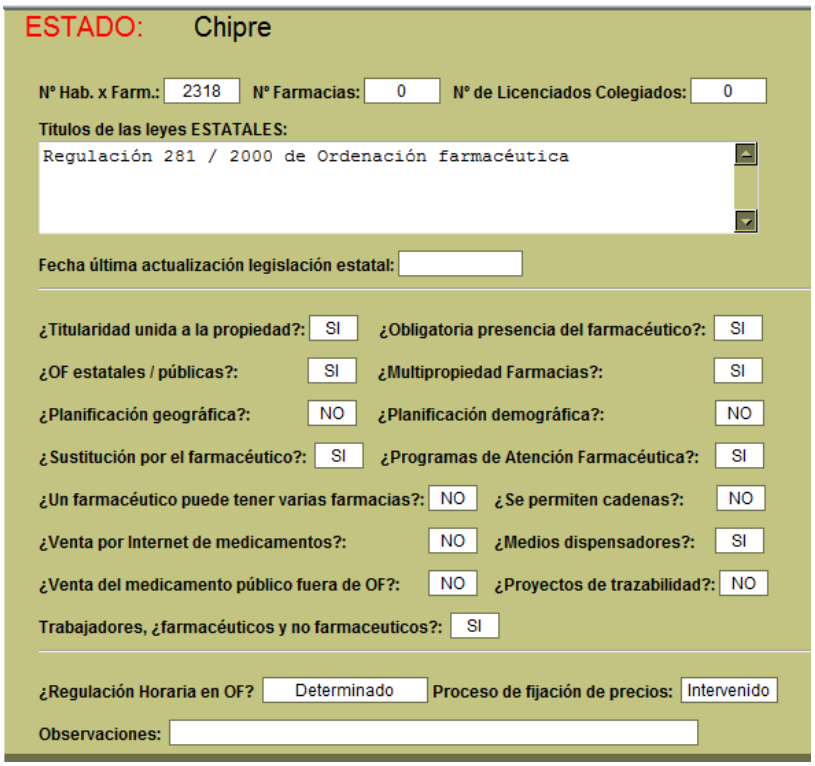
Cuadro 2. Profesión farmacéutica en Austria. Fuente: BD de países del Muy Ilustre Colegio de Farmacéuticos de Valencia.



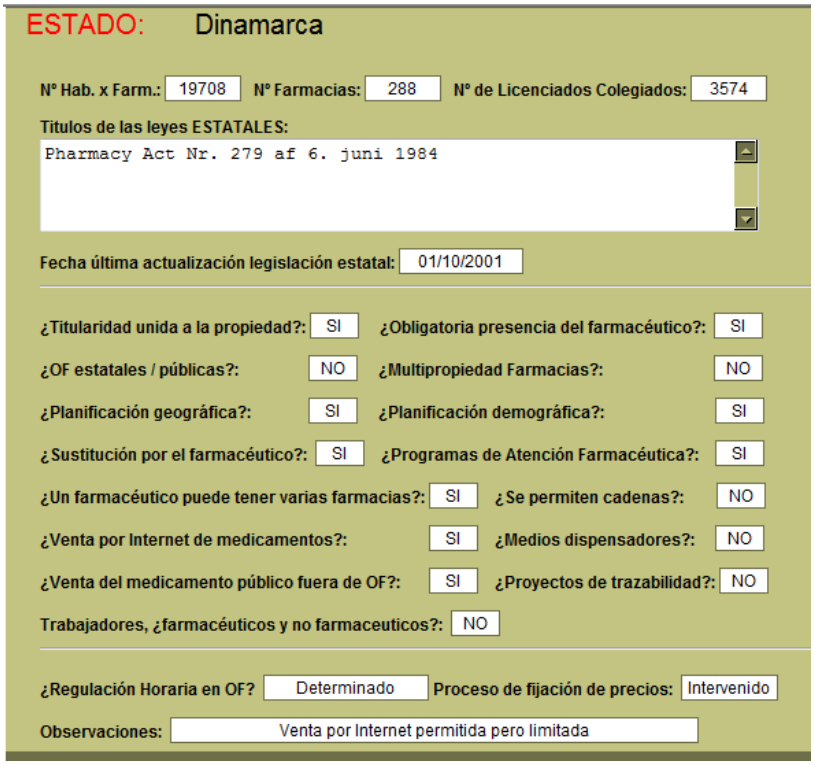
Cuadro 3. Profesión farmacéutica en Bélgica. Fuente: BD de países del Muy Ilustre Colegio de Farmacéuticos de Valencia.



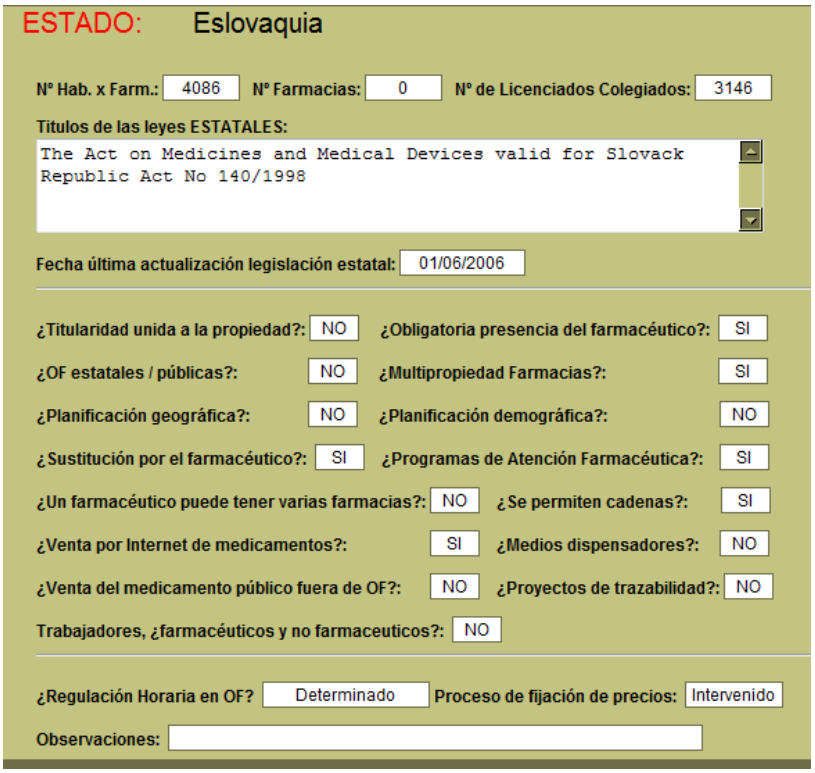
Cuadro 4. Profesión farmacéutica en Bulgaria. Fuente: BD de países del Muy Ilustre Colegio de Farmacéuticos de Valencia.



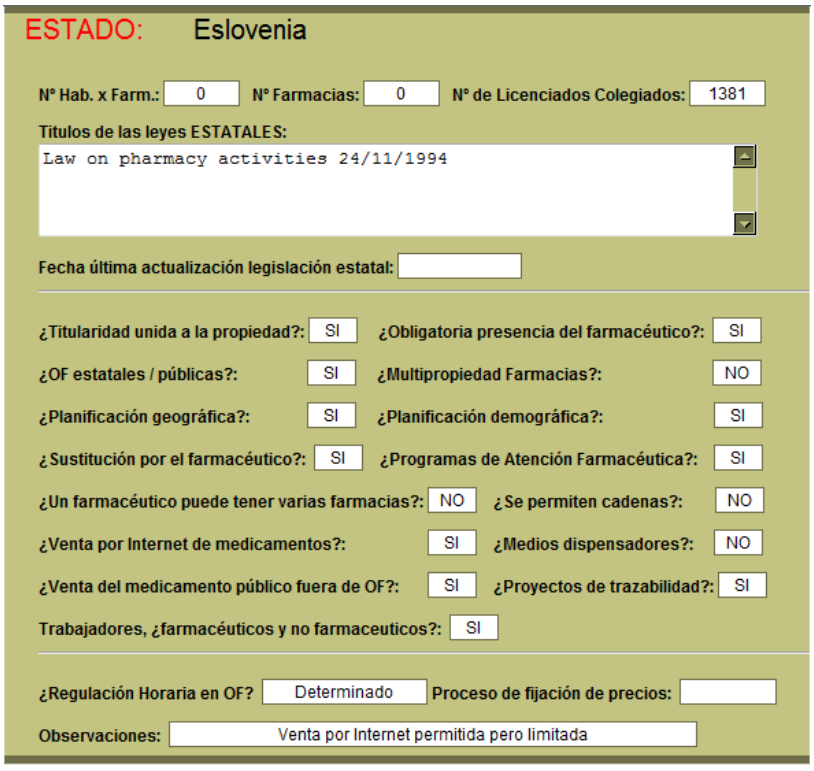
Cuadro 5. Profesión farmacéutica en Chipre. Fuente: BD de países del Muy Ilustre Colegio de Farmacéuticos de Valencia.



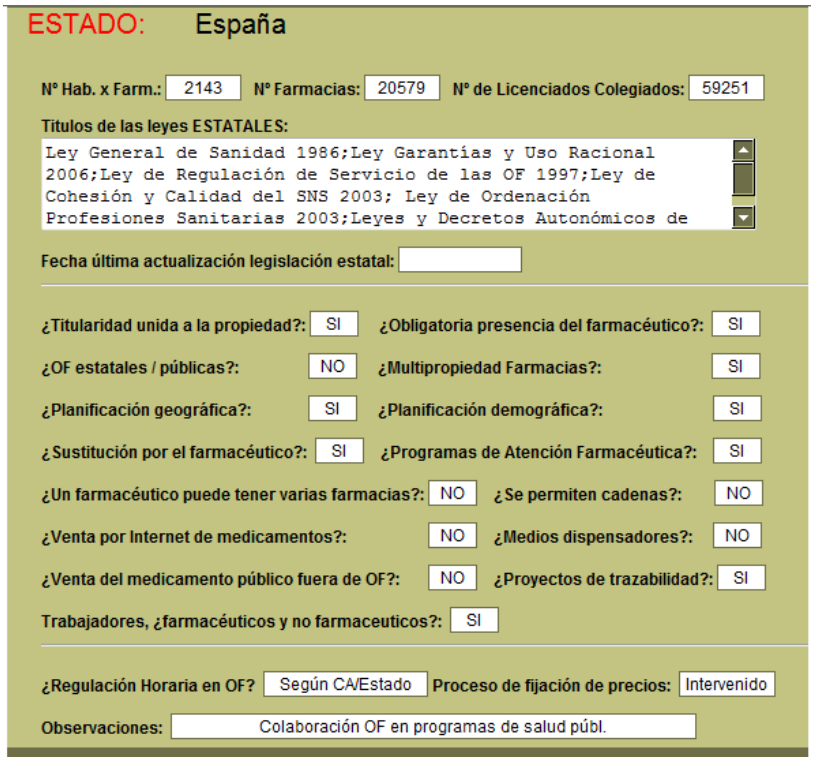
Cuadro 6. Profesión farmacéutica en Dinamarca. Fuente: BD de países del Muy Ilustre Colegio de Farmacéuticos de Valencia.



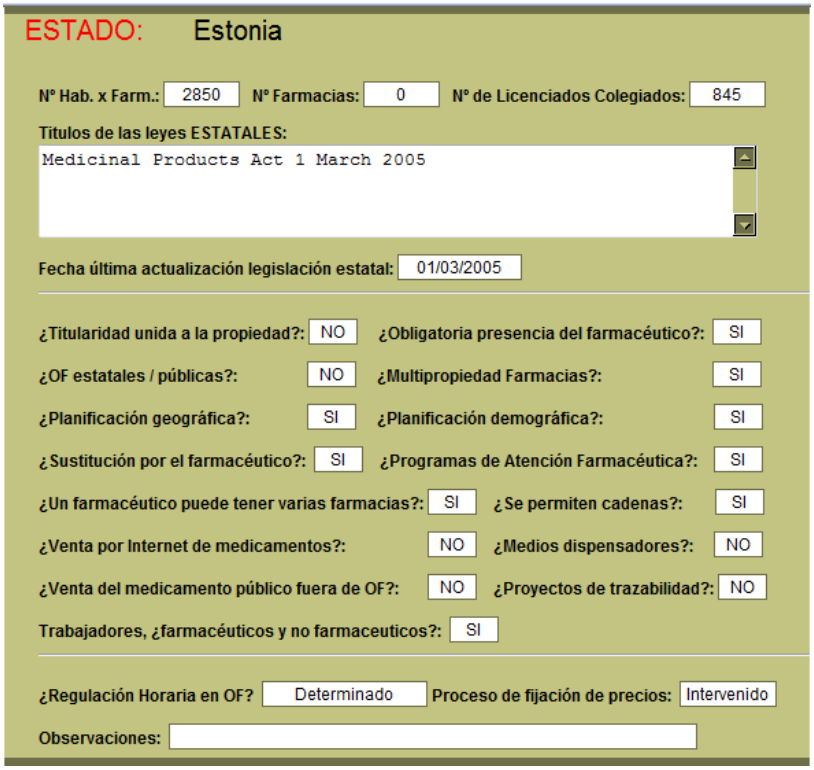
Cuadro 7. Profesión farmacéutica en Eslovaquia. Fuente: BD de países del Muy Ilustre Colegio de Farmacéuticos de Valencia.



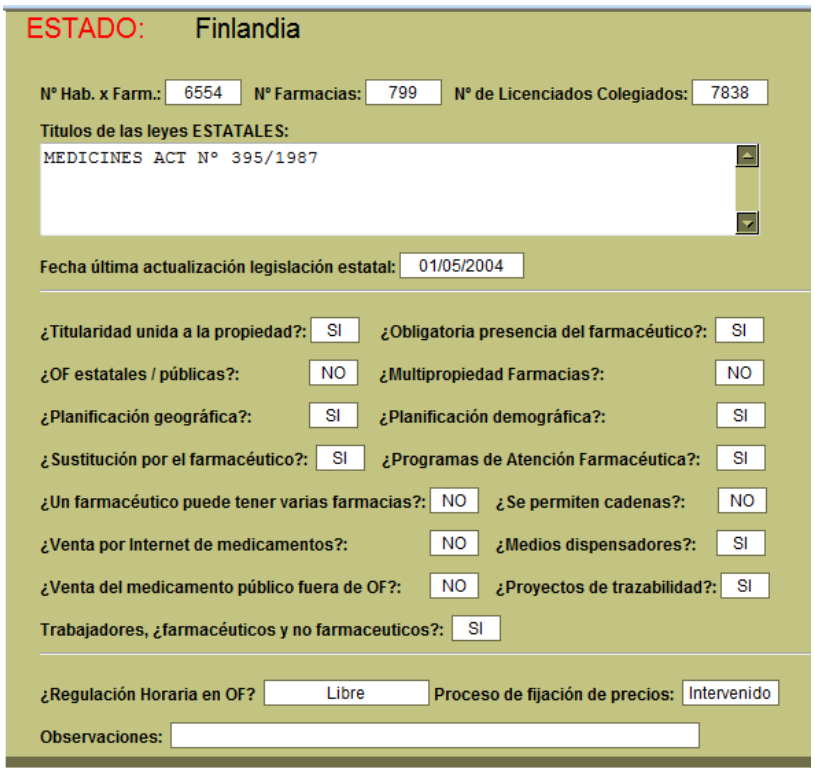
Cuadro 8. Profesión farmacéutica en Eslovenia. Fuente: BD de países del Muy Ilustre Colegio de Farmacéuticos de Valencia.



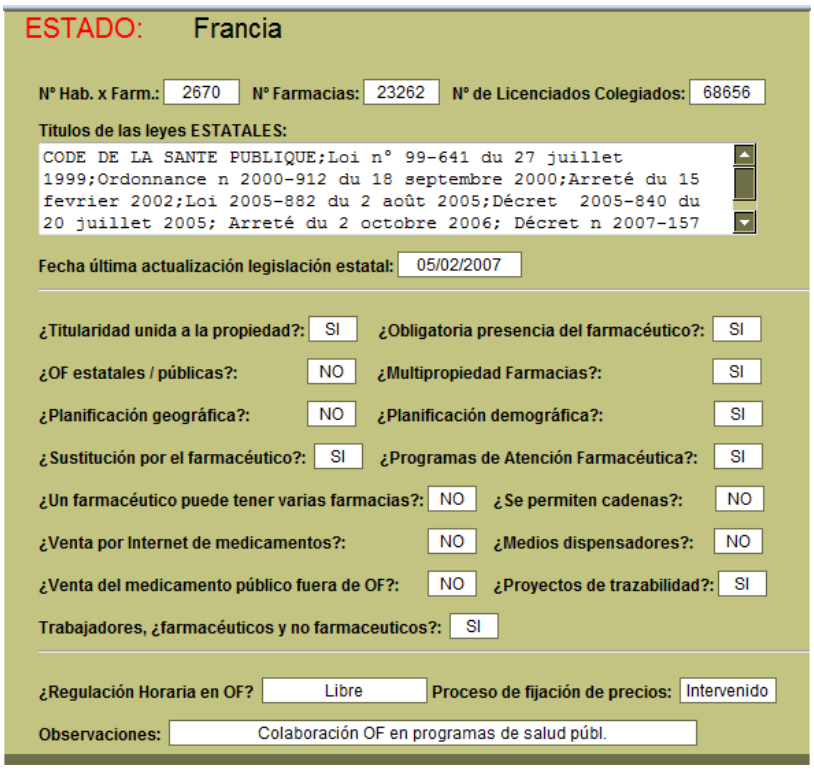
Cuadro 9. Profesión farmacéutica en España. Fuente: BD de países del Muy Ilustre Colegio de Farmacéuticos de Valencia.



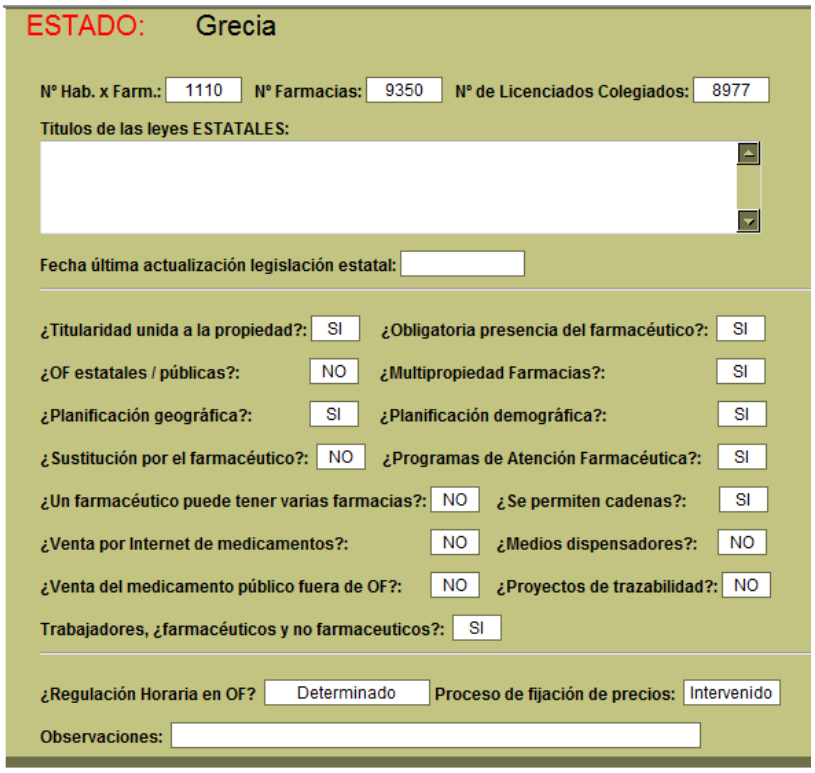
Cuadro 10. Profesión farmacéutica en Estonia. Fuente: BD de países del Muy Ilustre Colegio de Farmacéuticos de Valencia.



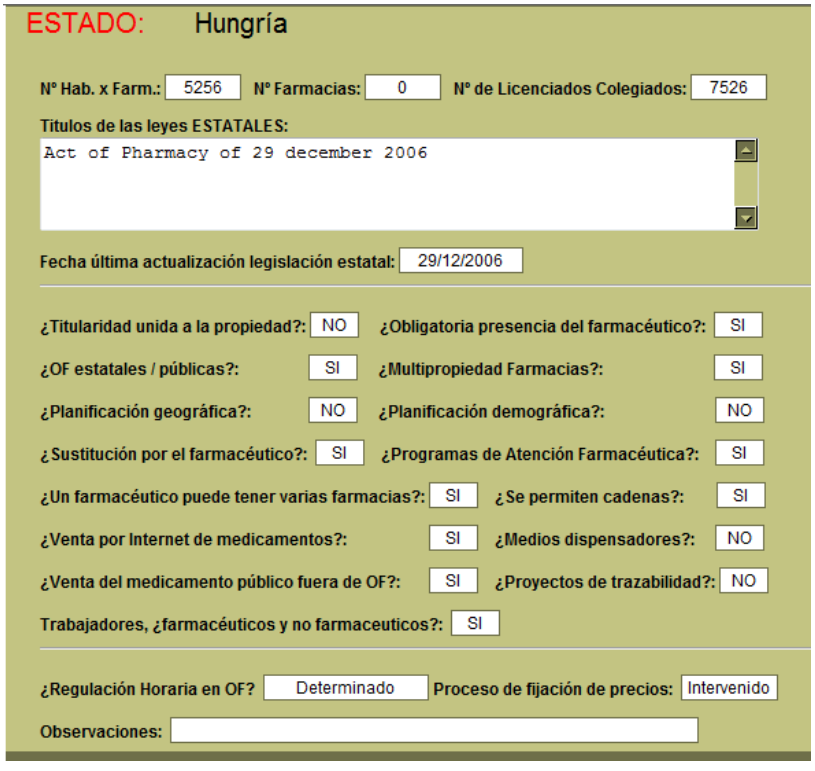
Cuadro 11. Profesión farmacéutica en Finlandia. Fuente: BD de países del Muy Ilustre Colegio de Farmacéuticos de Valencia.



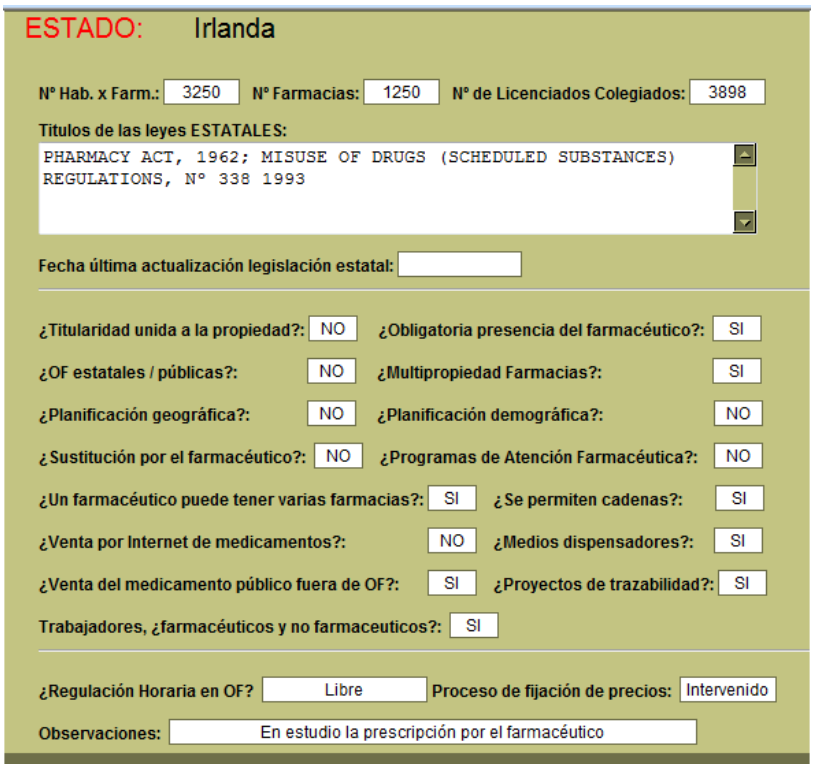
Cuadro 12. Profesión farmacéutica en Francia. Fuente: BD de países del Muy Ilustre Colegio de Farmacéuticos de Valencia.



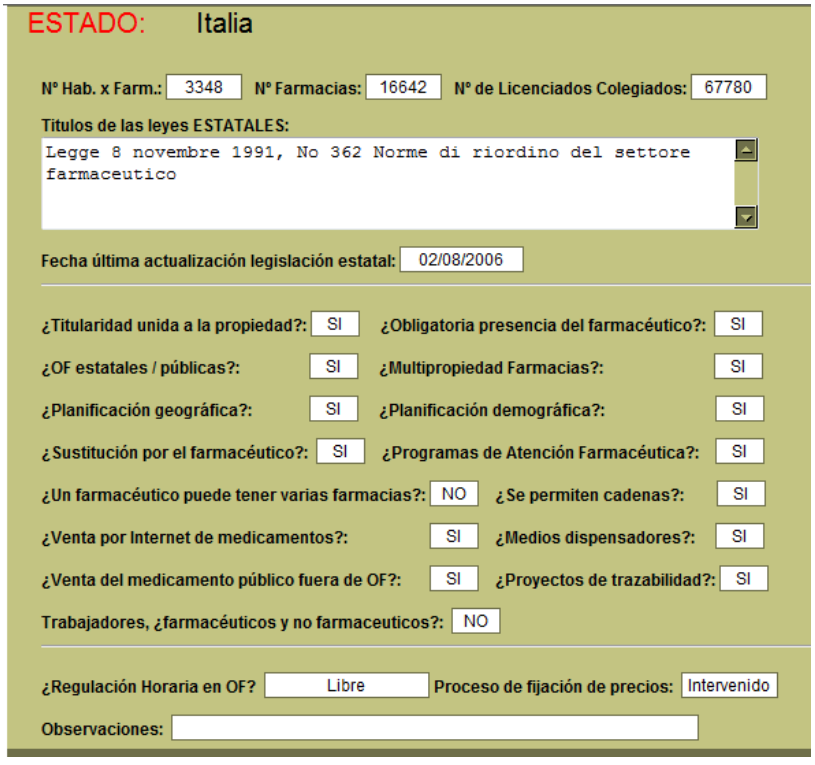
Cuadro 13. Profesión farmacéutica en Grecia. Fuente: BD de países del Muy Ilustre Colegio de Farmacéuticos de Valencia.



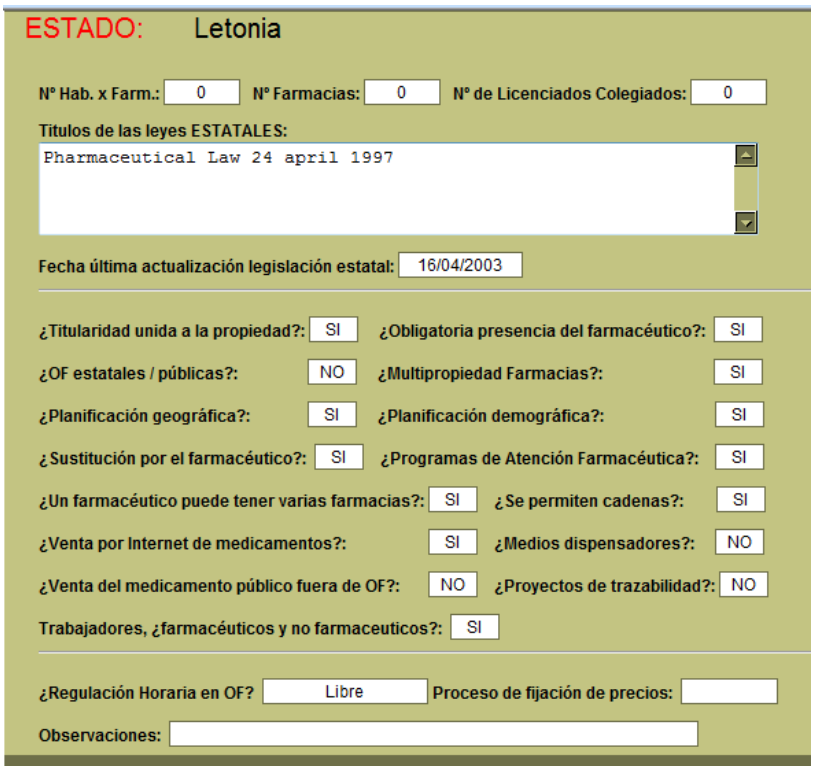
Cuadro 14. Profesión farmacéutica en Hungría. Fuente: BD de países del Muy Ilustre Colegio de Farmacéuticos de Valencia.



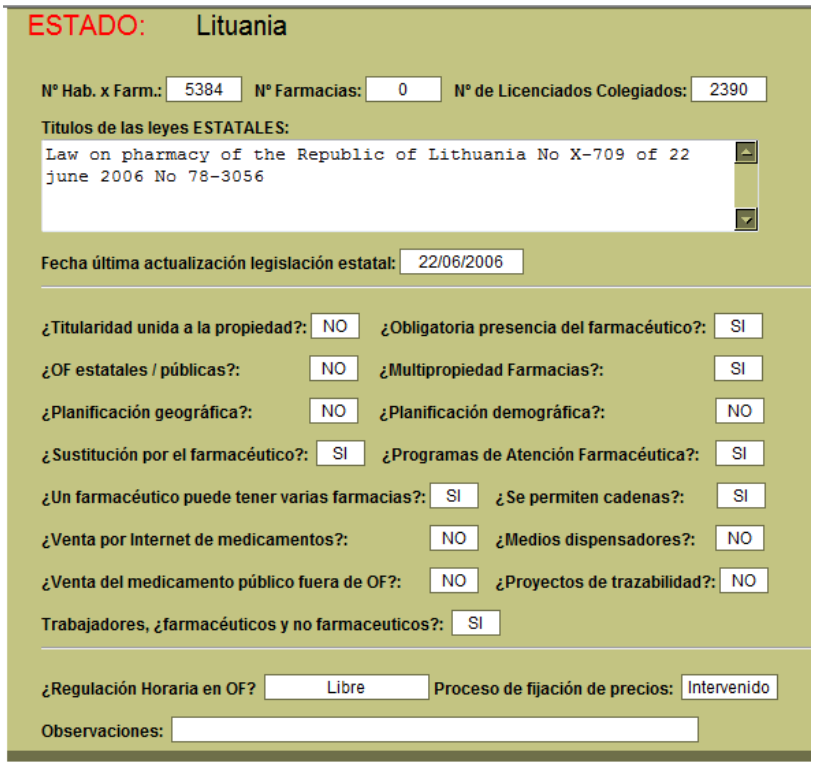
Cuadro 15. Profesión farmacéutica en Irlanda. Fuente: BD de países del Muy Ilustre Colegio de Farmacéuticos de Valencia.



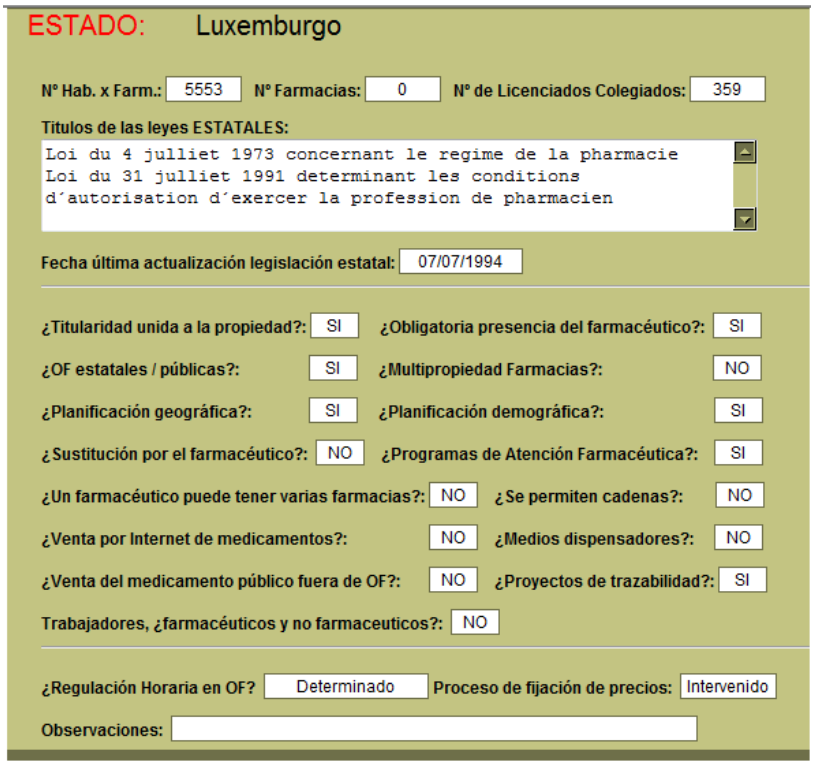
Cuadro 16. Profesión farmacéutica en Italia. Fuente: BD de países del Muy Ilustre Colegio de Farmacéuticos de Valencia.



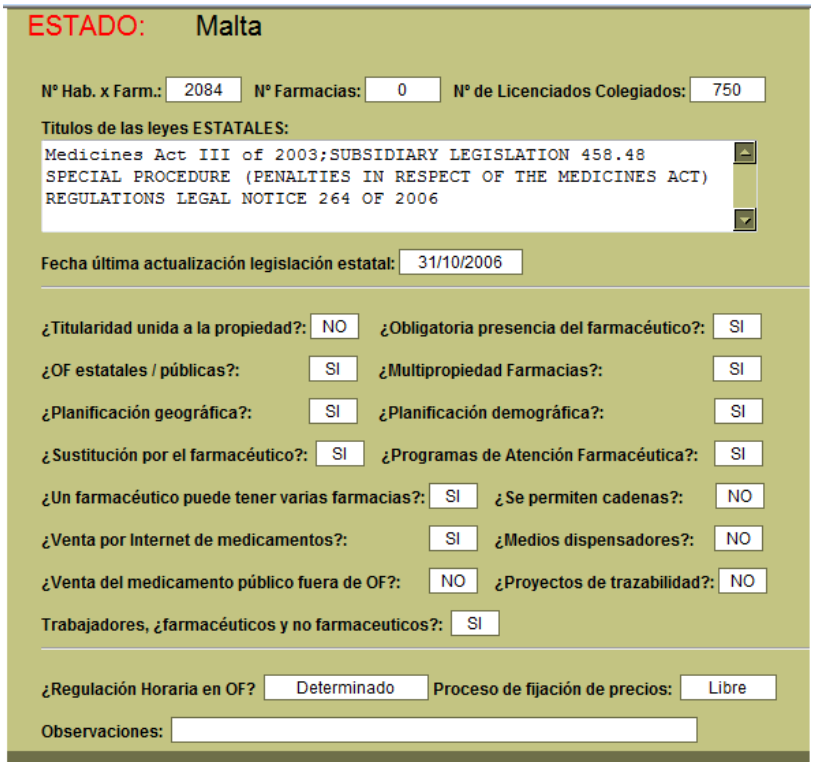
Cuadro 17. Profesión farmacéutica en Letonia. Fuente: BD de países del Muy Ilustre Colegio de Farmacéuticos de Valencia.



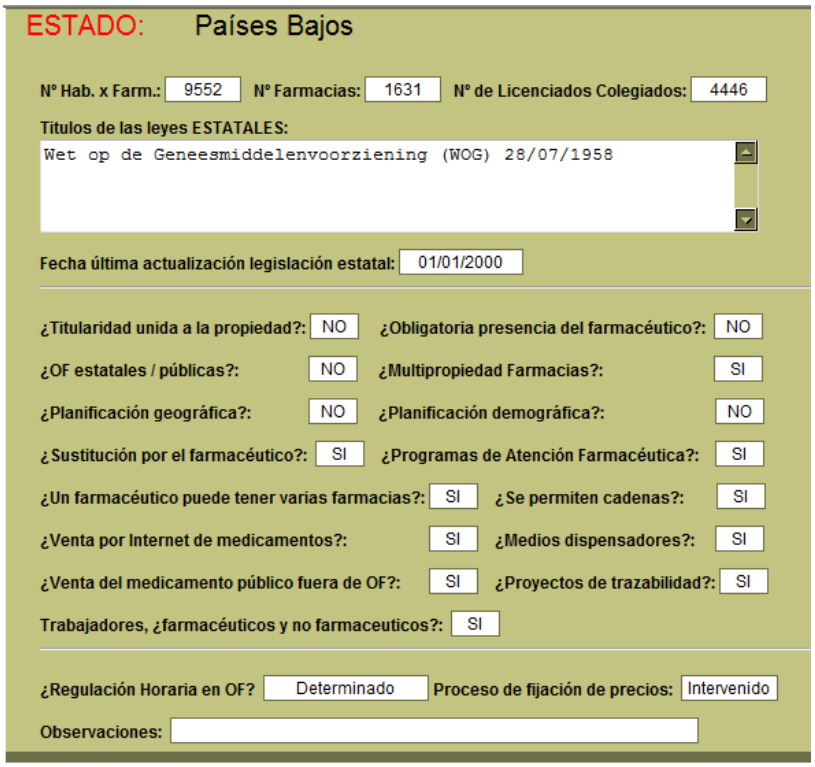
Cuadro 18. Profesión farmacéutica en Lituania. Fuente: BD de países del Muy Ilustre Colegio de Farmacéuticos de Valencia.



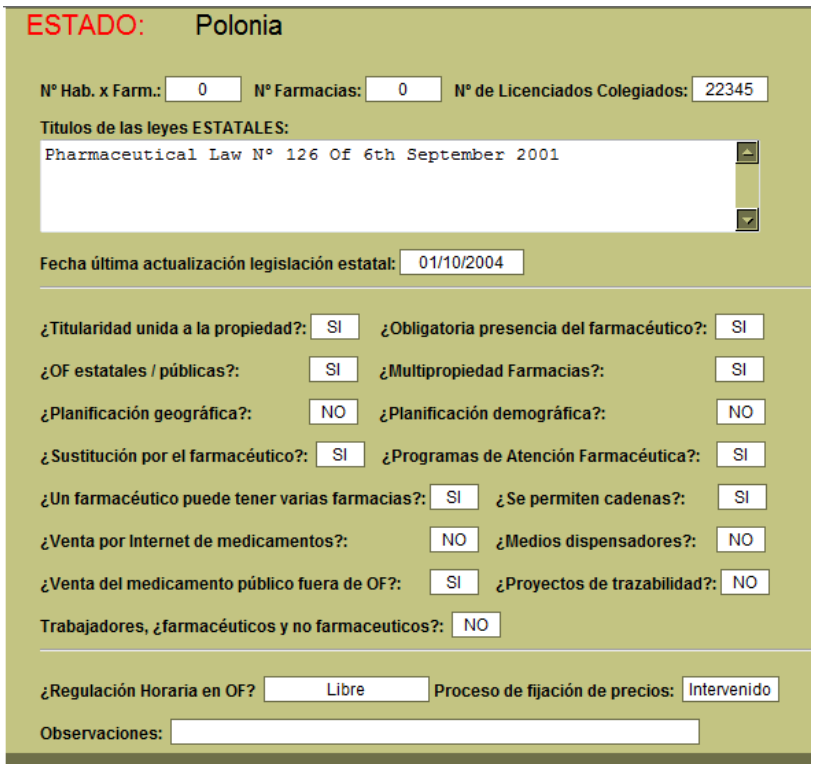
Cuadro 19. Profesión farmacéutica en Luxemburgo. Fuente: BD de países del Muy Ilustre Colegio de Farmacéuticos de Valencia.



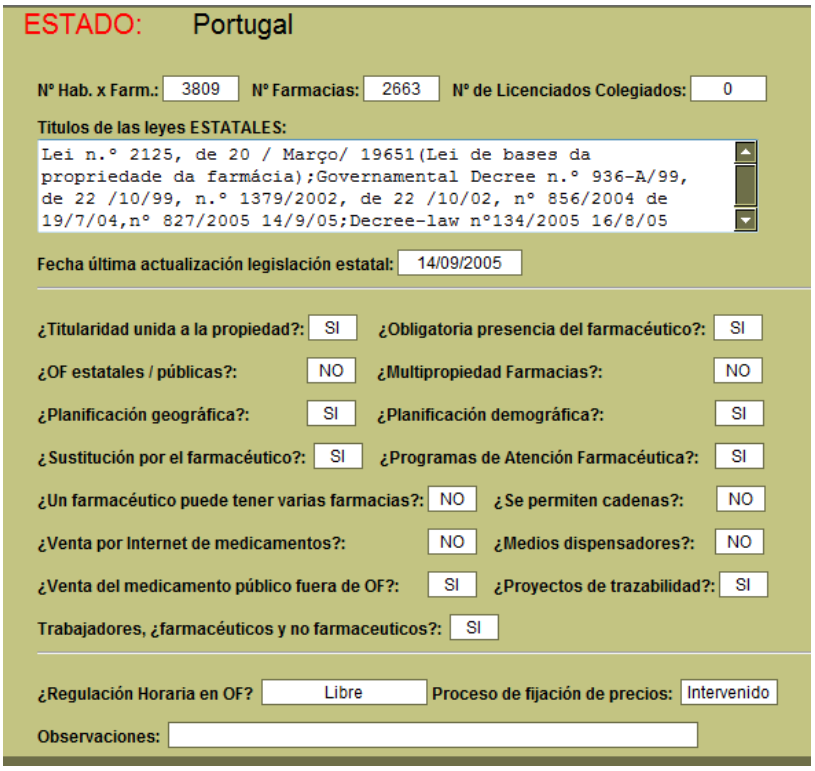
Cuadro 20. Profesión farmacéutica en Malta. Fuente: BD de países del Muy Ilustre Colegio de Farmacéuticos de Valencia.



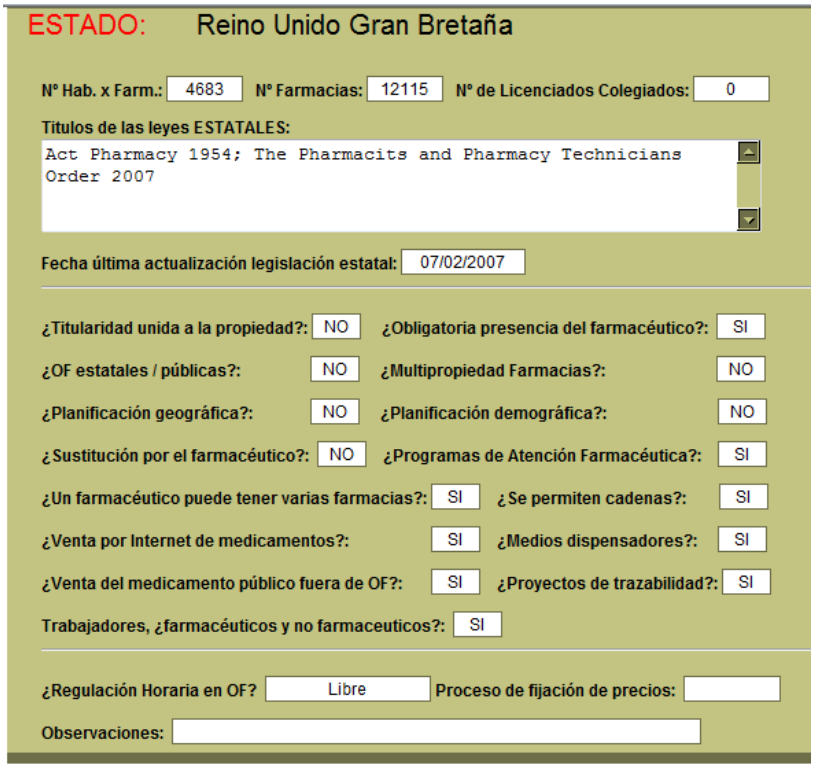
Cuadro 21. Profesión farmacéutica en Países Bajos. Fuente: BD de países del Muy Ilustre Colegio de Farmacéuticos de Valencia.



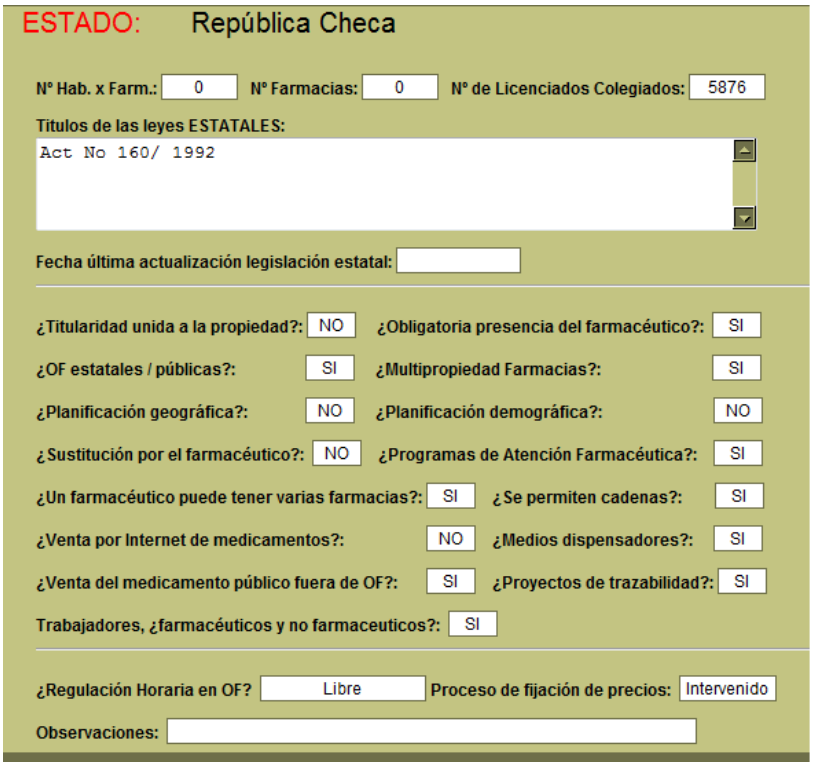
Cuadro 22. Profesión farmacéutica en Polonia. Fuente: BD de países del Muy Ilustre Colegio de Farmacéuticos de Valencia.



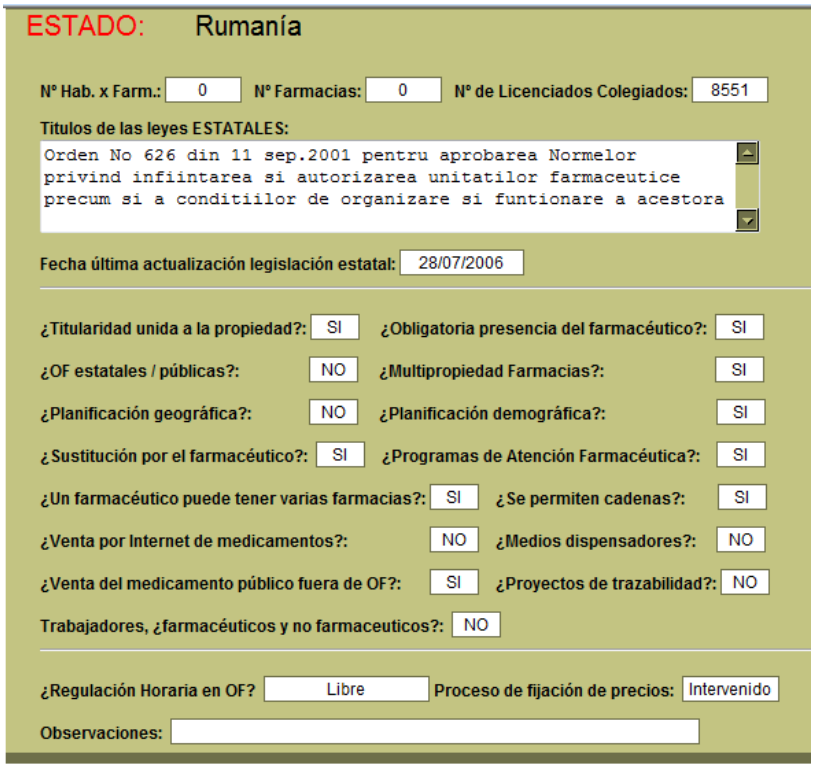
Cuadro 23. Profesión farmacéutica en Portugal. Fuente: BD de países del Muy Ilustre Colegio de Farmacéuticos de Valencia.



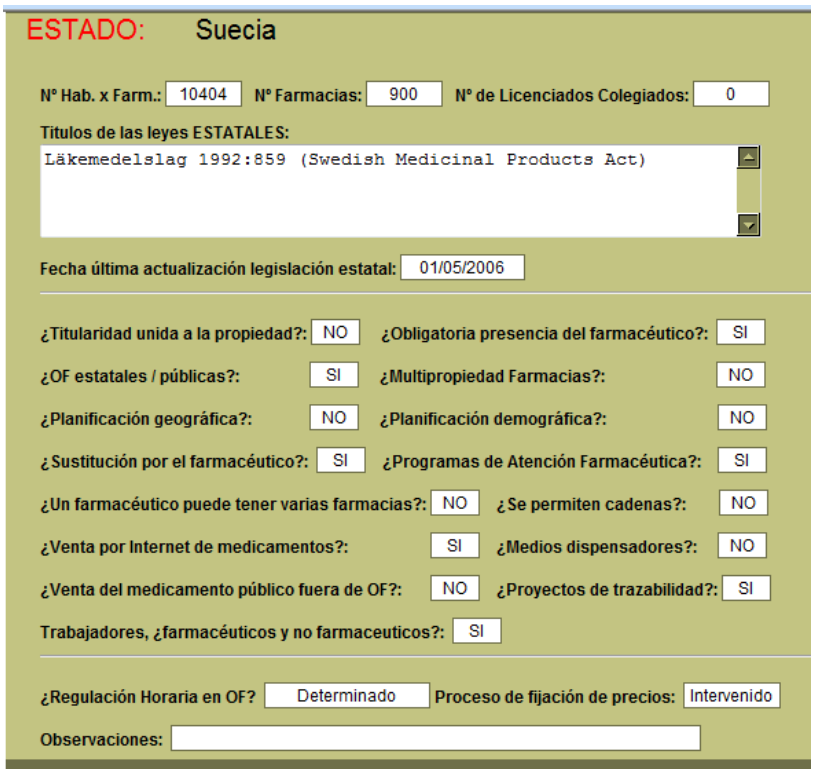
Cuadro 24. Profesión farmacéutica en Reino Unido. Fuente: BD de países del Muy Ilustre Colegio de Farmacéuticos de Valencia.



Cuadro 25. Profesión farmacéutica en la República Checa. Fuente: BD de países del Muy Ilustre Colegio de Farmacéuticos de Valencia.



Cuadro 26. Profesión farmacéutica en Rumanía. Fuente: BD de países del Muy Ilustre Colegio de Farmacéuticos de Valencia.



Cuadro 27. Profesión farmacéutica en Suecia. Fuente: BD de países del Muy Ilustre Colegio de Farmacéuticos de Valencia.

ANEXO V

DISTRIBUCIÓN AUTONÓMICA Y PROVINCIAL DEL NÚMERO DE COLEGIADOS POR TRAMO DE EDAD Y SEXO

Distribución autonómica y provincial del número de colegiados por tramo de edad y sexo (I)

Autonomía / Provincia	Menores de 35			De 35 a 44			De 45 a 54			De 55 a 64			De 65 a 69			De 70 y más			No Consta			Colegiados 1ª		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Andaluola	**3.273**	**890**	**2.383**	**2.781**	**916**	**1.866**	**2.207**	**820**	**1.387**	**1.260**	**625**	**635**	**422**	**228**	**194**	**818**	**442**	**376**	**1**	**0**	**1**	**10.762**	**3.920**	**6.842**
Almería	235	58	177	168	49	119	167	67	100	91	41	50	21	8	13	36	19	17	1	0	1	719	242	477
Cádiz	460	133	327	340	116	224	296	115	181	167	89	78	30	15	15	96	50	46	0	0	0	1.389	518	871
Córdoba	246	67	179	231	68	163	191	60	131	145	68	77	44	25	19	115	59	56	0	0	0	972	347	625
Granada	420	107	313	437	147	290	318	104	214	228	110	118	79	36	43	125	57	68	0	0	0	1.607	561	1.046
Huelva	198	48	150	172	65	107	140	61	79	75	41	34	15	9	6	48	32	16	0	0	0	648	256	392
Jaén	171	57	114	257	81	176	203	73	130	94	51	43	29	14	15	67	30	37	0	0	0	821	306	515
Málaga	466	146	320	421	138	283	368	137	231	235	108	127	89	52	37	141	78	63	0	0	0	1.720	659	1.061
Sevilla	1.077	274	803	755	251	504	524	203	321	225	117	108	115	69	46	190	117	73	0	0	0	2.886	1.031	1.855
Aragón	**342**	**77**	**265**	**459**	**125**	**334**	**415**	**113**	**302**	**217**	**89**	**128**	**59**	**24**	**35**	**158**	**70**	**88**	**0**	**0**	**0**	**1.660**	**498**	**1.162**
Huesca	66	16	50	69	17	52	83	25	58	35	19	16	3	2	1	12	4	8	0	0	0	268	83	185
Teruel	46	13	33	63	22	41	56	19	37	14	8	6	1	1	0	17	10	7	0	0	0	197	73	124
Zaragoza	230	48	182	327	86	241	276	69	207	168	62	106	55	21	34	129	56	73	0	0	0	1.195	342	843
Asturias (Principado de)	**325**	**69**	**256**	**303**	**88**	**215**	**352**	**84**	**268**	**130**	**43**	**87**	**45**	**14**	**31**	**133**	**48**	**85**	**0**	**0**	**0**	**1.288**	**348**	**940**
Balears (Illes)	**355**	**96**	**260**	**265**	**98**	**168**	**287**	**84**	**173**	**176**	**75**	**100**	**25**	**16**	**10**	**78**	**42**	**37**	**0**	**0**	**0**	**1.186**	**417**	**769**
Canarias	**570**	**171**	**399**	**570**	**157**	**413**	**883**	**227**	**656**	**286**	**118**	**147**	**68**	**38**	**28**	**147**	**84**	**63**	**0**	**0**	**0**	**2.302**	**796**	**1.606**
Palmas (Las)	192	73	119	180	45	135	275	100	175	168	74	94	33	16	17	52	32	20	0	0	0	900	340	560
Santa Cruz deTenerife	378	98	280	390	112	278	408	127	281	98	45	53	33	22	11	95	52	43	0	0	0	1.402	456	946
Cantabria	**133**	**27**	**106**	**197**	**50**	**147**	**170**	**53**	**117**	**82**	**28**	**54**	**20**	**9**	**11**	**58**	**28**	**30**	**0**	**0**	**0**	**660**	**195**	**486**
Castilla y León	**882**	**193**	**689**	**1.133**	**274**	**859**	**1.003**	**261**	**742**	**371**	**138**	**233**	**100**	**40**	**60**	**336**	**100**	**236**	**0**	**0**	**0**	**3.826**	**1.006**	**2.819**
Ávila	77	17	60	79	20	59	63	17	46	26	11	15	13	8	5	16	4	12	0	0	0	274	77	197
Burgos	120	24	96	158	42	116	140	23	117	35	15	20	10	4	6	40	13	27	0	0	0	503	121	382
León	115	21	94	206	43	163	198	55	143	71	27	44	13	6	7	85	19	66	0	0	0	688	171	517
Palencia	48	18	30	69	17	52	59	23	36	21	11	10	9	5	4	23	9	14	0	0	0	229	83	146
Salamanca	187	44	143	207	48	159	145	33	112	73	17	56	14	6	8	57	16	41	0	0	0	683	164	519
Segovia	47	12	35	95	22	73	77	16	61	25	9	16	10	4	6	18	9	9	0	0	0	272	72	200
Soria	35	8	27	46	13	33	53	14	39	13	3	10	1	0	1	15	4	11	0	0	0	163	42	121
Valladolid	181	37	144	177	47	130	183	53	130	67	28	39	25	5	20	70	21	49	0	0	0	703	191	512
Zamora	72	12	60	96	22	74	85	27	58	40	17	23	5	2	3	12	5	7	0	0	0	310	85	225
Castilla La Mancha	**588**	**138**	**450**	**751**	**223**	**528**	**884**	**226**	**658**	**264**	**115**	**139**	**75**	**37**	**38**	**185**	**99**	**86**	**0**	**0**	**0**	**2.636**	**838**	**1.800**
Albacete	148	33	115	151	49	102	135	50	85	30	18	12	15	9	6	38	24	14	0	0	0	517	183	334
Ciudad Real	127	33	94	171	56	115	172	62	110	83	39	44	28	15	13	50	29	21	0	0	0	631	234	397
Cuenca	67	22	45	84	27	57	102	34	68	30	16	14	6	4	2	18	6	12	0	0	0	307	109	198
Guadalajara	90	15	75	116	26	90	77	26	51	27	9	18	3	1	2	25	9	16	0	0	0	338	86	252
Toledo	154	33	121	229	65	164	198	54	144	84	33	51	23	8	15	54	31	23	0	0	0	742	224	518
Cataluña	**2.335**	**454**	**1.881**	**2.882**	**666**	**2.216**	**2.900**	**626**	**1.674**	**1.327**	**499**	**828**	**285**	**107**	**158**	**781**	**389**	**402**	**0**	**0**	**0**	**9.900**	**2.741**	**7.160**
Barcelona	1.864	367	1.497	2.382	559	1.823	1.754	478	1.276	1.047	384	663	204	71	133	630	297	333	0	0	0	7.881	2.156	5.725
Girona	208	33	175	204	47	157	193	40	153	101	41	60	13	7	6	45	28	17	0	0	0	764	196	568
Lleida	92	17	75	115	14	101	146	41	105	71	32	39	15	8	7	46	20	26	0	0	0	485	132	353
Tarragona	171	37	134	181	46	135	207	67	140	108	42	66	33	21	12	70	44	26	0	0	0	770	257	513

Tabla 1. Distribución autonómica y provincial del número de colegiados por tramo de edad y sexo I. Fuente: CGCOF.

Distribución autonómica y provincial del número de colegiados por tramo de edad y sexo (II)

Autonomía / Provincia	Menores de 35			De 35 a 44			De 45 a 54			De 55 a 64			De 65 a 69			De 70 y más			No Consta			Colegiados 1ª		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
C. Valenciana	2.149	608	1.541	1.692	475	1.217	1.902	688	1.014	889	397	472	193	106	88	360	196	164	0	0	0	6.866	2.269	4.598
Alicante/Alacant	653	172	481	447	145	302	462	178	284	276	131	145	62	31	31	133	74	59	0	0	0	2.033	731	1.302
Castellón/Castelló	187	45	142	168	39	129	170	67	103	98	38	60	21	14	7	13	10	3	0	0	0	657	213	444
Valencia/València	1.309	291	1.018	1.077	291	786	970	343	627	495	228	267	110	60	50	204	112	92	0	0	0	4.165	1.325	2.840
Extremadura	331	77	254	426	116	310	387	144	243	180	87	93	61	26	26	132	75	57	0	0	0	1.607	625	982
Badajoz	213	54	159	257	69	188	224	94	130	114	62	52	24	12	12	81	47	34	0	0	0	913	338	575
Cáceres	118	23	95	169	47	122	163	50	113	66	25	41	27	14	13	51	28	23	0	0	0	694	187	407
Galicia	1.009	213	796	1.322	324	998	1.220	301	919	426	131	294	118	42	76	393	91	302	0	0	0	4.487	1.102	3.385
Coruña (A)	446	99	347	570	130	440	505	143	362	185	54	131	59	24	35	171	44	127	0	0	0	1.936	494	1.442
Lugo	133	19	114	152	50	102	141	29	112	34	12	22	9	4	5	57	10	47	0	0	0	526	124	402
Ourense	99	25	74	176	36	140	165	30	135	58	17	41	8	3	5	48	10	38	0	0	0	554	121	433
Pontevedra	331	70	261	424	108	316	409	99	310	148	48	100	42	11	31	117	27	90	0	0	0	1.471	363	1.108
Madrid (Comunidad de)	2.219	423	1.796	3.084	724	2.360	2.148	622	1.527	1.122	304	818	612	161	361	1.267	402	866	0	0	0	10.363	2.636	7.817
Murcia (Región de)	348	101	246	403	134	269	391	144	247	211	110	101	41	26	16	142	81	61	0	0	0	1.634	696	938
de)	381	57	324	411	65	346	307	77	230	104	31	73	39	17	22	82	24	38	0	0	0	1.314	271	1.043
País Vasco	1.084	172	912	695	117	578	536	108	427	263	78	185	70	33	37	183	74	109	63	10	53	2.893	592	2.301
Álava	181	39	142	111	23	88	67	14	53	21	6	15	8	7	1	17	6	11	10	1	9	415	96	319
Guipúzcoa	290	40	250	200	27	173	194	39	155	117	36	81	26	14	12	62	24	38	0	0	0	889	180	709
Vizcaya	613	93	520	384	67	317	274	55	219	125	36	89	36	12	24	104	44	60	53	9	44	1.589	316	1.273
Rioja (La)	99	11	88	131	33	98	94	29	65	39	18	21	10	7	3	36	18	18	0	0	0	409	116	293
Ceuta	13	5	8	22	10	12	18	6	14	10	7	3	1	1	0	6	3	3	0	0	0	71	31	40
Melilla	14	1	13	23	11	12	28	20	8	13	9	4	1	1	0	3	2	1	0	0	0	82	44	38
TOTAL	16.468	3.680	12.778	17.550	4.603	12.947	14.813	4.442	10.371	7.318	2.903	4.415	2.113	931	1.182	6.279	2.268	3.011	84	10	54	83.683	18.837	44.758

Tabla 2. Distribución autonómica y provincial del número de colegiados por tramo de edad y sexo II. Fuente: CGCOF.

ANEXO VI

DISTRIBUCIÓN AUTONÓMICA Y PROVINCIAL DE LOS EJERCIENTES EN OFICINA DE FARMACIA

Distribución autonómica y provincial. Ejercientes en Oficina de Farmacia (I)

Autonomía /	Titular único			Copropietario			Regente			Regente copropietario			Adjunto			Sustituto			Otros		
Provincia	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
Andalucía	**2.759**	**1.294**	**1.465**	**1.538**	**688**	**850**	**25**	**10**	**15**	**2**	**1**	**1**	**3.070**	**743**	**2.327**	**183**	**50**	**133**	**4**	**1**	**3**
Almería	234	104	130	88	30	58	1	1	0	0	0	0	207	52	155	13	3	10	0	0	0
Cádiz	351	173	178	222	104	118	5	1	4	0	0	0	448	97	351	3	0	3	0	0	0
Córdoba	305	127	178	173	73	100	0	0	0	0	0	0	189	35	154	16	4	12	4	1	3
Granada	403	180	223	104	47	57	7	1	6	0	0	0	461	106	355	37	13	24	0	0	0
Huelva	176	86	90	107	52	55	0	0	0	0	0	0	182	49	133	0	0	0	0	0	0
Jaén	250	113	137	81	37	44	1	1	0	0	0	0	246	61	185	7	2	5	0	0	0
Málaga	493	223	270	257	114	143	4	3	1	0	0	0	439	131	308	51	16	35	0	0	0
Sevilla	547	288	259	506	231	275	7	3	4	2	1	1	898	212	686	56	12	44	0	0	0
Aragón	**649**	**227**	**422**	**122**	**47**	**75**	**1**	**0**	**1**	**0**	**0**	**0**	**384**	**83**	**301**	**14**	**6**	**8**	**0**	**0**	**0**
Huesca	118	51	67	12	7	5	1	0	1	0	0	0	59	14	45	0	0	0	0	0	0
Teruel	97	36	61	10	5	5	0	0	0	0	0	0	29	5	24	0	0	0	0	0	0
Zaragoza	434	140	294	100	35	65	0	0	0	0	0	0	296	64	232	14	6	8	0	0	0
Asturias (Principado de)	**406**	**127**	**279**	**93**	**35**	**58**	**4**	**1**	**3**	**0**	**0**	**0**	**444**	**75**	**369**	**37**	**9**	**28**	**3**	**0**	**3**
Baleare (Illes)	**332**	**133**	**199**	**169**	**77**	**92**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**296**	**88**	**208**	**5**	**0**	**5**	**0**	**0**	**0**
Canarias	**630**	**275**	**355**	**132**	**64**	**68**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**817**	**223**	**594**	**42**	**9**	**33**	**0**	**0**	**0**
Palmas (Las)	326	157	169	25	9	16	0	0	0	0	0	0	307	99	208	8	1	7	0	0	0
Santa Cruz deTenerife	304	118	186	107	55	52	0	0	0	0	0	0	510	124	386	34	8	26	0	0	0
Cantabria	**230**	**86**	**144**	**52**	**26**	**26**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**197**	**32**	**165**	**10**	**3**	**7**	**0**	**0**	**0**
Castilla y León	**1.505**	**458**	**1.047**	**230**	**81**	**149**	**5**	**1**	**4**	**0**	**0**	**0**	**846**	**164**	**682**	**15**	**2**	**13**	**29**	**1**	**28**
Ávila	126	39	87	12	7	5	0	0	0	0	0	0	48	9	39	4	1	3	0	0	0
Burgos	182	49	133	30	15	15	2	0	2	0	0	0	122	15	107	1	1	0	0	0	0
León	288	80	208	65	21	44	0	0	0	0	0	0	129	17	112	0	0	0	0	0	0
Palencia	92	34	58	14	7	7	0	0	0	0	0	0	46	15	31	2	0	2	0	0	0
Salamanca	243	70	173	24	5	19	2	1	1	0	0	0	147	27	120	7	0	7	5	0	5
Segovia	97	28	69	8	3	5	0	0	0	0	0	0	37	11	26	0	0	0	20	1	19
Soria	65	21	44	2	1	1	0	0	0	0	0	0	18	2	16	0	0	0	4	0	4
Valladolid	252	83	169	59	17	42	1	0	1	0	0	0	241	57	184	1	0	1	0	0	0
Zamora	160	54	106	16	5	11	0	0	0	0	0	0	58	11	47	0	0	0	0	0	0
Castilla La Mancha	**1.084**	**439**	**645**	**193**	**85**	**108**	**5**	**3**	**2**	**0**	**0**	**0**	**537**	**117**	**420**	**5**	**0**	**5**	**0**	**0**	**0**
Albacete	204	120	84	40	20	20	0	0	0	0	0	0	79	15	64	3	0	3	0	0	0
Ciudad Real	269	115	154	55	23	32	1	0	1	0	0	0	159	43	116	1	0	1	0	0	0
Cuenca	173	57	116	10	7	3	1	1	0	0	0	0	44	14	30	0	0	0	0	0	0
Guadalajara	114	35	79	24	6	18	1	0	1	0	0	0	90	17	73	0	0	0	0	0	0
Toledo	324	112	212	64	29	35	2	2	0	0	0	0	165	28	137	1	0	1	0	0	0
Cataluña	**2.648**	**904**	**1.744**	**804**	**312**	**492**	**8**	**3**	**5**	**0**	**0**	**0**	**785**	**145**	**640**	**2.168**	**417**	**1.751**	**78**	**11**	**67**
Barcelona	1.909	635	1.274	627	226	401	5	2	3	0	0	0	222	42	180	2150	411	1739	57	6	51
Girona	277	87	190	85	34	51	0	0	0	0	0	0	230	44	186	8	2	6	2	0	2
Lleida	173	55	118	31	18	13	0	0	0	0	0	0	105	15	90	2	0	2	19	5	14
Tarragona	289	127	162	61	34	27	3	1	2	0	0	0	228	44	184	8	4	4	0	0	0

Tabla 1. Distribución autonómica y provincial de los ejercientes en oficina de farmacia I. Fuente: CGCOF.

Distribución autonómica y provincial. Ejercientes en Oficina de Farmacia (II)

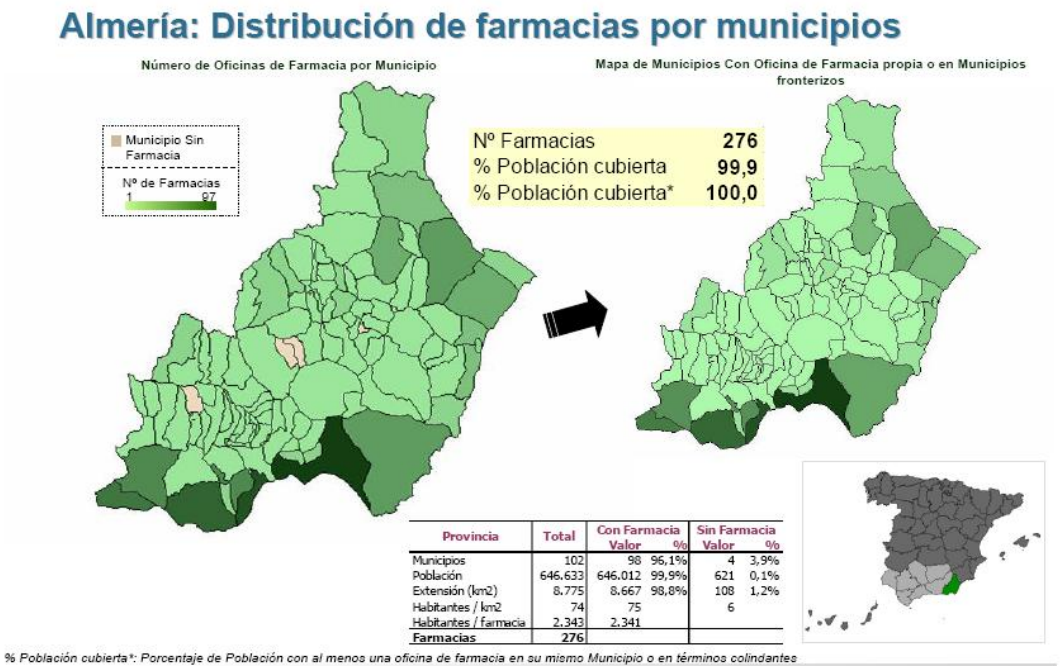
Autonomía / Provincia	Titular único			Copropietario			Regente			Regente copropietario			Adjunto			Sustituto			Otros		
	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres	Total	Hombres	Mujeres
C. Valenciana	**1.888**	**724**	**1.164**	**772**	**273**	**499**	**11**	**3**	**8**	**0**	**0**	**0**	**1.347**	**425**	**1.522**	**246**	**54**	**192**	**0**	**0**	**0**
Alicante/Alacant	688	307	381	169	71	98	3	0	3	0	0	0	628	162	466	19	6	13	0	0	0
Castellón/Castelló	256	109	147	69	34	55	1	1	0	0	0	0	155	29	126	0	0	0	0	0	0
Valencia/València	944	308	636	514	168	346	7	2	5	0	0	0	1164	234	930	227	48	179	0	0	0
Extremadura	**611**	**235**	**376**	**132**	**52**	**80**	**1**	**0**	**1**	**0**	**0**	**0**	**250**	**59**	**191**	**3**	**0**	**3**	**0**	**0**	**0**
Badajoz	333	141	192	100	41	59	0	0	0	0	0	0	149	37	112	0	0	0	0	0	0
Cáceres	278	94	184	32	11	21	1	0	1	0	0	0	101	22	79	3	0	3	0	0	0
Galicia	**1.108**	**339**	**769**	**318**	**162**	**156**	**10**	**3**	**7**	**0**	**0**	**0**	**1.571**	**292**	**1.279**	**15**	**2**	**13**	**0**	**0**	**0**
Coruña (A)	439	139	300	145	101	44	3	1	2	0	0	0	721	134	587	11	2	9	0	0	0
Lugo	146	32	114	51	21	30	1	0	1	0	0	0	151	29	122	0	0	0	0	0	0
Ourense	162	51	111	19	7	12	0	0	0	0	0	0	168	28	140	1	0	1	0	0	0
Pontevedra	361	117	244	103	33	70	6	2	4	0	0	0	531	101	430	3	0	3	0	0	0
Madrid (Comunidad de)	**2.447**	**740**	**1.707**	**716**	**211**	**505**	**0**	**0**	**0**	**4**	**1**	**3**	**3175**	**572**	**2603**	**32**	**4**	**28**	**60**	**13**	**47**
Murcia (Región de)	**473**	**216**	**257**	**161**	**74**	**87**	**1**	**1**	**0**	**0**	**0**	**0**	**247**	**68**	**179**	**151**	**47**	**104**	**0**	**0**	**0**
Navarra (Comun. Foral de)	**523**	**130**	**393**	**129**	**26**	**103**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**353**	**38**	**315**	**5**	**0**	**5**	**0**	**0**	**0**
País Vasco	**728**	**197**	**531**	**167**	**40**	**127**	**7**	**1**	**6**	**0**	**0**	**0**	**1.132**	**147**	**985**	**56**	**10**	**46**	**168**	**28**	**140**
Álava	95	31	64	20	4	16	1	0	1	0	0	0	201	31	170	13	3	10	0	0	0
Guipúzcoa	254	66	188	51	13	38	2	1	1	0	0	0	264	32	232	18	2	16	166	27	139
Vizcaya	379	100	279	96	23	73	4	0	4	0	0	0	667	84	583	25	5	20	2	1	1
Rioja (La)	**143**	**53**	**90**	**10**	**3**	**7**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**110**	**19**	**91**	**7**	**2**	**5**	**0**	**0**	**0**
Ceuta	**23**	**14**	**9**	**2**	**1**	**1**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**29**	**10**	**19**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
Melilla	**18**	**14**	**4**	**0**	**0**	**0**	**1**	**0**	**1**	**0**	**0**	**0**	**18**	**7**	**11**	**3**	**3**	**0**	**26**	**11**	**15**
TOTAL	**18.205**	**6.605**	**11.600**	**5.740**	**2.257**	**3.483**	**79**	**26**	**53**	**6**	**2**	**4**	**16.208**	**3.307**	**12.901**	**2.997**	**618**	**2.379**	**368**	**65**	**303**

Tabla 2. Distribución autonómica y provincial de los ejercientes en oficina de farmacia II. Fuente: CGCOF.

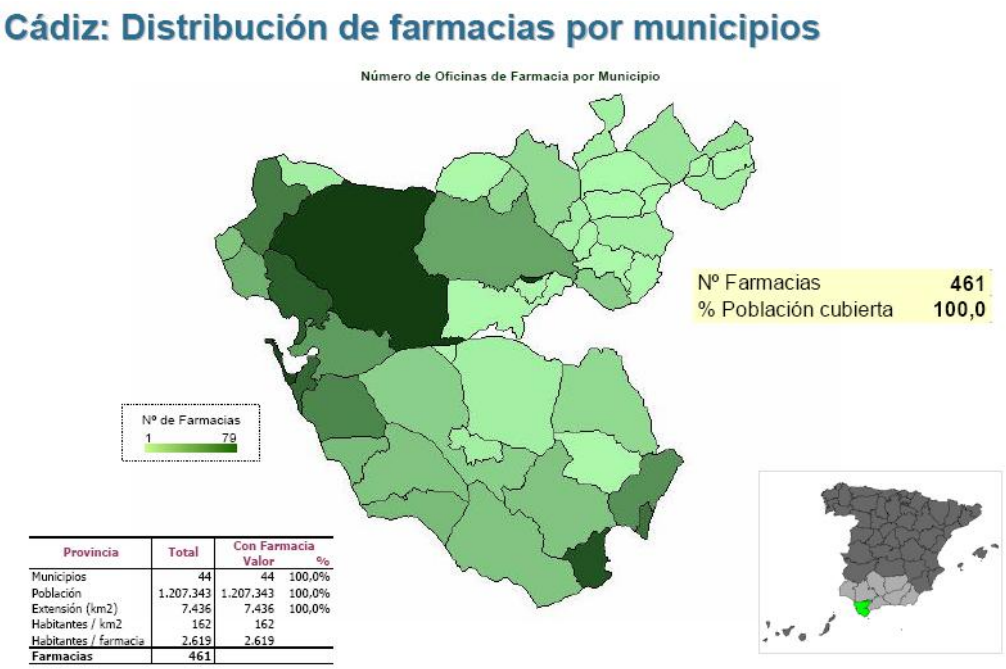
ANEXO VII

DISTRIBUCIÓN PROVINCIAL DE LAS OFICINAS DE FARMACIA: UNA APROXIMACIÓN A LA DISTRIBUCIÓN DEL EMPLEO FARMACÉUTICO

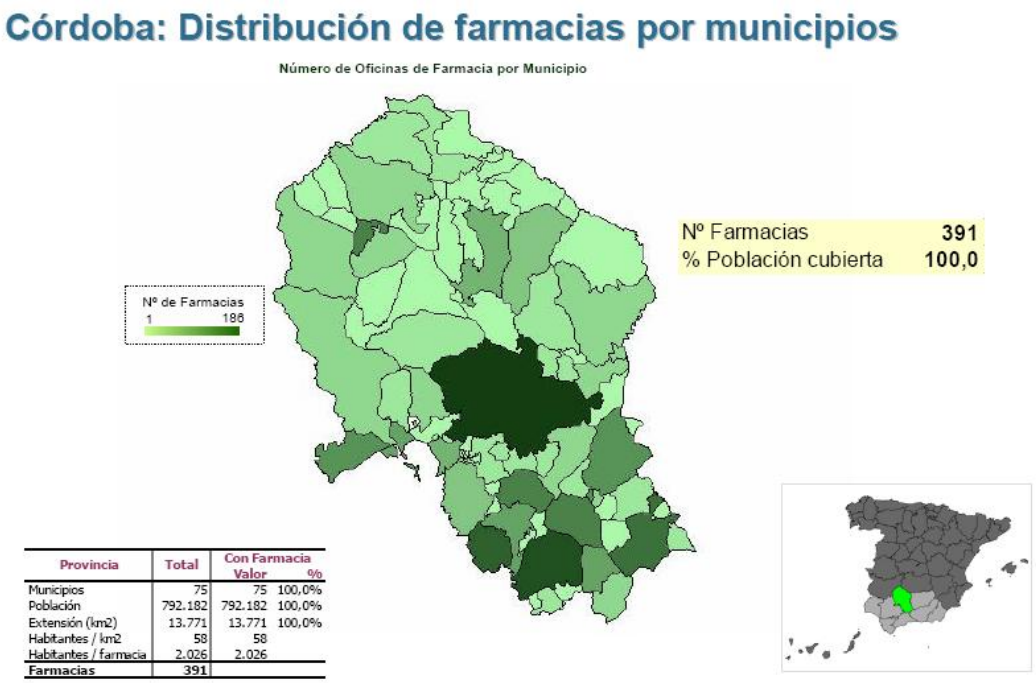
ANDALUCÍA



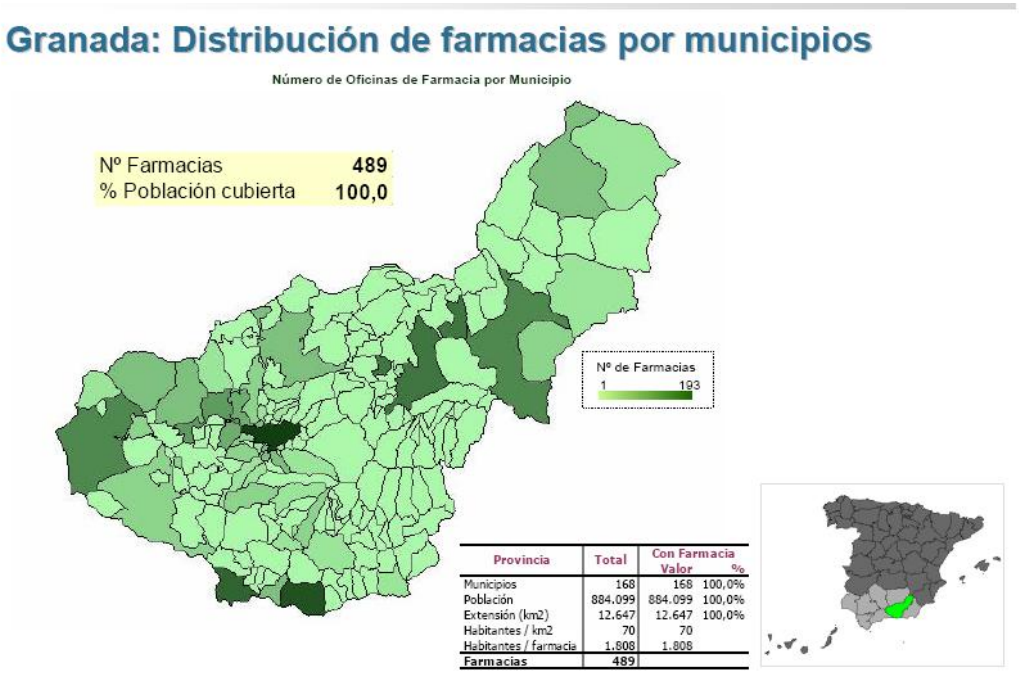
Mapa 1. Almería: distribución de oficinas de farmacia por municipio. Fuente: "La distribución de la Oficina de Farmacia en España", CGCOF. Diciembre 2010.



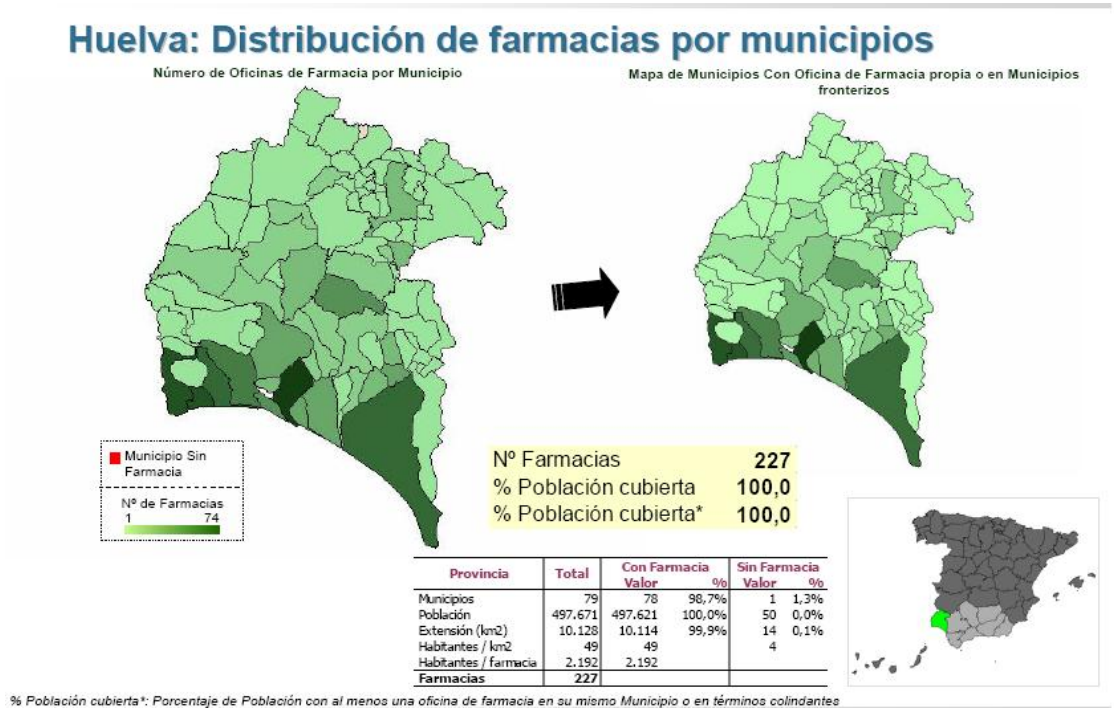
Mapa 2. Cádiz: distribución de oficinas de farmacia por municipio. Fuente: "La distribución de la Oficina de Farmacia en España", CGCOF. Diciembre 2010.



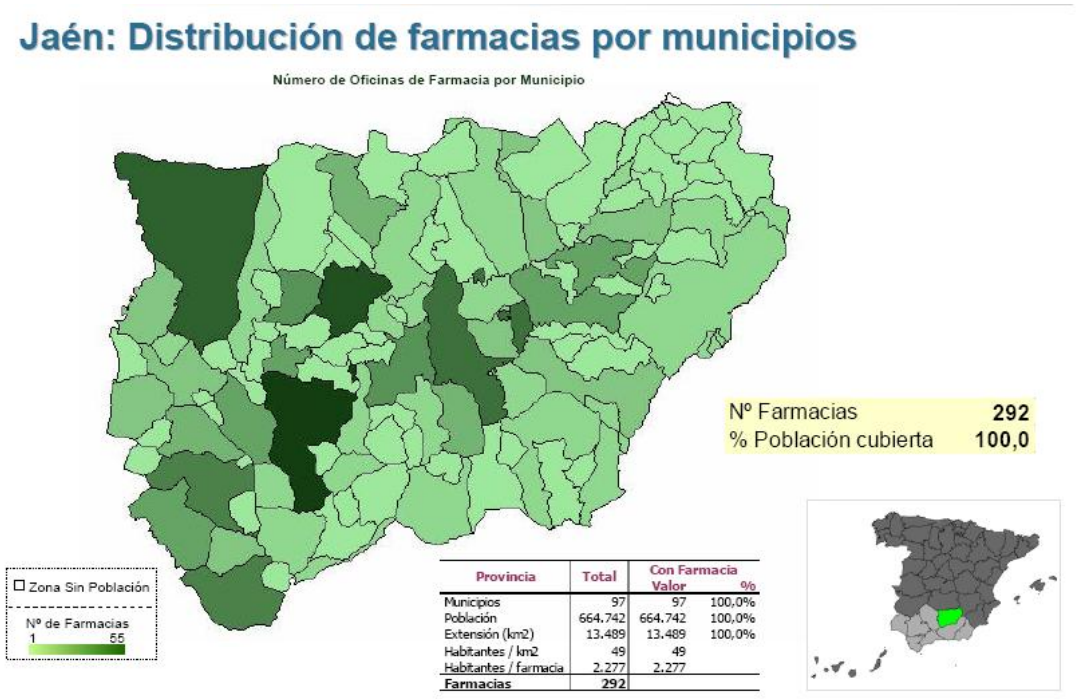
Mapa 3. Córdoba: distribución de oficinas de farmacia por municipio. Fuente: "La distribución de la Oficina de Farmacia en España", CGCOF. Diciembre 2010.



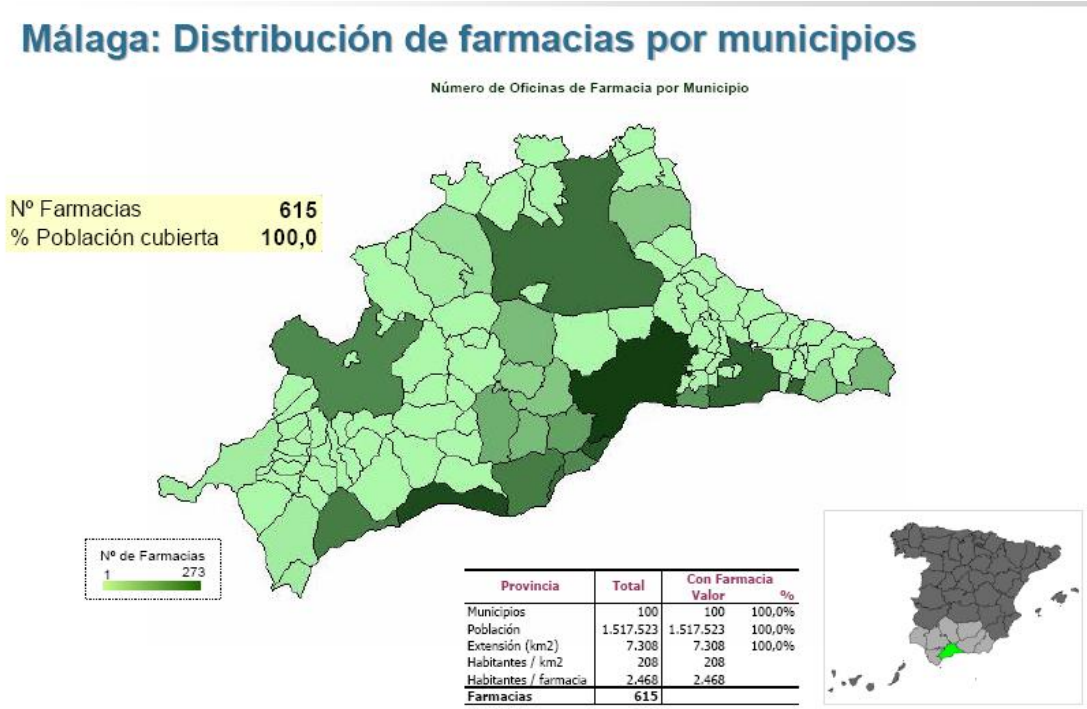
Mapa 4. Granada: distribución de oficinas de farmacia por municipio. Fuente: "La distribución de la Oficina de Farmacia en España", CGCOF. Diciembre 2010.



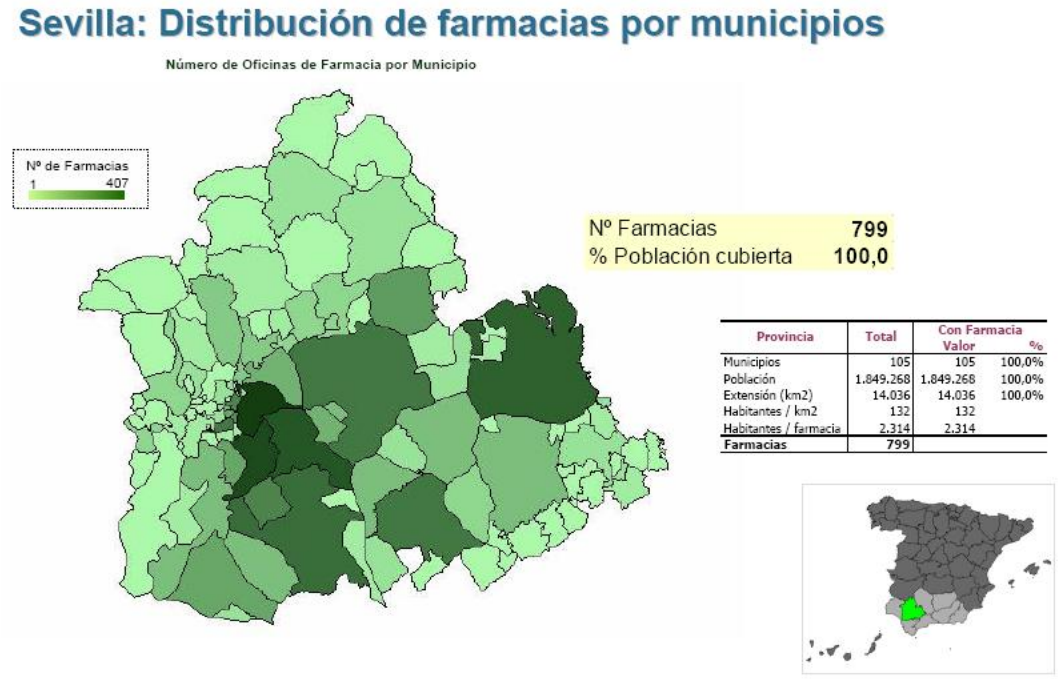
Mapa 5. Huelva: distribución de oficinas de farmacia por municipio. Fuente: "La distribución de la Oficina de Farmacia en España", CGCOF. Diciembre 2010.



Mapa 6. Jaén: distribución de oficinas de farmacia por municipio. Fuente: "La distribución de la Oficina de Farmacia en España", CGCOF. Diciembre 2010.

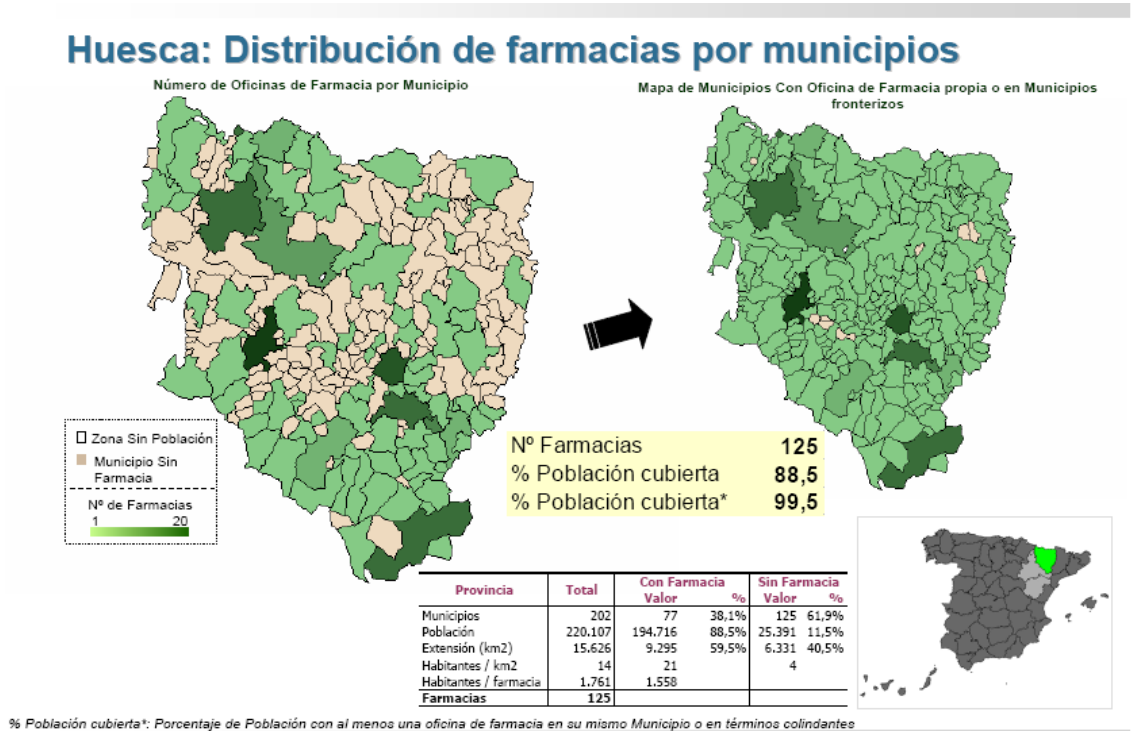


Mapa 7. Málaga: distribución de oficinas de farmacia por municipio. Fuente: "La distribución de la Oficina de Farmacia en España", CGCOF. Diciembre 2010.

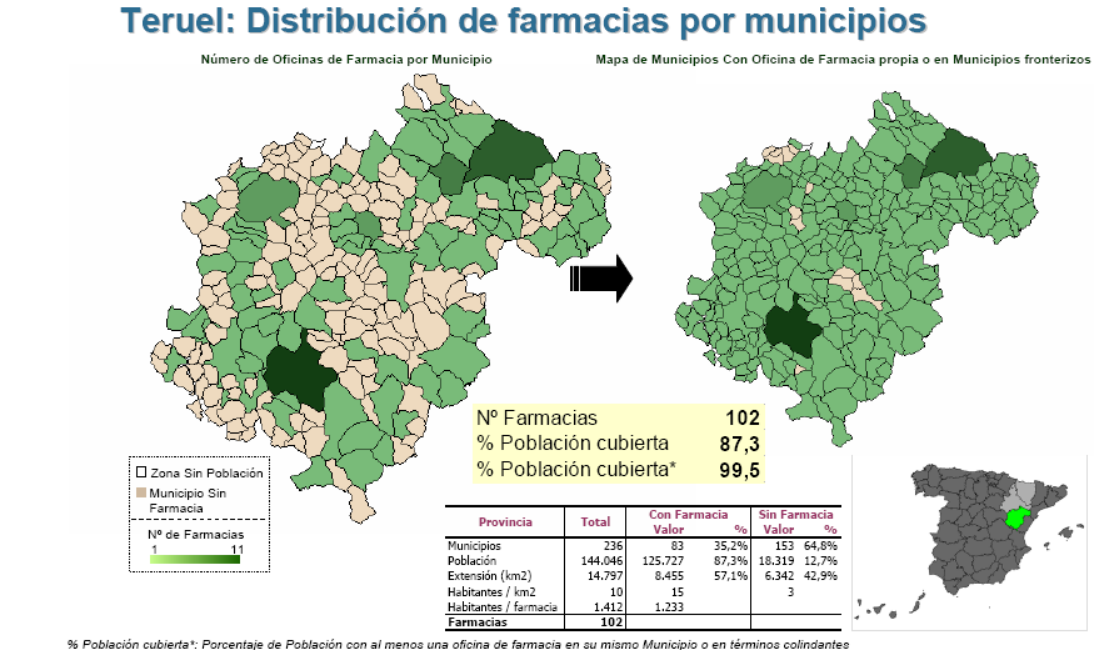


Mapa 8. Sevilla: distribución de oficinas de farmacia por municipio. Fuente: "La distribución de la Oficina de Farmacia en España", CGCOF. Diciembre 2010.

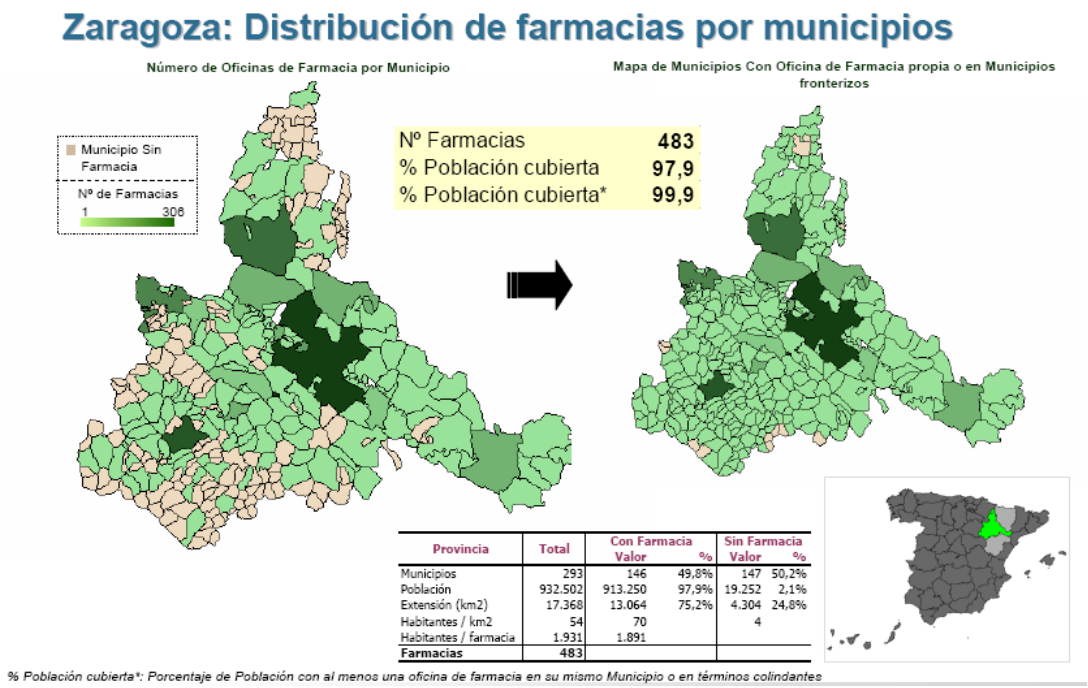
ARAGÓN



Mapa 9. Huesca: distribución de oficinas de farmacia por municipio. Fuente: "La distribución de la Oficina de Farmacia en España", CGCOF. Diciembre 2010.

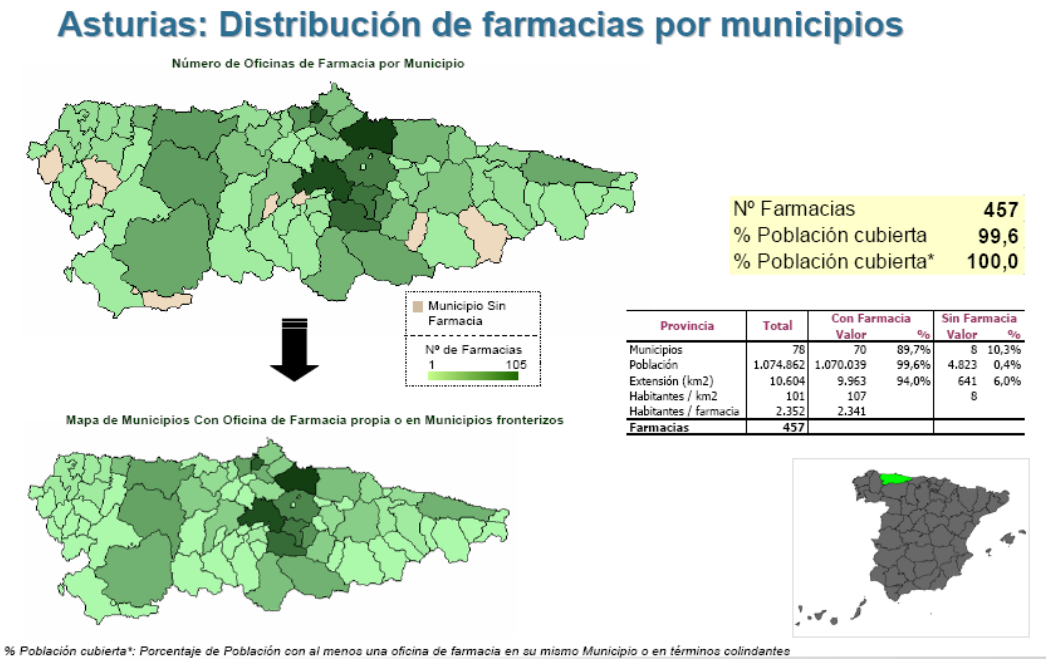


Mapa 10. Teruel: distribución de oficinas de farmacia por municipio. Fuente: "La distribución de la Oficina de Farmacia en España", CGCOF. Diciembre 2010.



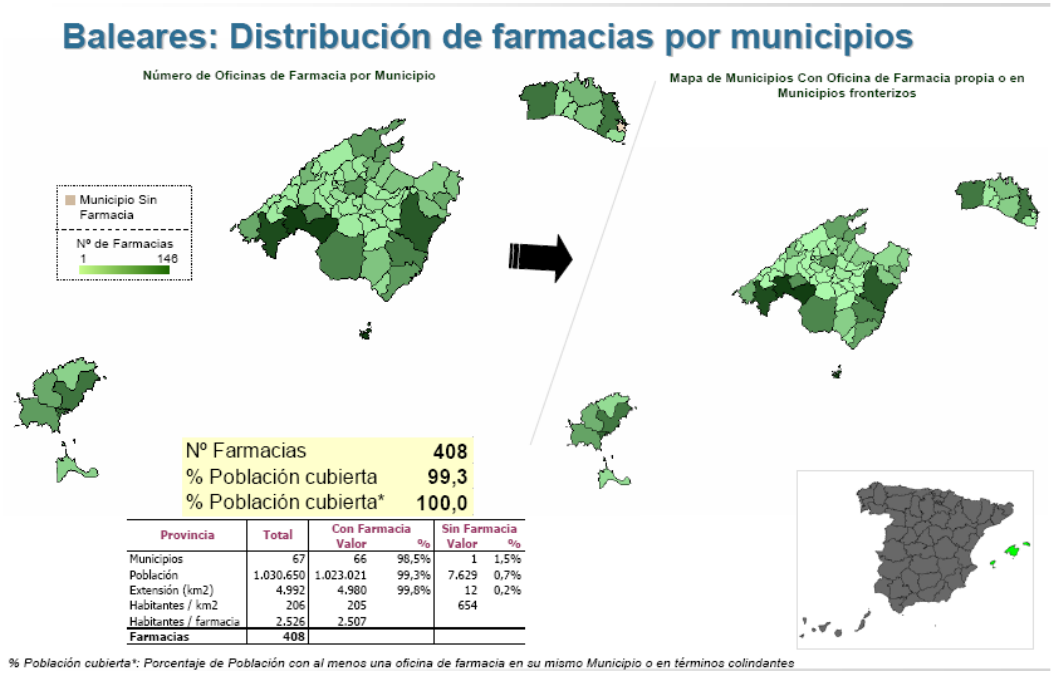
Mapa 11. Zaragoza: distribución de oficinas de farmacia por municipio. Fuente: "La distribución de la Oficina de Farmacia en España", CGCOF. Diciembre 2010.

ASTURIAS



Mapa 12. Asturias: distribución de oficinas de farmacia por municipio. Fuente: "La distribución de la Oficina de Farmacia en España", CGCOF. Diciembre 2010.

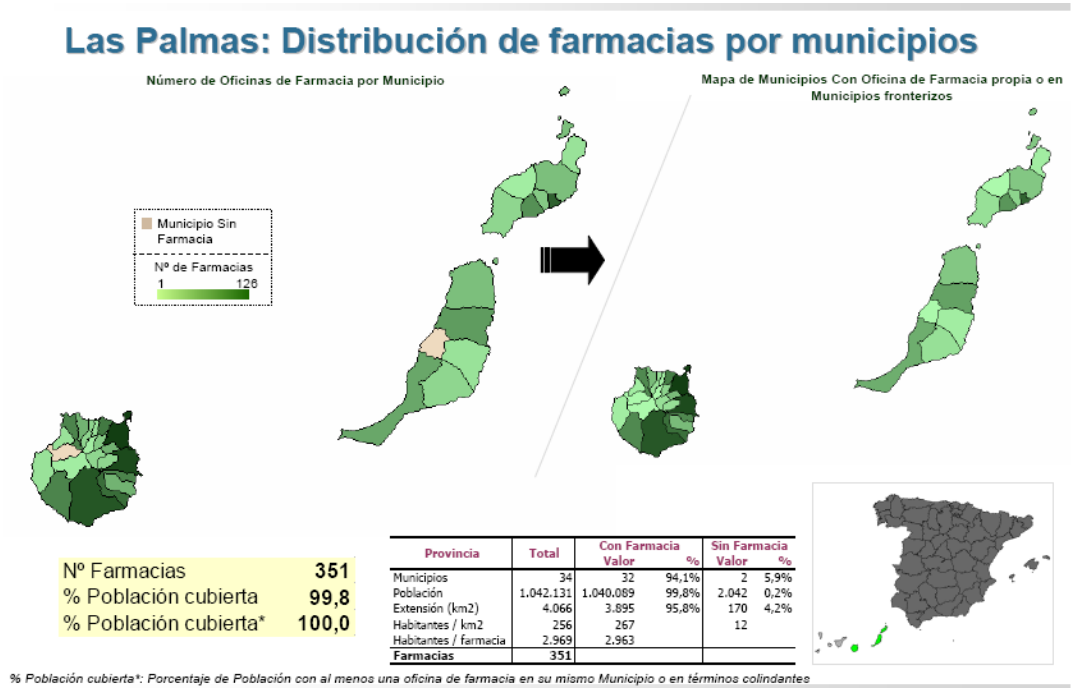
BALEARES



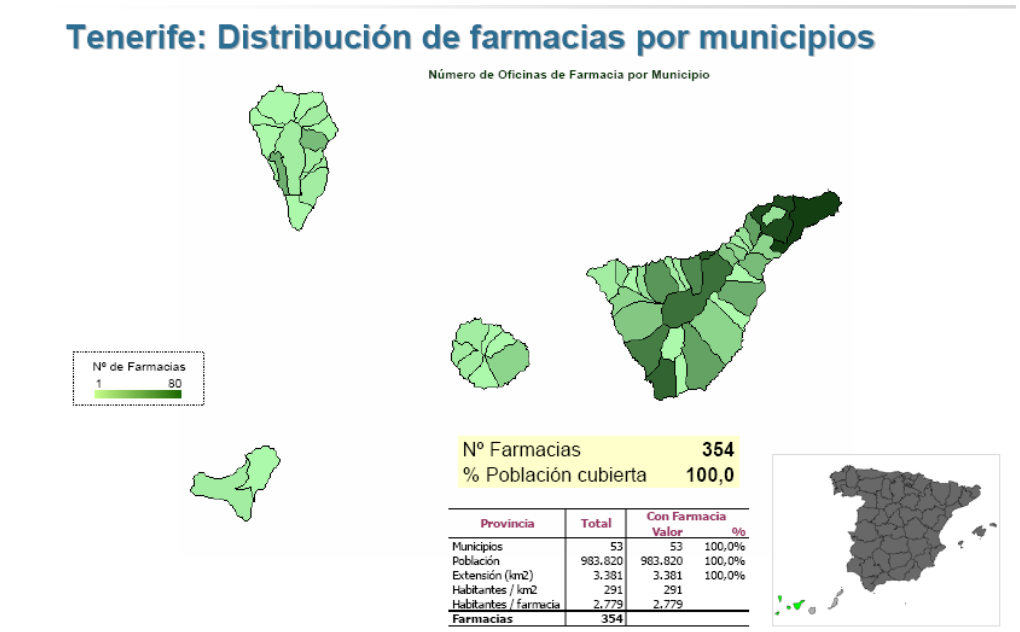
Provincia	Total	Con Farmacia Valor	%	Sin Farmacia Valor	%
Municipios	67	66	98,5%	1	1,5%
Población	1.030.650	1.023.021	99,3%	7.629	0,7%
Extensión (km2)	4.992	4.980	99,8%	12	0,2%
Habitantes / km2	206	205		654	
Habitantes / farmacia	2.526	2.507			
Farmacias	**408**				

Mapa 13. Baleares: distribución de oficinas de farmacia por municipio. Fuente: "La distribución de la Oficina de Farmacia en España", CGCOF. Diciembre 2010.

CANARIAS

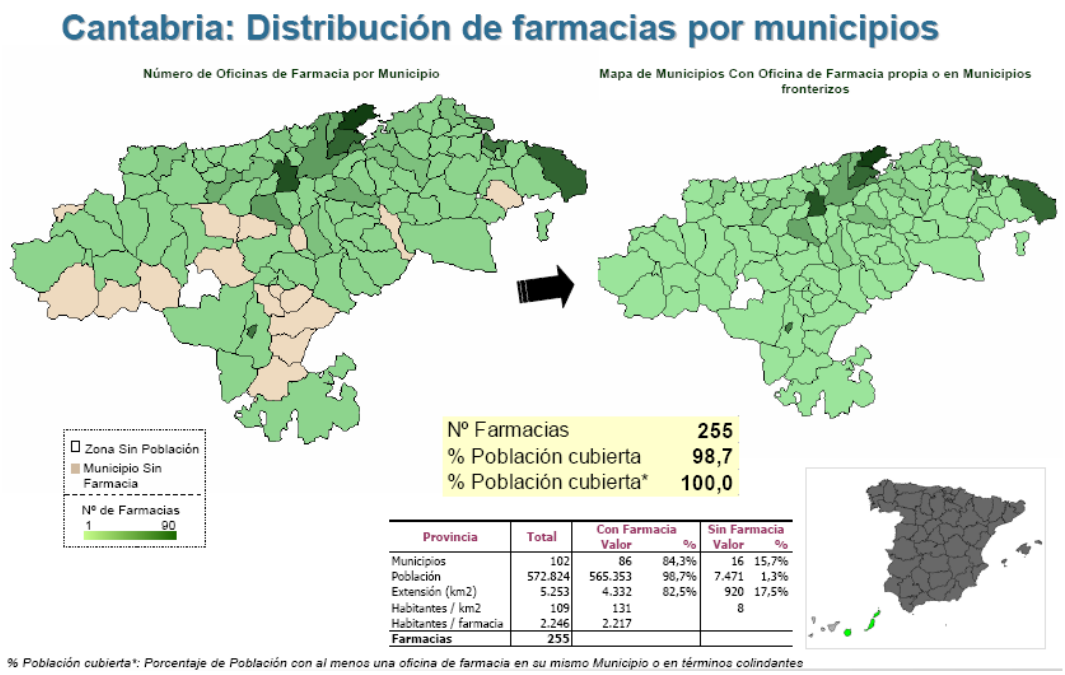


Mapa 14. Las Palmas: distribución de oficinas de farmacia por municipio. Fuente: "La distribución de la Oficina de Farmacia en España", CGCOF. Diciembre 2010.



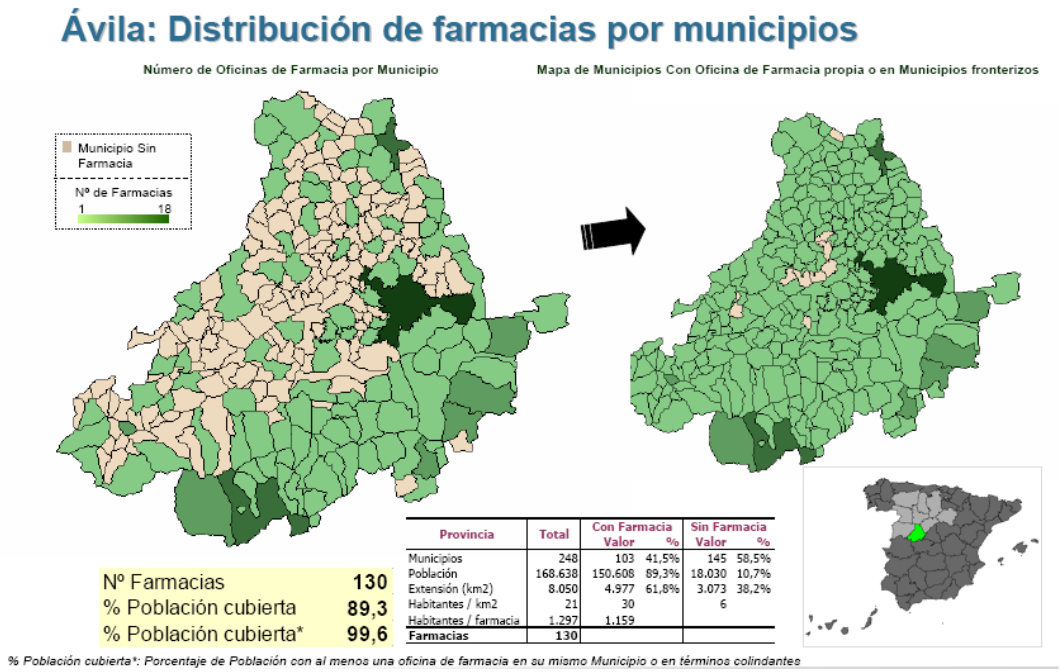
Mapa 15. Tenerife: distribución de oficinas de farmacia por municipio. Fuente: "La distribución de la Oficina de Farmacia en España", CGCOF. Diciembre 2010.

CANTABRIA

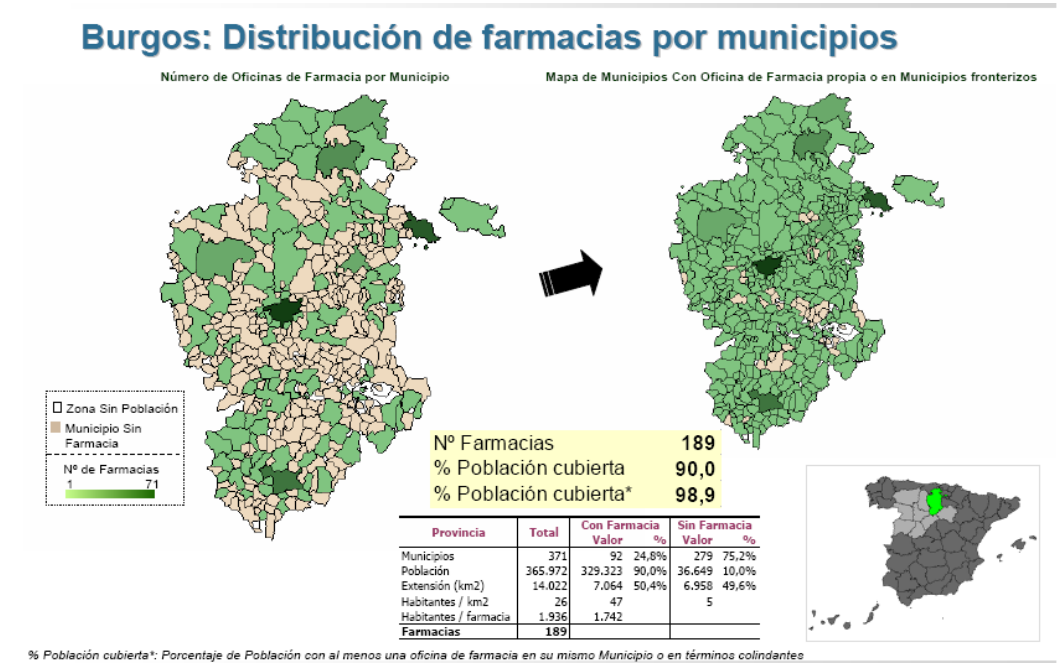


Mapa 16. Cantabria: distribución de oficinas de farmacia por municipio. Fuente: "La distribución de la Oficina de Farmacia en España", CGCOF. Diciembre 2010.

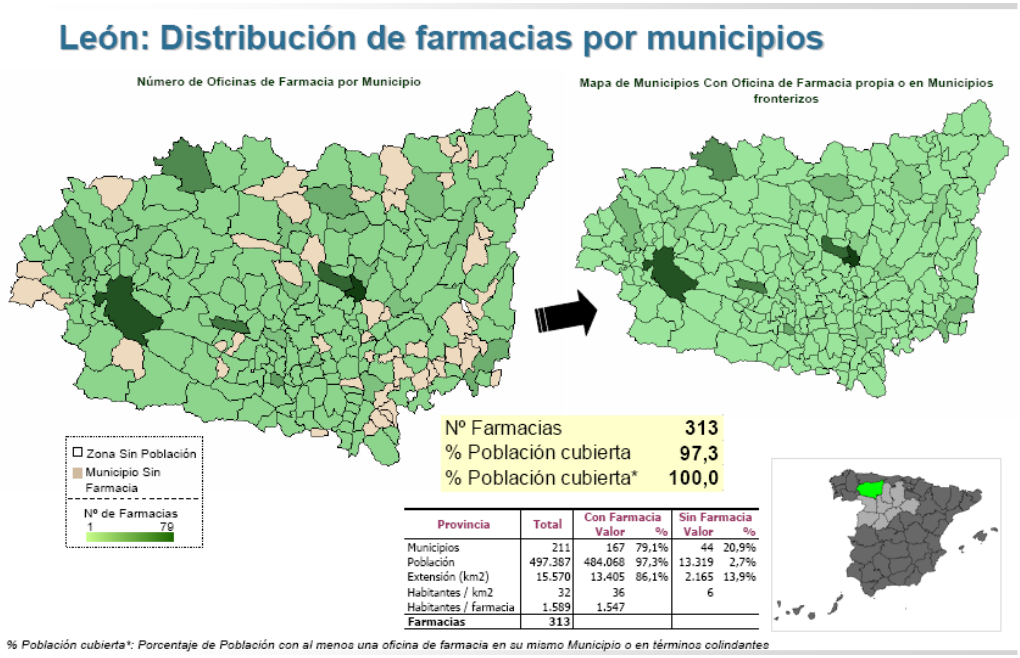
CASTILLA Y LEÓN



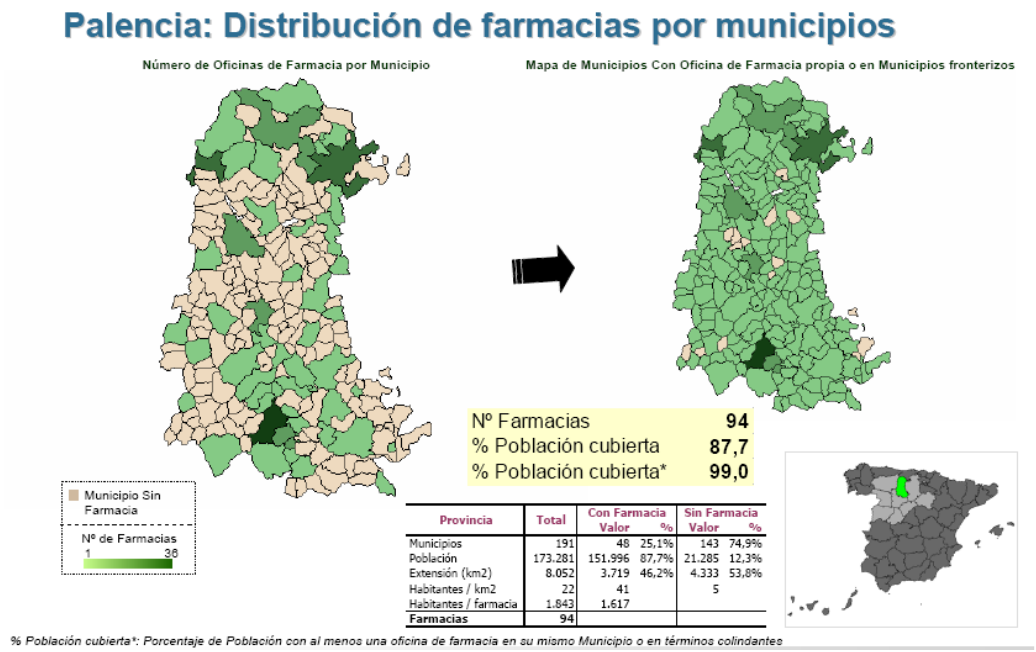
Mapa 17. Ávila: distribución de oficinas de farmacia por municipio. Fuente: "La distribución de la Oficina de Farmacia en España", CGCOF. Diciembre 2010.



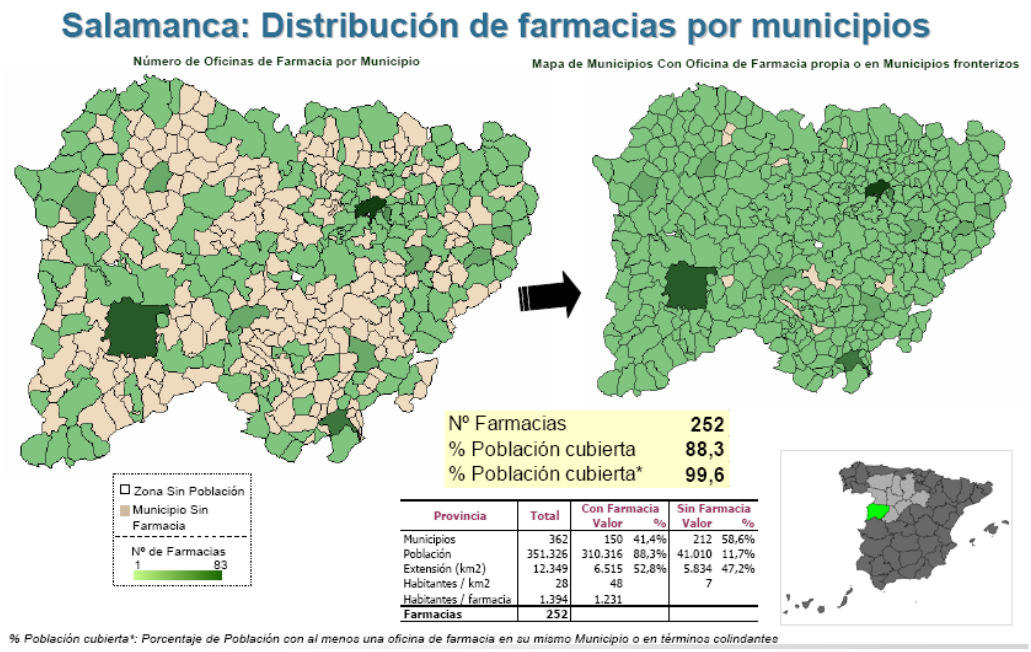
Mapa 18. Burgos: distribución de oficinas de farmacia por municipio. Fuente: "La distribución de la Oficina de Farmacia en España", CGCOF. Diciembre 2010.



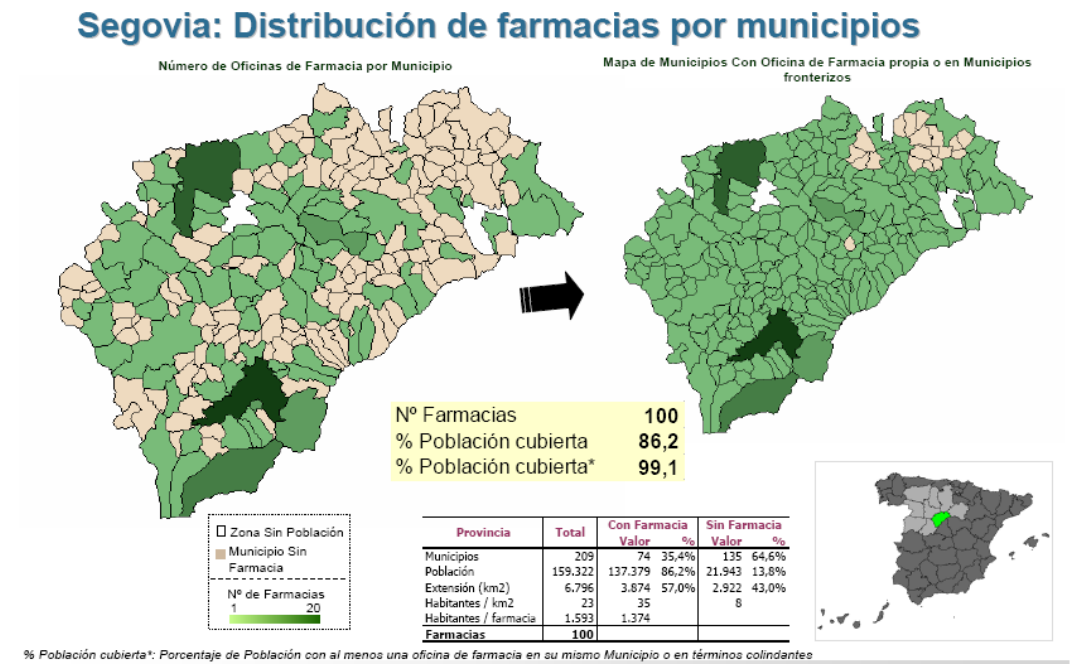
Mapa 19. León: distribución de oficinas de farmacia por municipio. Fuente: "La distribución de la Oficina de Farmacia en España", CGCOF. Diciembre 2010.



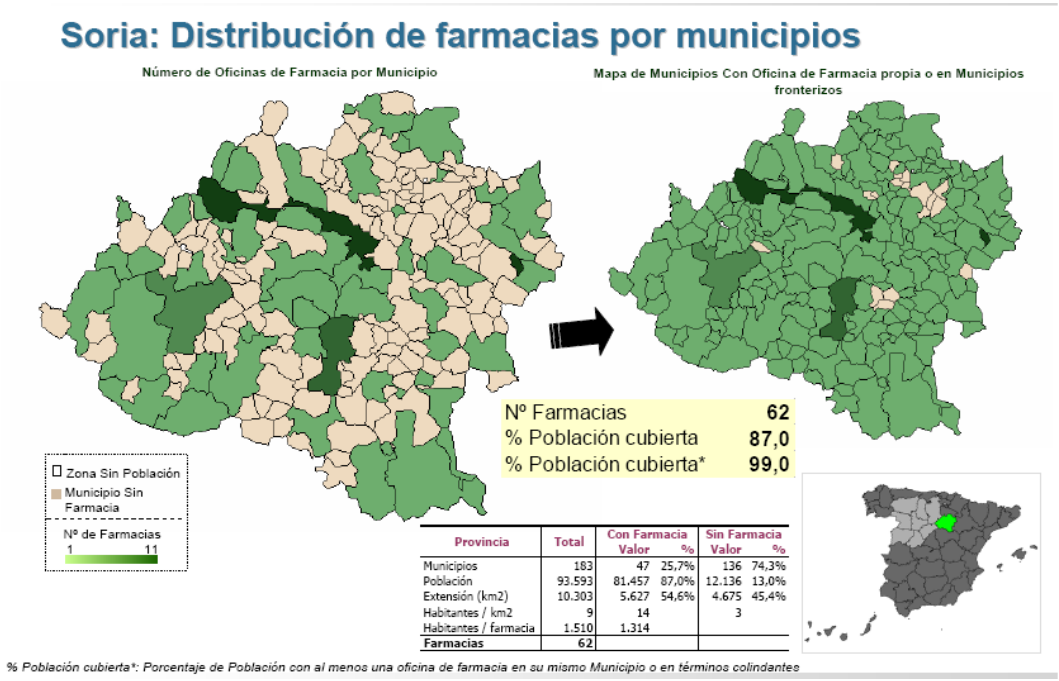
Mapa 20. Palencia: distribución de oficinas de farmacia por municipio. Fuente: "La distribución de la Oficina de Farmacia en España", CGCOF. Diciembre 2010.



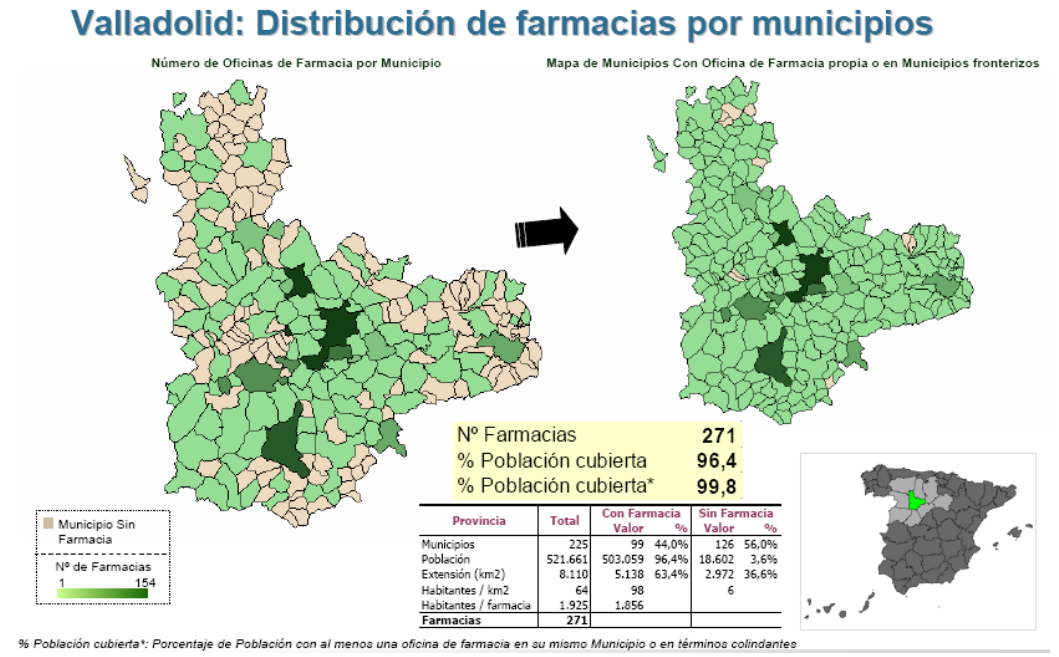
Mapa 21. Salamanca: distribución de oficinas de farmacia por municipio. Fuente: "La distribución de la Oficina de Farmacia en España", CGCOF Diciembre 2010.



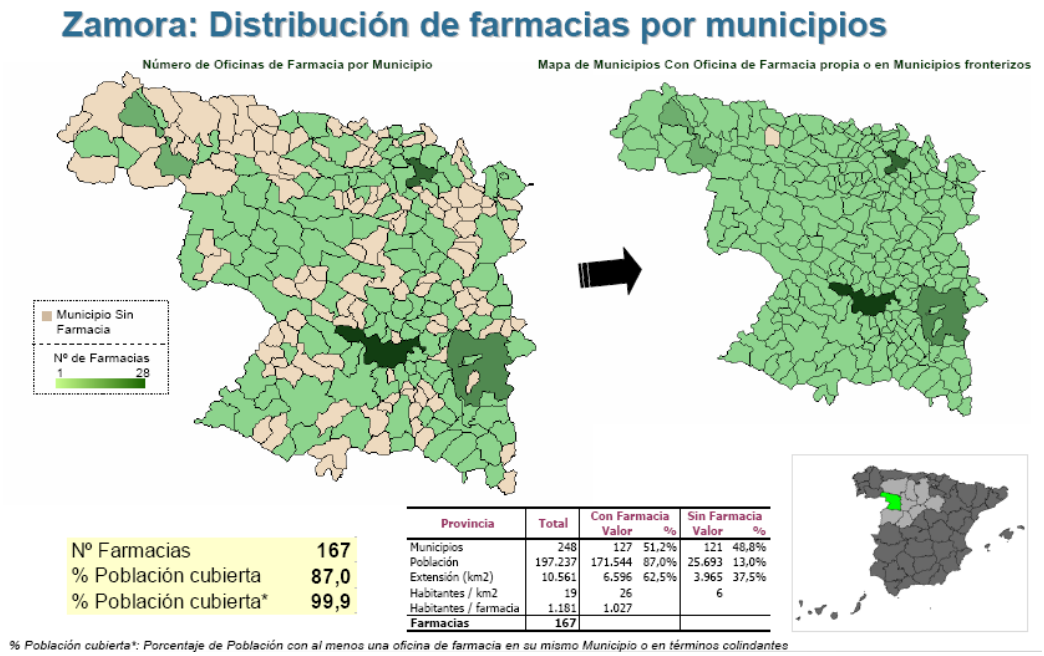
Mapa 22. Segovia: distribución de oficinas de farmacia por municipio. Fuente: "La distribución de la Oficina de Farmacia en España", CGCOF. Diciembre 2010.



Mapa 23. Soria: distribución de oficinas de farmacia por municipio. Fuente: "La distribución de la Oficina de Farmacia en España", CGCOF. Diciembre 2010.



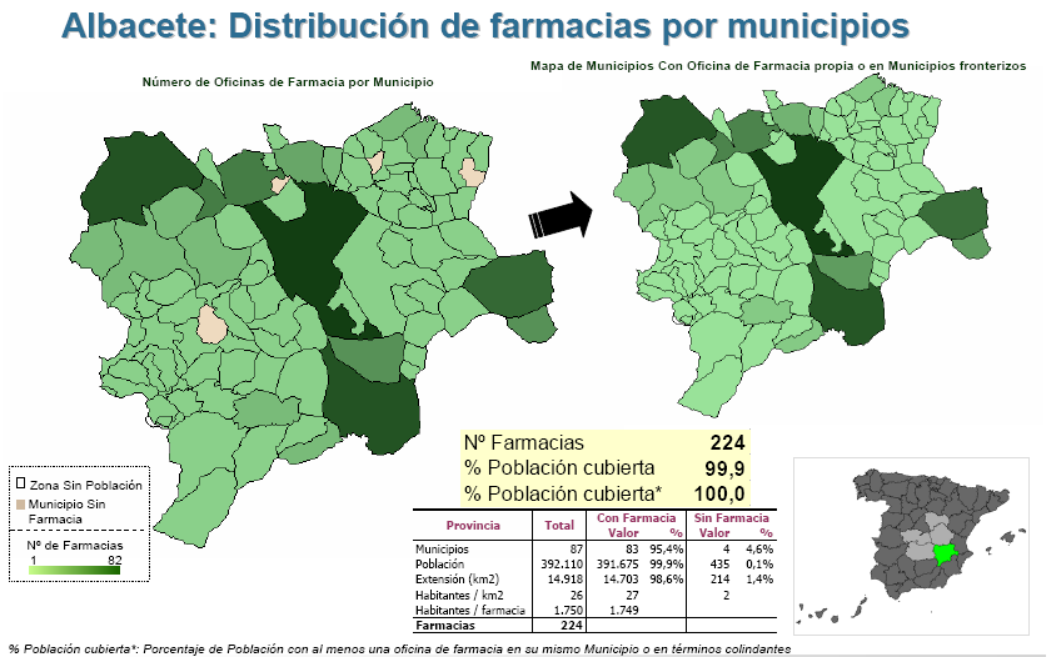
Mapa 24. Valladolid: distribución de oficinas de farmacia por municipio. Fuente: "La distribución de la Oficina de Farmacia en España", CGCOF. Diciembre 2010.



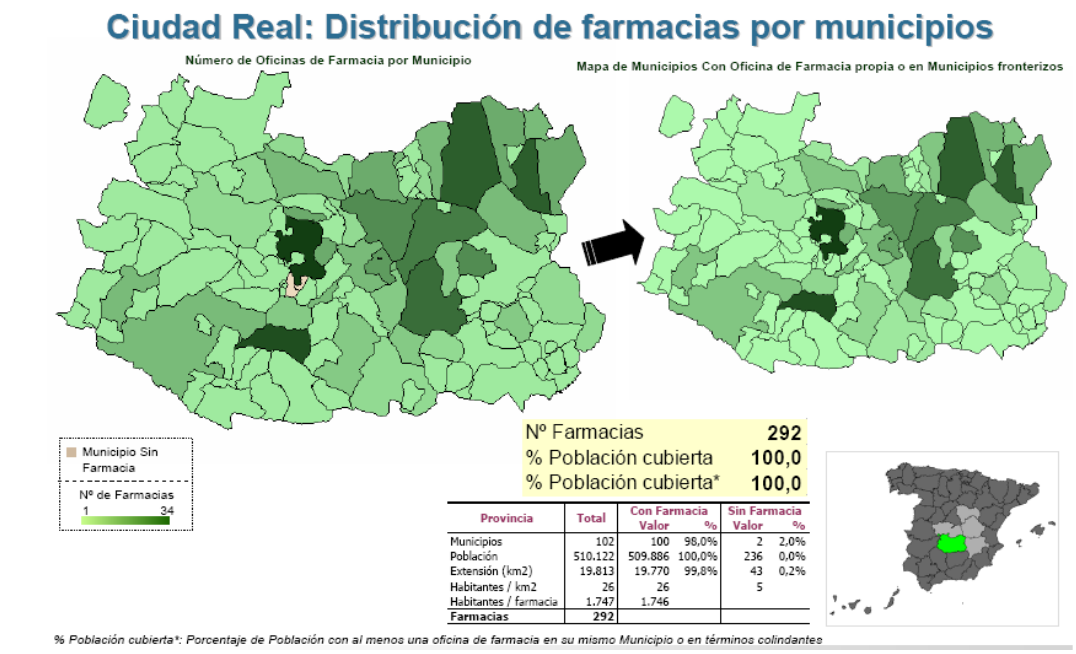
Provincia	Total	Con Farmacia Valor	%	Sin Farmacia Valor	%
Municipios	248	127	51,2%	121	48,8%
Población	197.237	171.544	87,0%	25.693	13,0%
Extensión (km2)	10.561	6.596	62,5%	3.965	37,5%
Habitantes / km2	19	26		6	
Habitantes / farmacia	1.181	1.027			
Farmacias	**167**				

Mapa 25. Zamora: distribución de oficinas de farmacia por municipio. Fuente: "La distribución de la Oficina de Farmacia en España", CGCOF. Diciembre 2010.

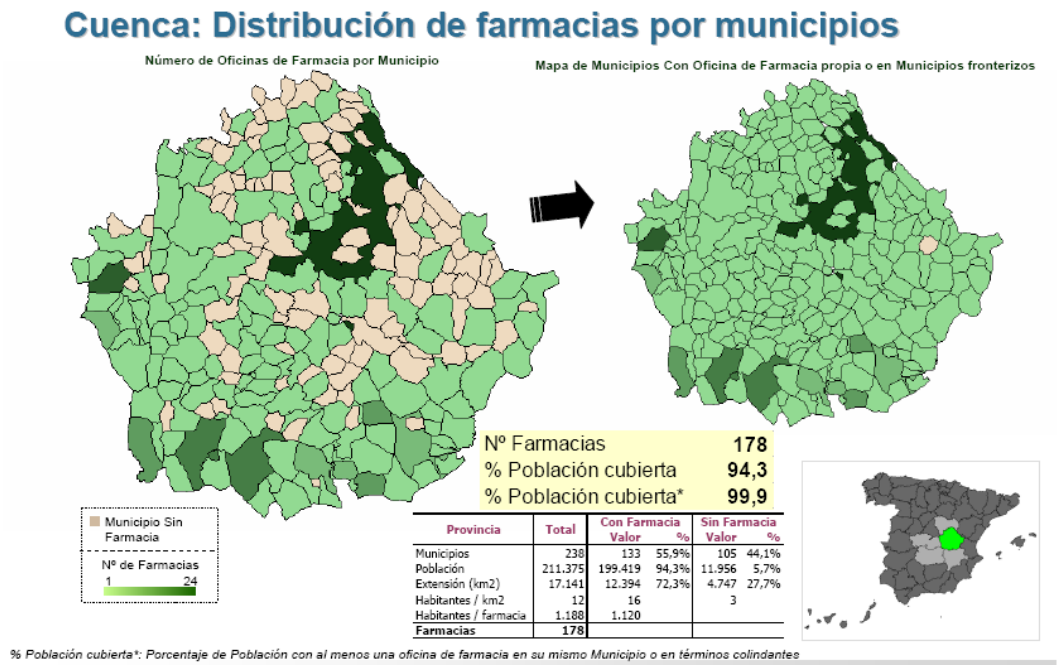
CASTILLA- LA MANCHA



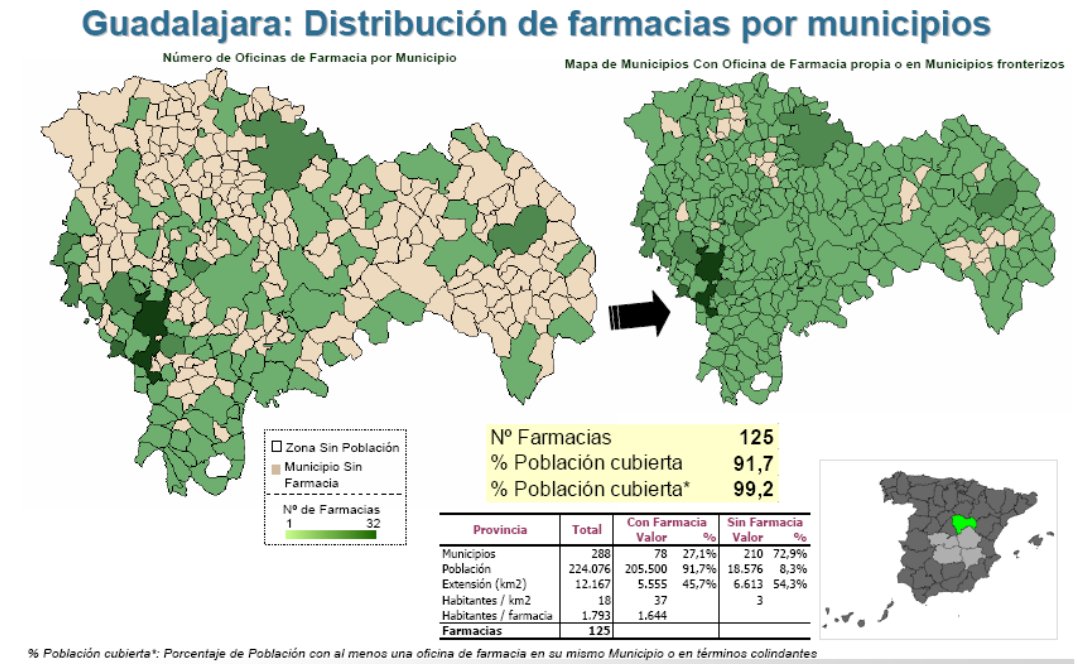
Mapa 26. Albacete: distribución de oficinas de farmacia por municipio. Fuente: "La distribución de la Oficina de Farmacia en España", CGCOF. Diciembre 2010.



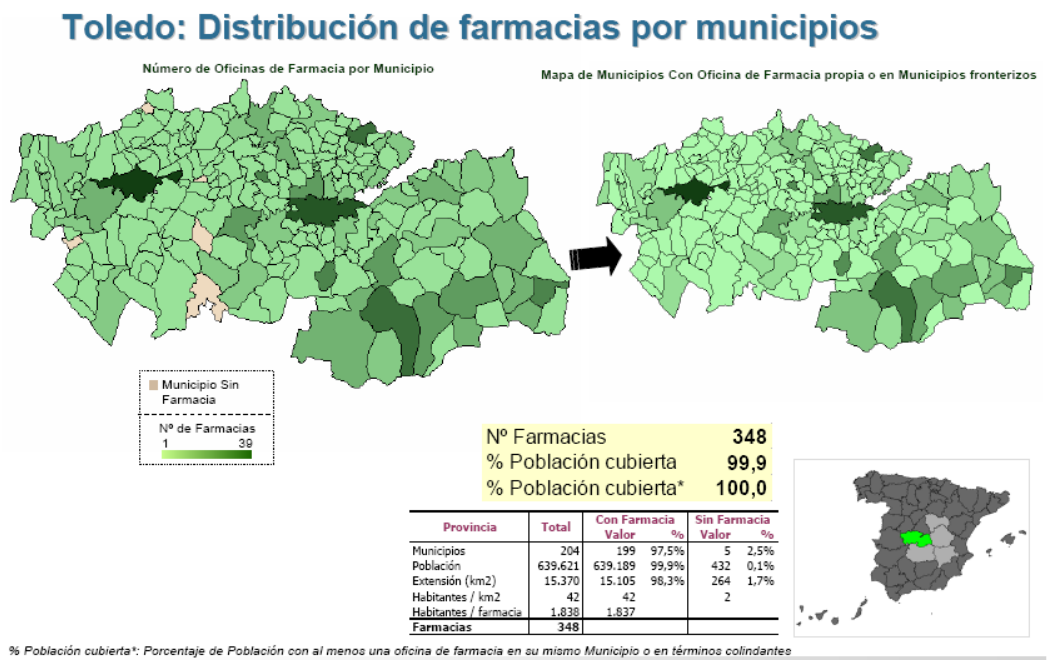
Mapa 27. Ciudad Real: distribución de oficinas de farmacia por municipio. Fuente: "La distribución de la Oficina de Farmacia en España", CGCOF. Diciembre 2010.



Mapa 28. Cuenca: distribución de oficinas de farmacia por municipio. Fuente: "La distribución de la Oficina de Farmacia en España", CGCOF. Diciembre 2010.

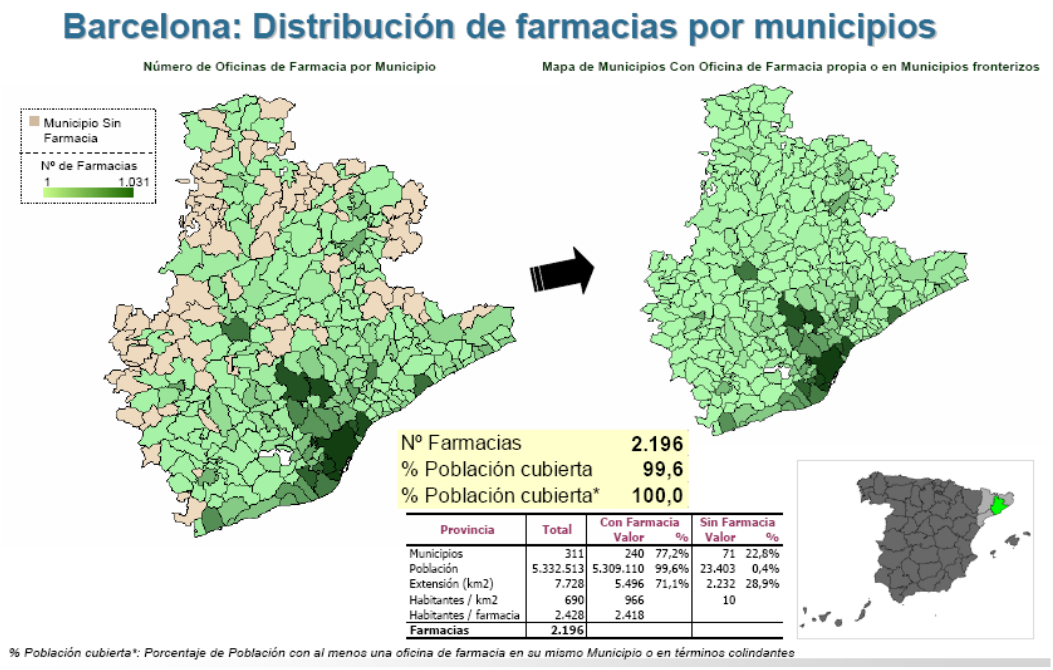


Mapa 29. Guadalajara: distribución de oficinas de farmacia por municipio. Fuente: "La distribución de la Oficina de Farmacia en España", CGCOF. Diciembre 2010.

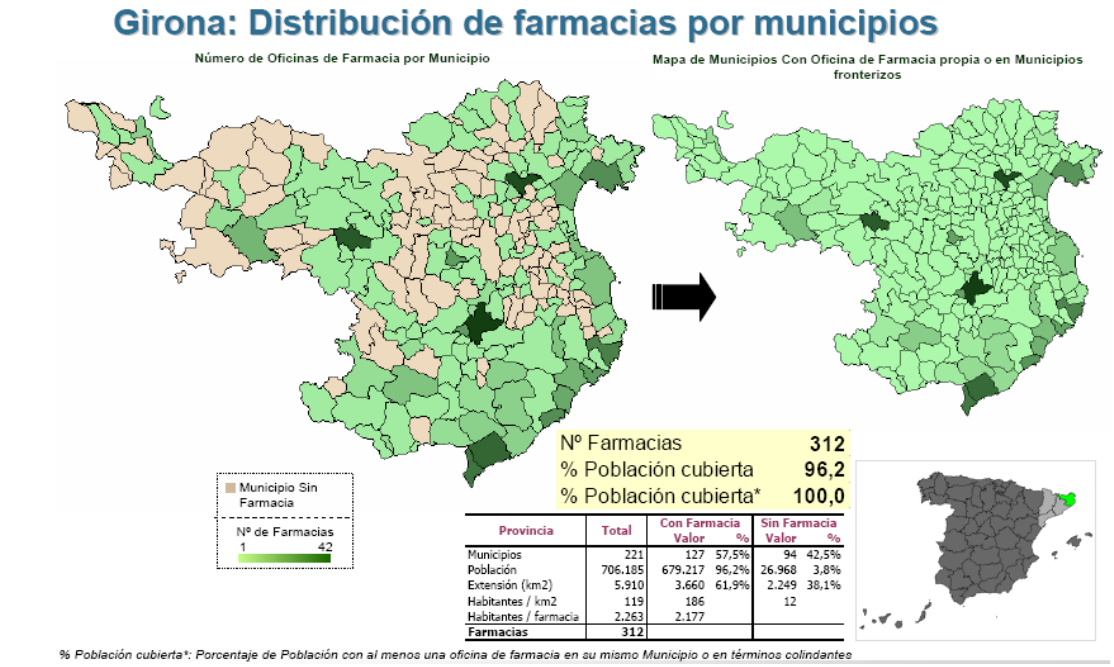


Mapa 30. Toledo: distribución de oficinas de farmacia por municipio. Fuente: "La distribución de la Oficina de Farmacia en España", CGCOF. Diciembre 2010.

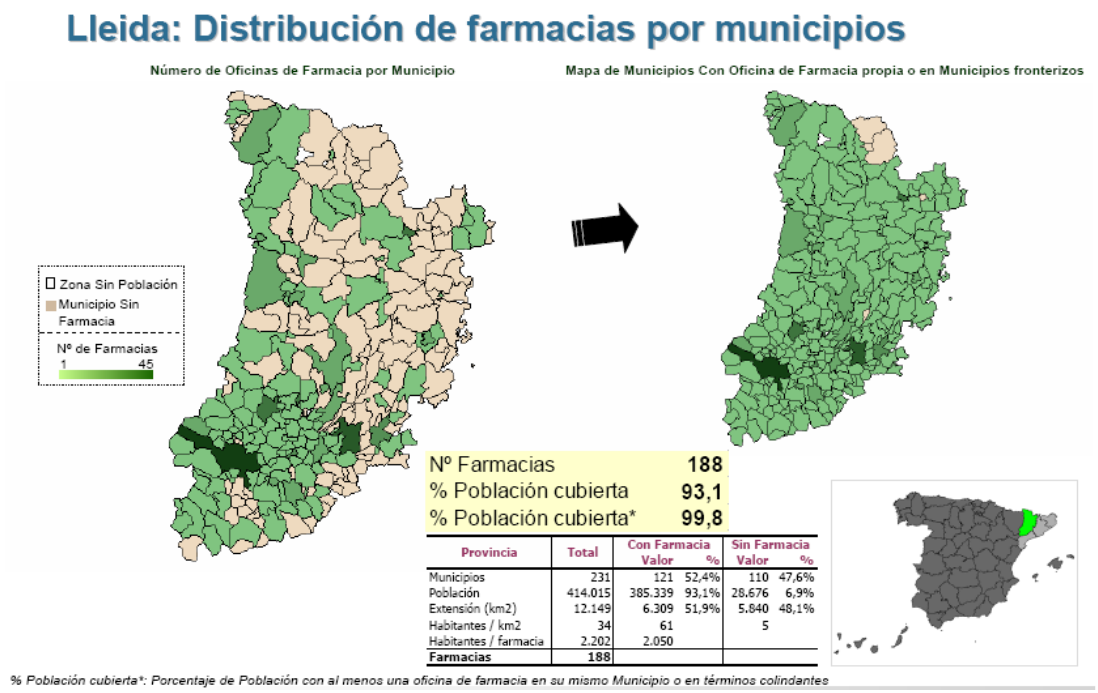
CATALUÑA



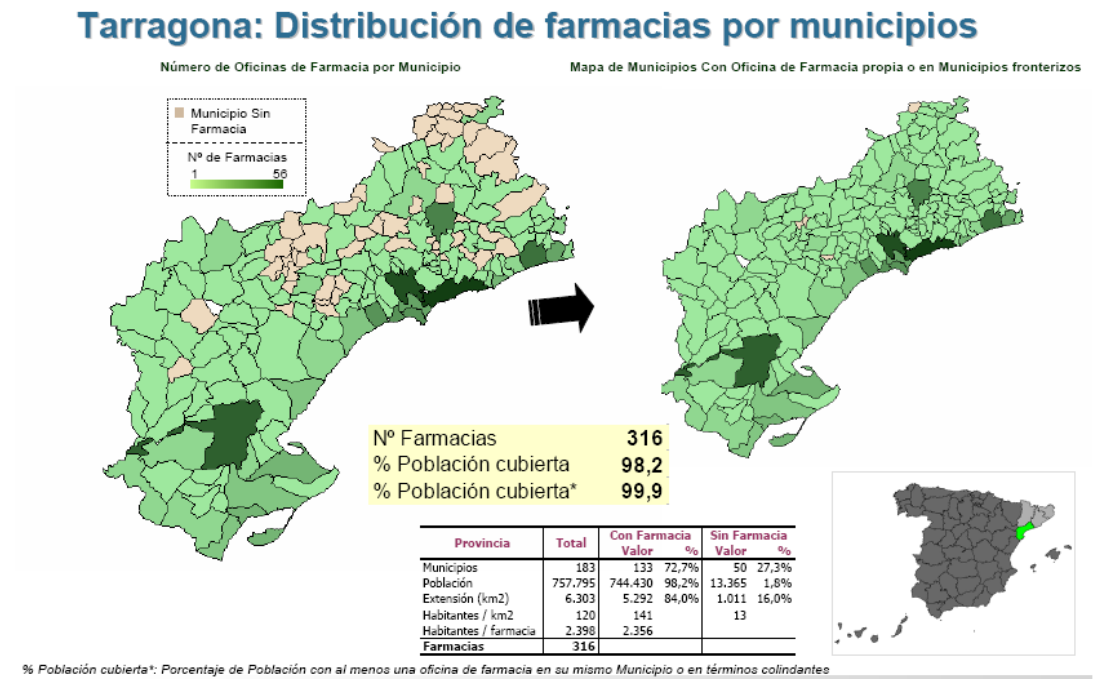
Mapa 31. Barcelona: distribución de oficinas de farmacia por municipio. Fuente: "La distribución de la Oficina de Farmacia en España", CGCOF. Diciembre 2010.



Mapa 32. Girona: distribución de oficinas de farmacia por municipio. Fuente: "La distribución de la Oficina de Farmacia en España", CGCOF. Diciembre 2010.

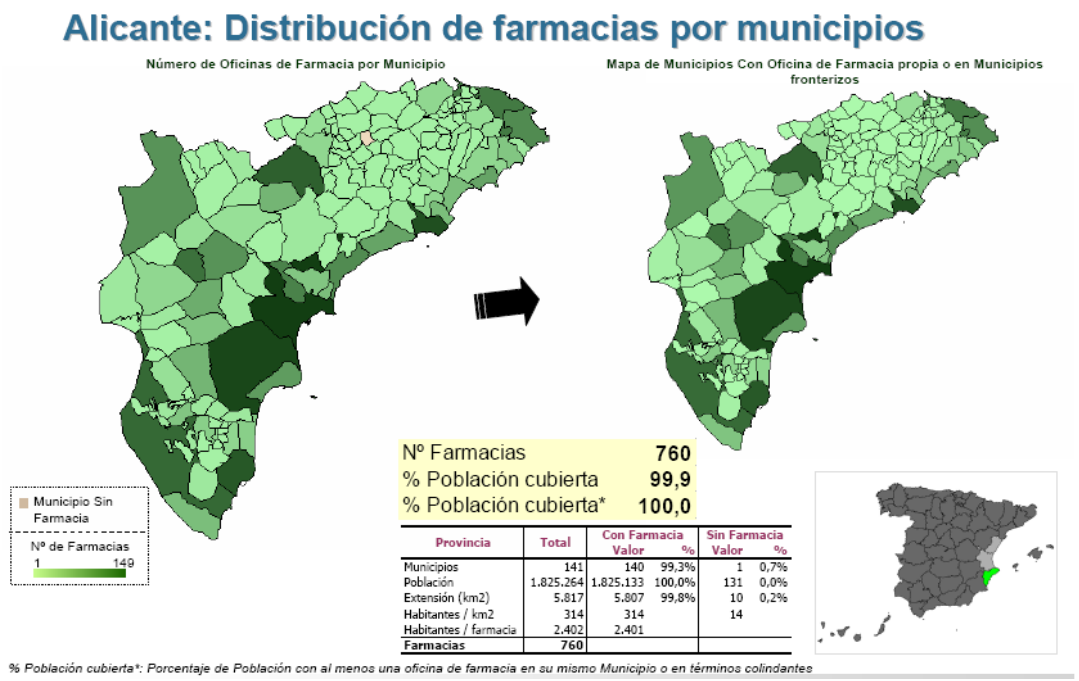


Mapa 33. Lleida: distribución de oficinas de farmacia por municipio. Fuente: "La distribución de la Oficina de Farmacia en España", CGCOF Diciembre 2010.

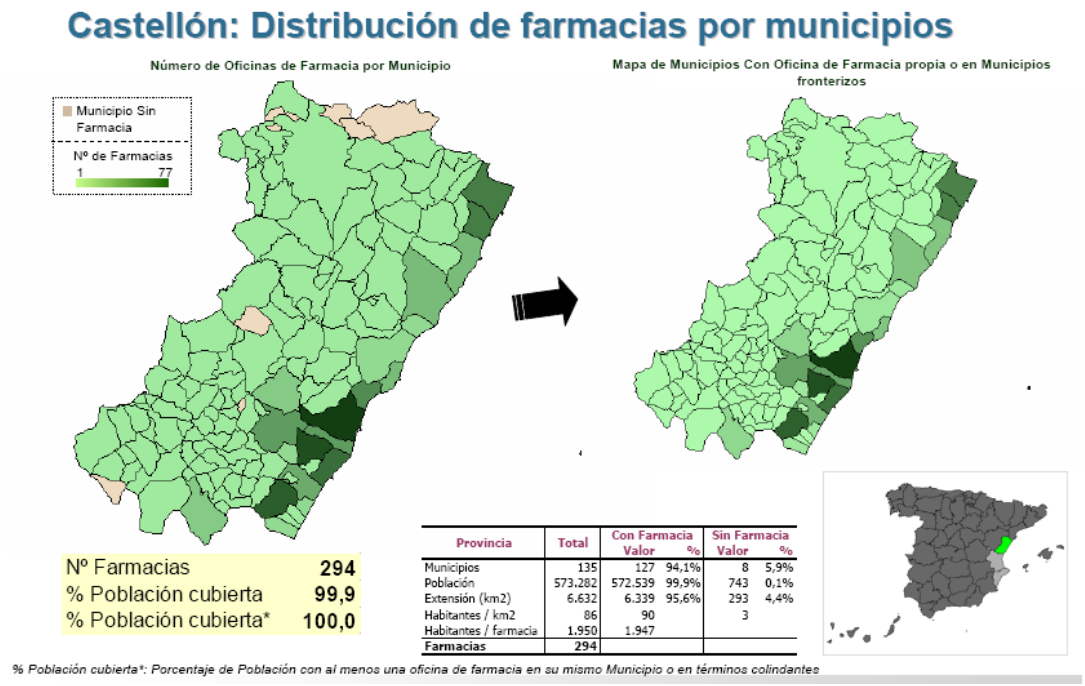


Mapa 34. Tarragona: distribución de oficinas de farmacia por municipio. Fuente: "La distribución de la Oficina de Farmacia en España", CGCOF. Diciembre 2010.

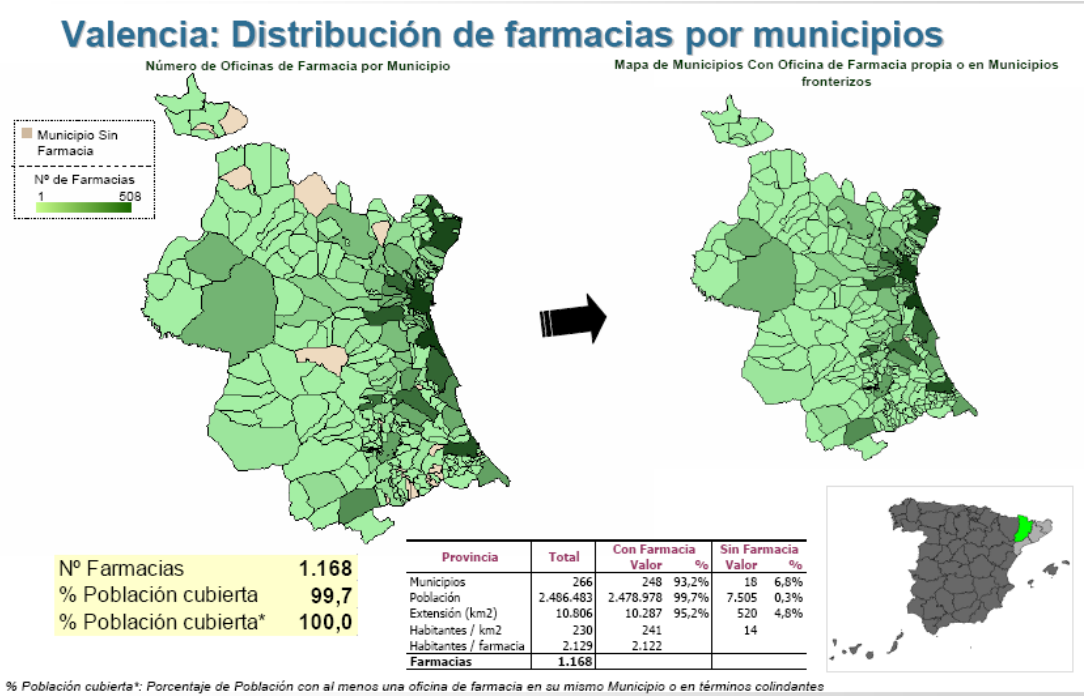
COMUNIDAD VALENCIANA



Mapa 35. Alicante: distribución de oficinas de farmacia por municipio. Fuente: "La distribución de la Oficina de Farmacia en España", CGCOF. Diciembre 2010.

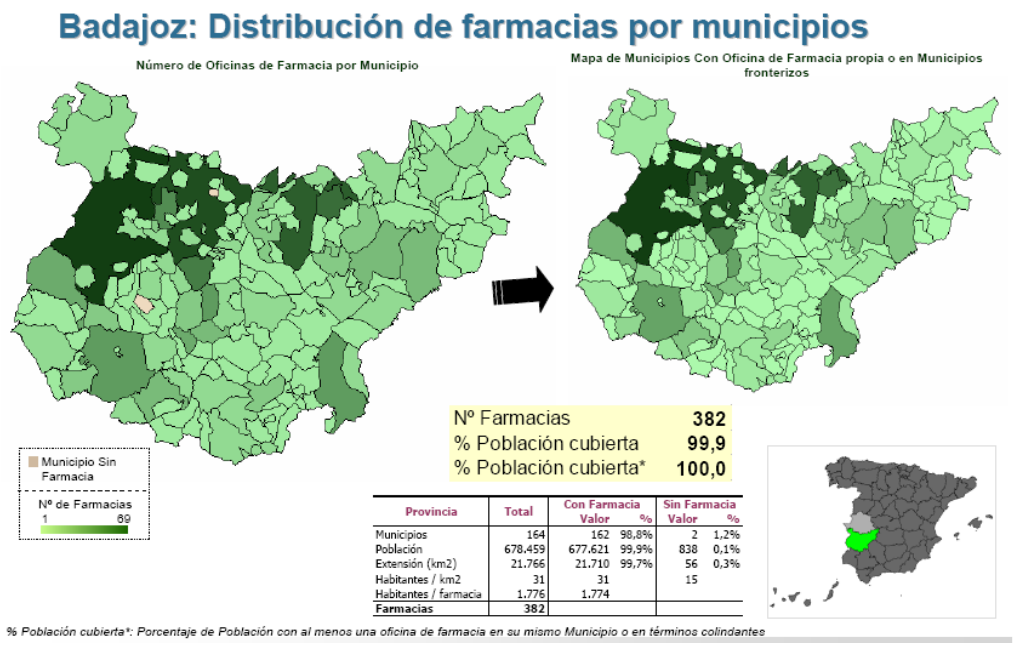


Mapa 36. Castellón: distribución de oficinas de farmacia por municipio. Fuente: "La distribución de la Oficina de Farmacia en España", CGCOF. Diciembre 2010.

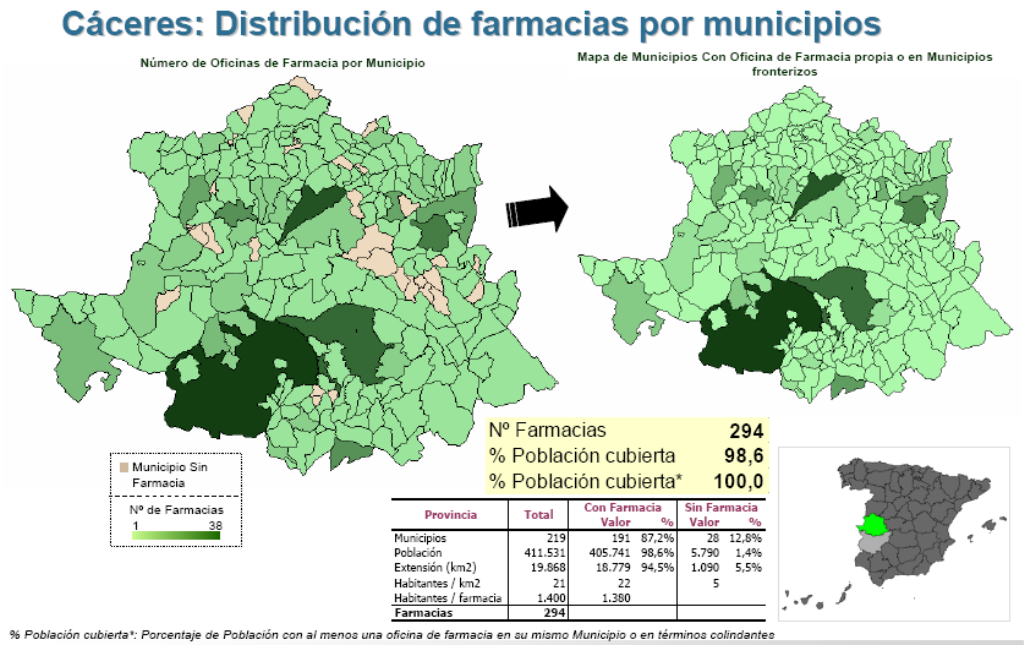


Mapa 37. Valencia: distribución de oficinas de farmacia por municipio. Fuente: "La distribución de la Oficina de Farmacia en España", CGCOF. Diciembre 2010.

EXTREMADURA

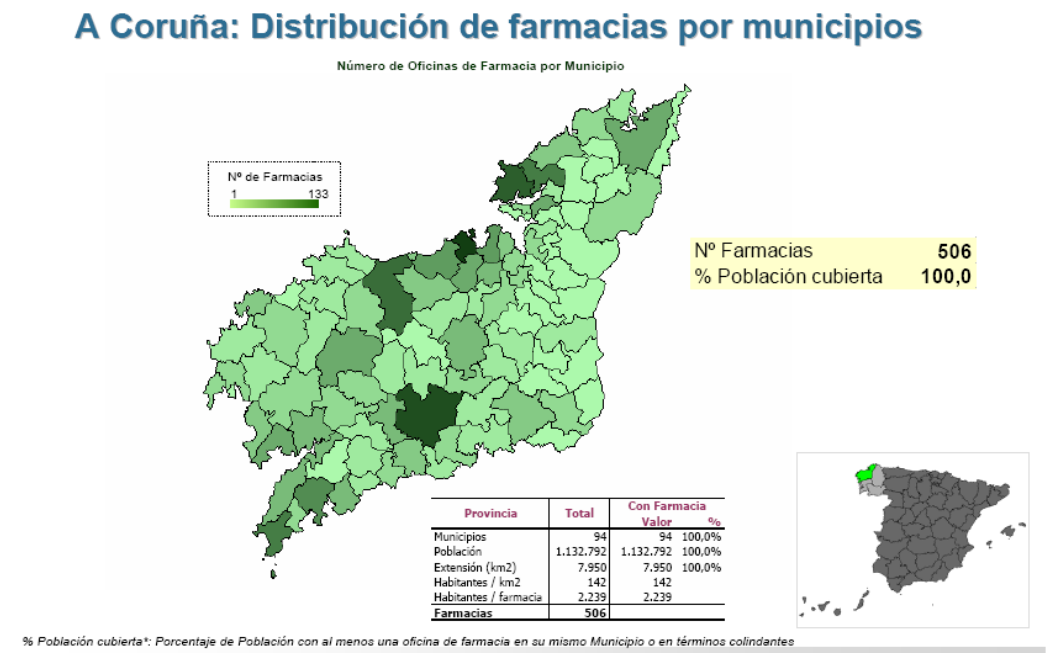


Mapa 38. Badajoz: distribución de oficinas de farmacia por municipio. Fuente: "La distribución de la Oficina de Farmacia en España", CGCOF. Diciembre 2010.

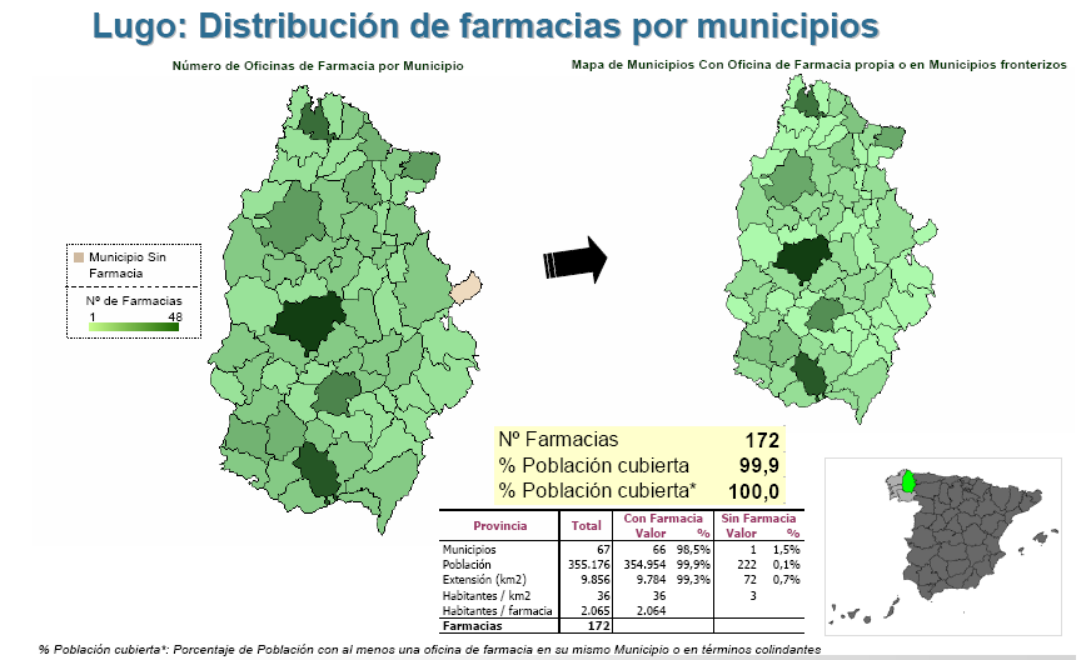


Mapa 39. Cáceres: distribución de oficinas de farmacia por municipio. Fuente: "La distribución de la Oficina de Farmacia en España", CGCOF. Diciembre 2010.

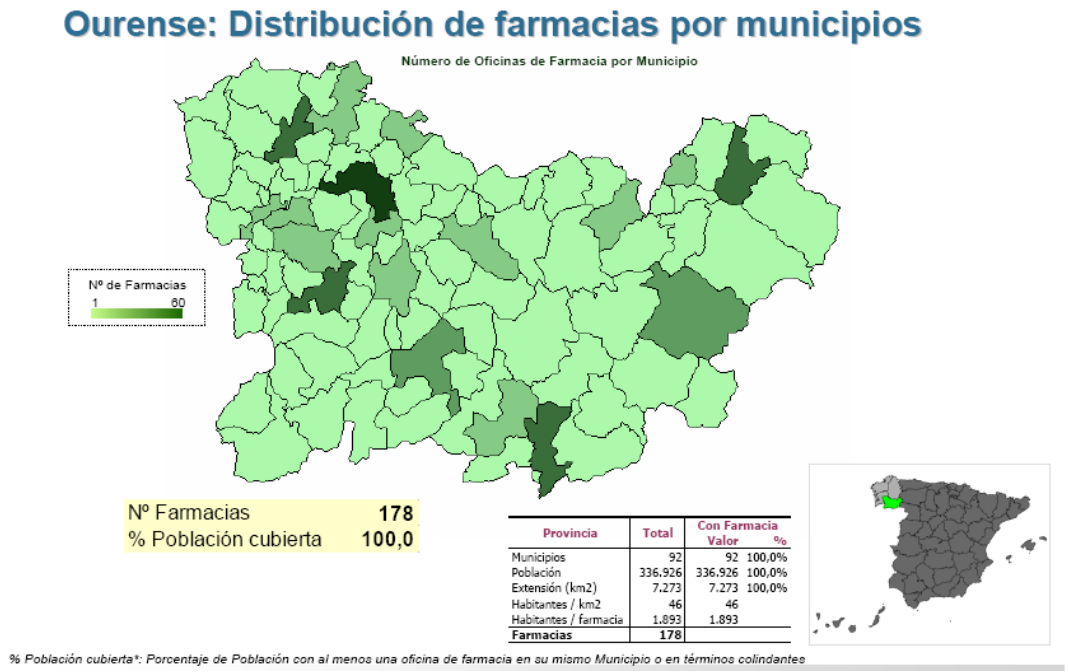
GALICIA



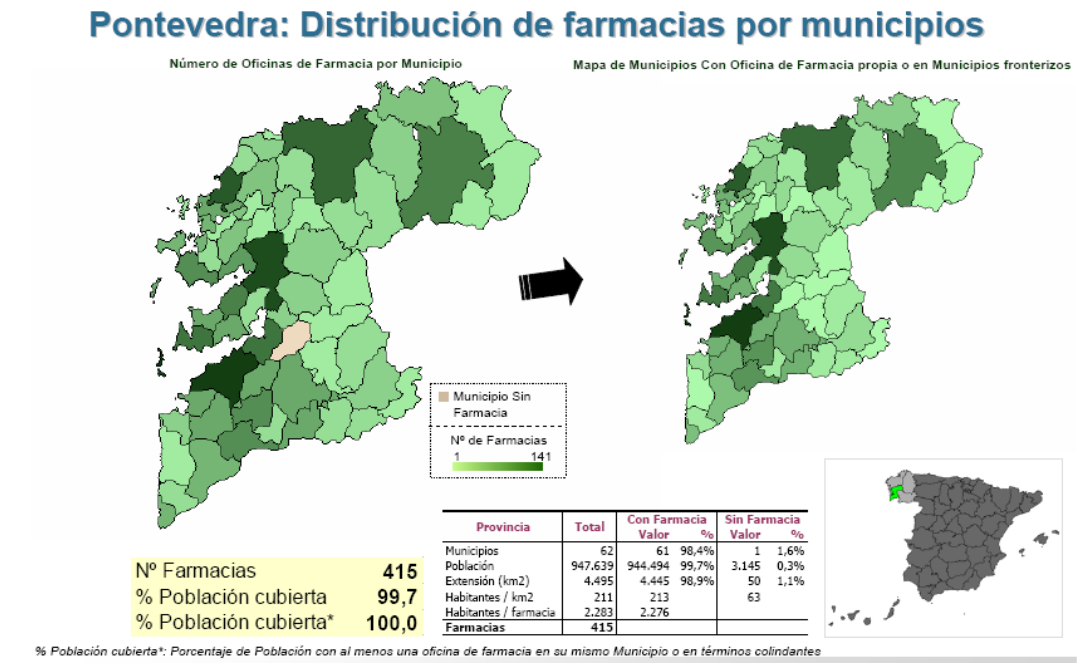
Mapa 40. A Coruña: distribución de oficinas de farmacia por municipio. Fuente: "La distribución de la Oficina de Farmacia en España", CGCOF. Diciembre 2010.



Mapa 41. Lugo: distribución de oficinas de farmacia por municipio. Fuente: "La distribución de la Oficina de Farmacia en España", CGCOF. Diciembre 2010.

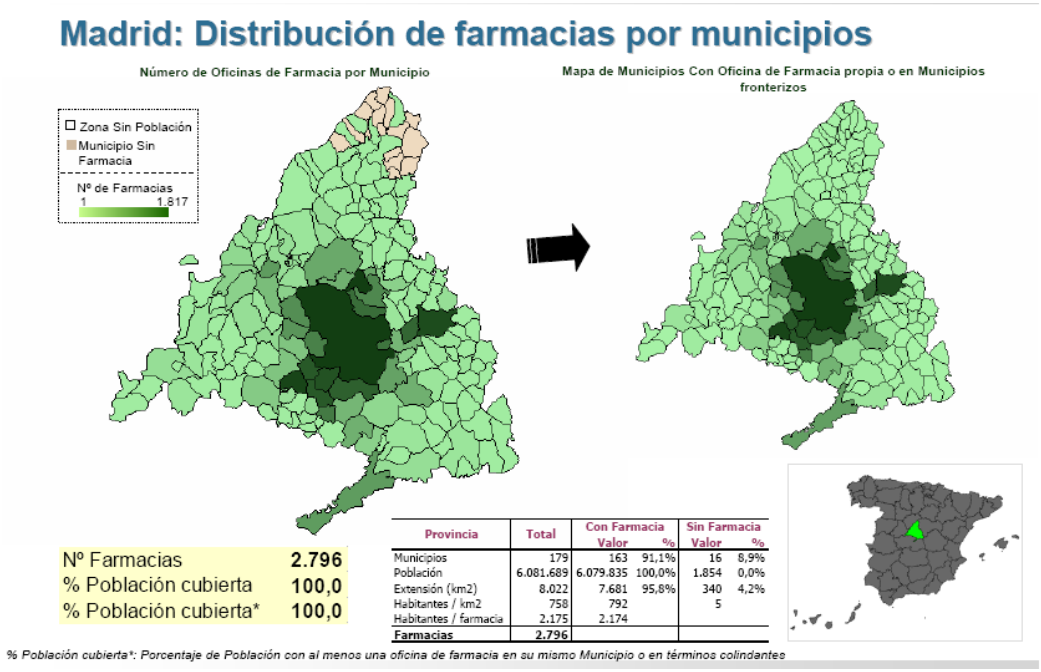


Mapa 42. Ourense: distribución de oficinas de farmacia por municipio. Fuente: "La distribución de la Oficina de Farmacia en España", CGCOF. Diciembre 2010.



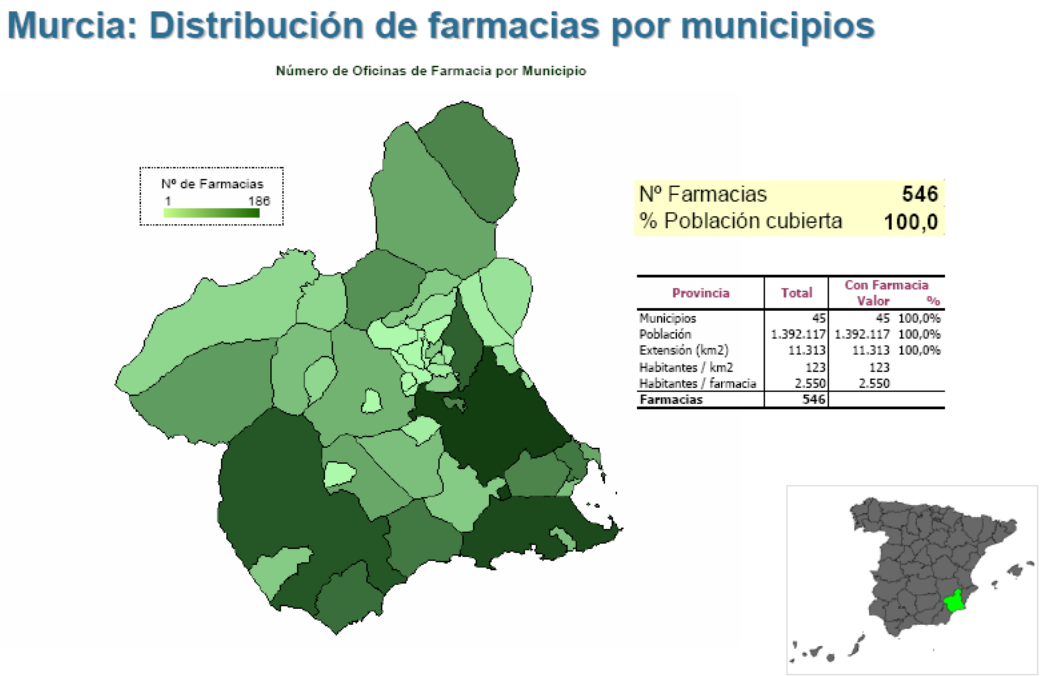
Mapa 43. Pontevedra: distribución de oficinas de farmacia por municipio. Fuente: "La distribución de la Oficina de Farmacia en España", CGCOF. Diciembre 2010.

MADRID



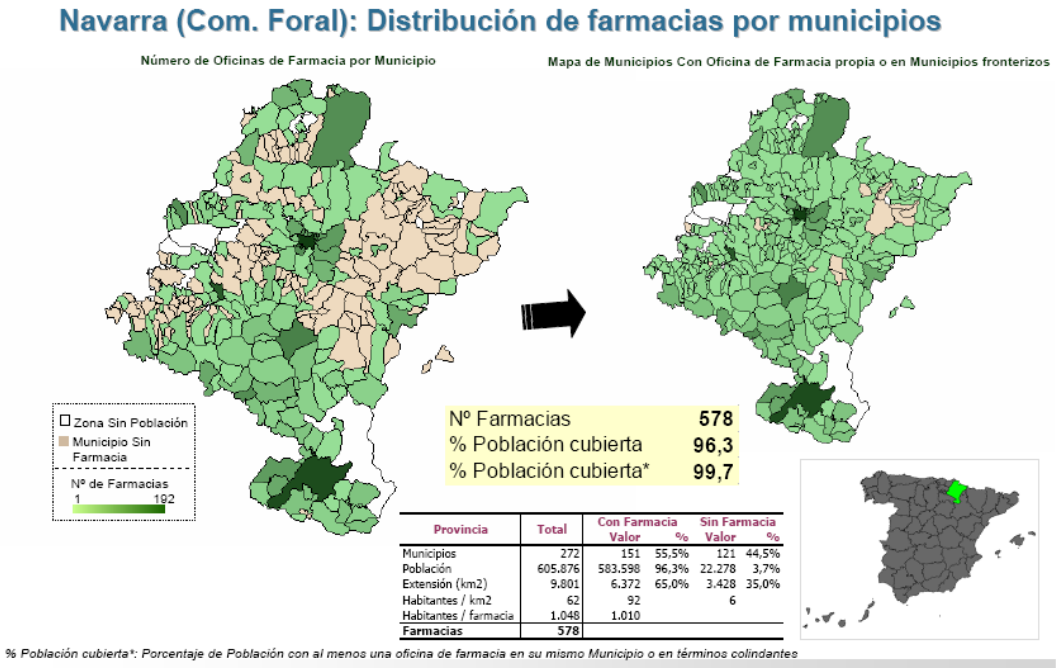
Mapa 44. Madrid: distribución de oficinas de farmacia por municipio. Fuente: "La distribución de la Oficina de Farmacia en España", CGCOF. Diciembre 2010.

MURCIA



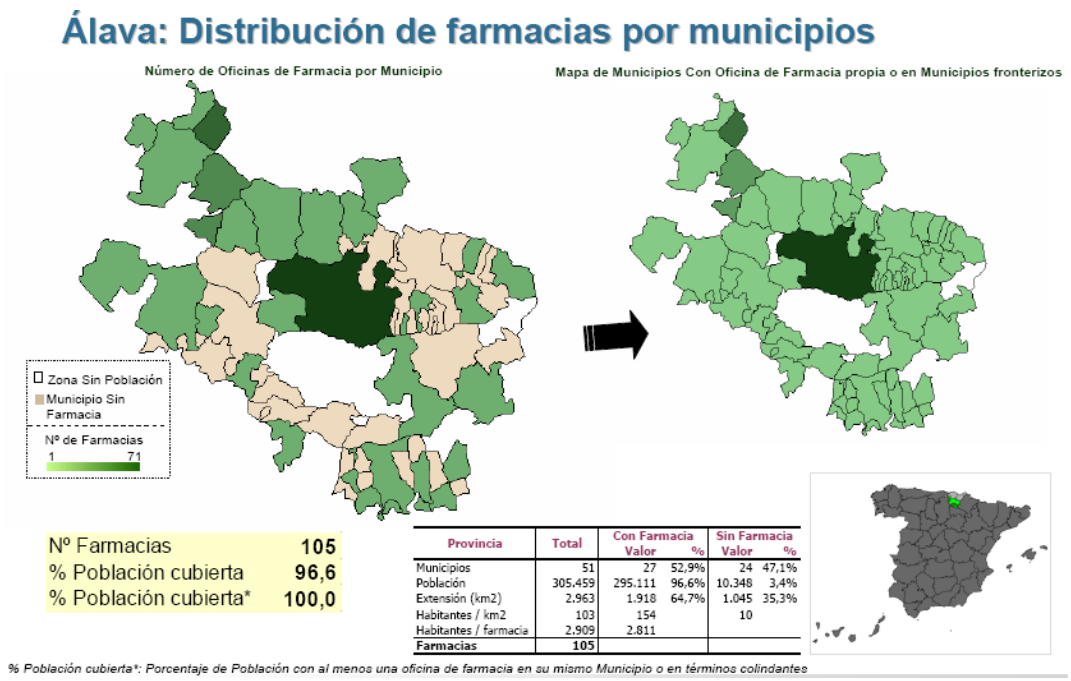
Mapa 45. Murcia: distribución de oficinas de farmacia por municipio. Fuente: "La distribución de la Oficina de Farmacia en España", CGCOF. Diciembre 2010.

NAVARRA

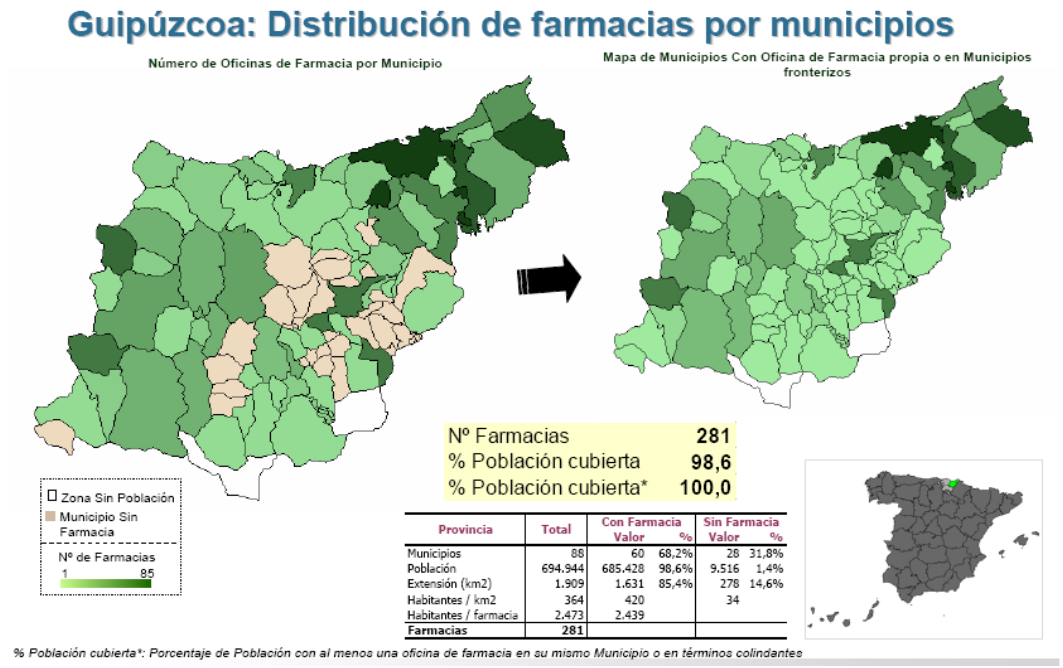


Mapa 46. Navarra: distribución de oficinas de farmacia por municipio. Fuente: "La distribución de la Oficina de Farmacia en España", CGCOF. Diciembre 2010.

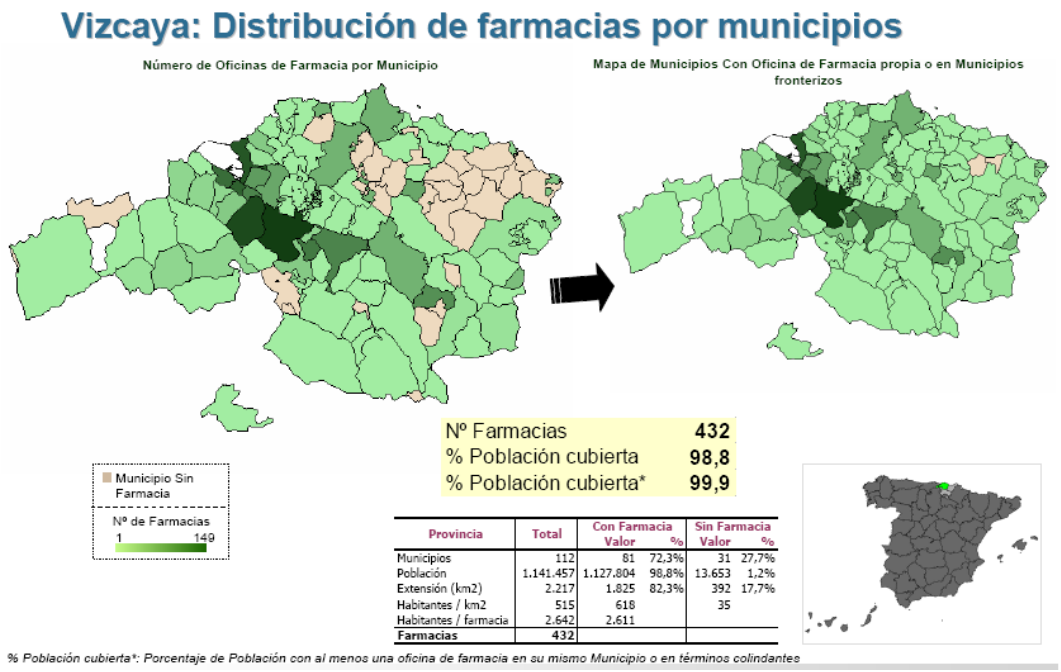
PAÍS VASCO



Mapa 47. Álava: distribución de oficinas de farmacia por municipio. Fuente: "La distribución de la Oficina de Farmacia en España", CGCOF. Diciembre 2010.

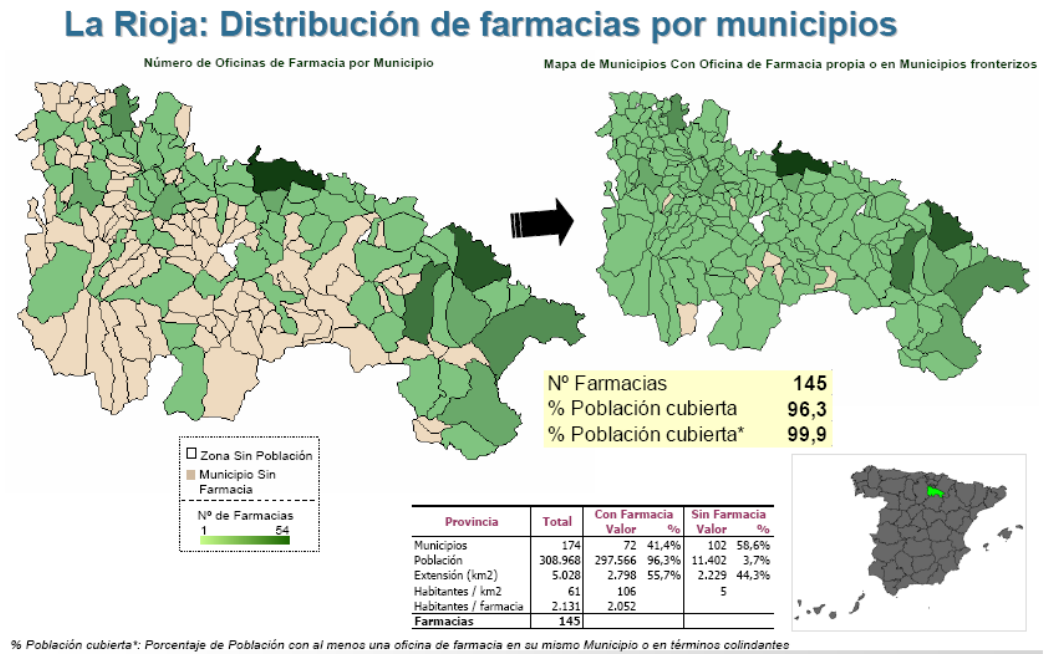


Mapa 48. Guipúzcoa: distribución de oficinas de farmacia por municipio. Fuente: "La distribución de la Oficina de Farmacia en España", CGCOF. Diciembre 2010.



Mapa 49. Vizcaya: distribución de oficinas de farmacia por municipio. Fuente: "La distribución de la Oficina de Farmacia en España", CGCOF. Diciembre 2010.

LA RIOJA



Mapa 50. La Rioja: distribución de oficinas de farmacia por municipio. Fuente: "La distribución de la Oficina de Farmacia en España", CGCOF. Diciembre 2010.

ANEXO VIII

DOCUMENTACIÓN ESTUDIO PILOTO REALIZADO EN ESPAÑA

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE
MADRID

Estimado compañero,

Solicitamos tu colaboración para completar la primera fase de la investigación realizada por María López González en el marco del desarrollo de su tesis doctoral.

En esta ocasión será necesario que gradúes la importancia de los temas expuestos en relación con la contratación laboral en la oficina de farmacia. Para ello habrás de marcar la respuesta que consideres adecuada, en función de la importancia que tiene para ti cada uno de los temas que se te presentan en lo referente al personal de la oficina de farmacia, puntuando del 1 al 10, siendo el 1 poco importante y el 10 muy importante.

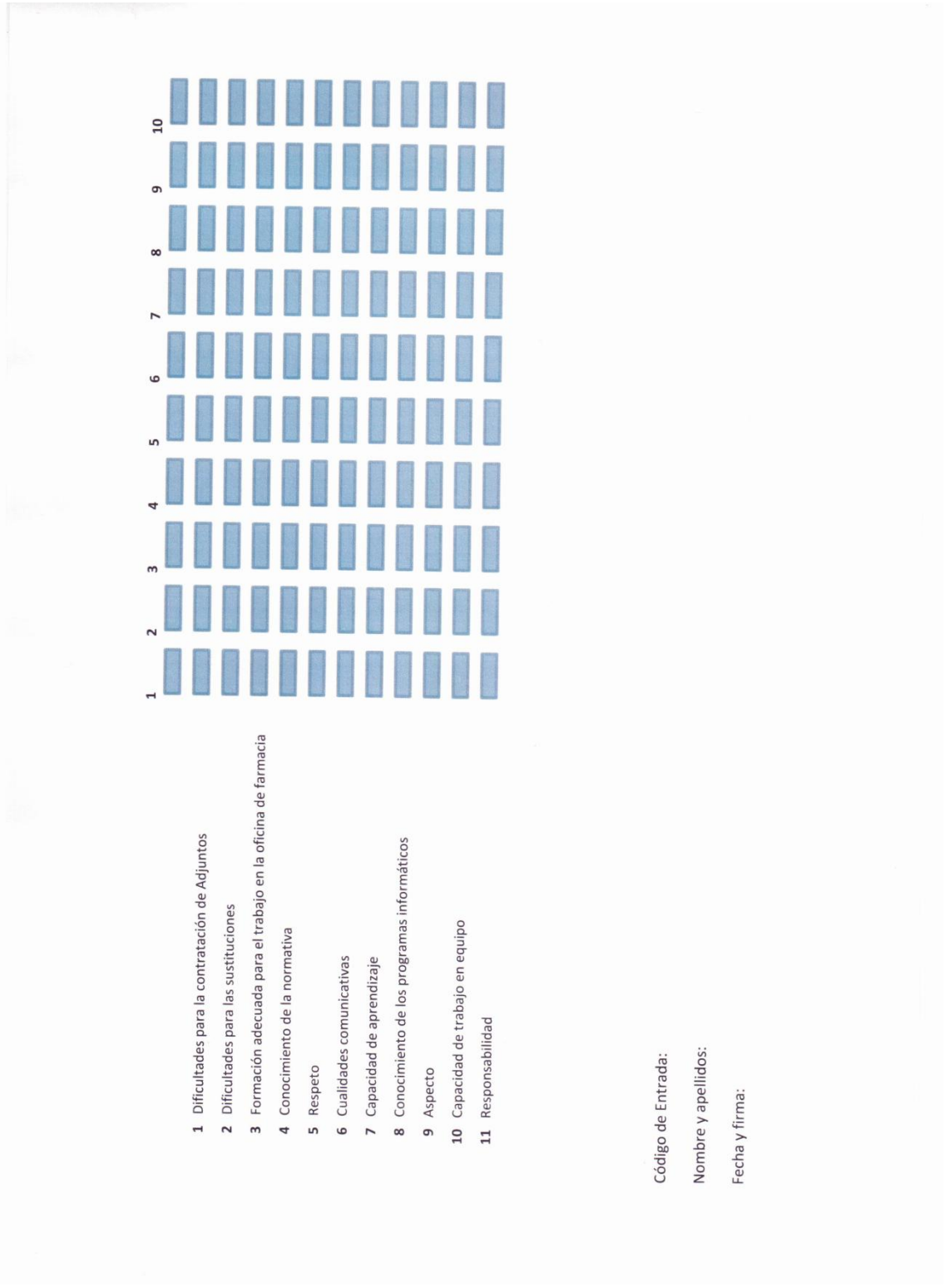
Agradeceríamos que nos hicieras participe de cualquier duda o inquietud que te surja al respecto.

Un cordial saludo y gracias por tu colaboración de antemano,

Prof. Dra. María del Carmen Francés Causapé.
Facultad de Farmacia.
Universidad Complutense de Madrid, Plaza Ramón y Cajal s/n.
Telf: 0034 - 913941791

Facultad de Farmacia. Universidad Complutense de Madrid, Plaza Ramón y Cajal s/n.
Telf: 0034 - 913941791

Documento 1. Carta presentación estudio piloto.



Documento 2. Cuestionario estudio piloto.

ANEXO IX

DOCUMENTACIÓN ESTUDIO DELPHI REALIZADO EN ESPAÑA

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE
MADRID

INFORMACIÓN GENERAL DEL PROYECTO

La Cátedra de Historia de la Farmacia y Legislación Farmacéutica del Departamento de Farmacia y Tecnología Farmacéutica de la Facultad de Farmacia de la Universidad Complutense está realizando una investigación que tiene como objeto analizar el futuro de la contratación laboral en la oficina de farmacia en el marco de los "Modelos Mediterráneos de Farmacia".
El hecho de que los países que presentan un "Modelo Mediterráneo de Farmacia" compartan características que van más allá de la vinculación de la titularidad a la propiedad o de que exista una planificación farmacéutica basada en criterios de establecimiento demográficos y de distancia está realizando el presente estudio España entre otros países, incluyendo entre sus metas la elaboración de un escenario común para el diseño de un plan prospectivo estratégico que permita abordar de manera conjunta las implicaciones sociales de la contratación laboral en la oficina de farmacia dentro del marco del "Modelo Mediterráneo de Farmacia".

Para ello nos proponemos aplicar los análisis prospectivos a la gestión integral del personal en la oficina de farmacia, abordando concretamente el futuro de las contrataciones laborales desde unos escenarios posibles que permitan generar un plan estratégico para afrontar los retos que se le presenten a corto, medio y largo plazo a la oficina de farmacia.

El método empleado en la aplicación de los análisis prospectivos a la gestión integral del personal en la oficina de farmacia es un método mixto que consta a grandes rasgos de tres fases: **preparación, ejecución y observación**. Solicitamos su colaboración en calidad de "experto" para completar la fase de ejecución, donde se realizará un estudio Delphi sobre la contratación laboral en la oficina de farmacia en su país.

Facultad de Farmacia. Universidad Complutense de Madrid, Plaza Ramón y Cajal s/n.
Telf: 0034 - 913941791

Documento 1a. Información general del proyecto. Versión en español.

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE
MADRID

Con esta finalidad se ha diseñado un primer cuestionario con 11 preguntas en las que se habrán de valorar las respuestas del 1 a 10 en función de la importancia que tienen cada uno de los temas que se te presentan en lo referente al personal de la oficina de farmacia, considerando el 1 poco importante y el 10 muy importante. Los cuestionarios se le enviarán vía mail junto con una carta de presentación del proyecto y un dosier de información general.

El desarrollo práctico del Delphi y la explotación de los resultados siguen una dinámica concreta. Después de enviar los cuestionarios ha de recogerse la información proporcionada por los "expertos", entre los que se encuentra usted, al contestar el primer cuestionario, y su análisis, y volver a remitirse la información obtenida en este análisis a los "expertos" vía mail. Con los resultados obtenidos se elaborará un segundo cuestionario que se enviará a los "expertos" y la información que de las respuestas se deriven habrá que recogerla y analizarla antes de llegar a unos resultados definitivos para su país. Posteriormente, estos resultados se compararan con los obtenidos en otros países y de esta manera se podrían perfilar los escenarios que permitan la mejora en la gestión integral del personal y que, a su vez, permitirán proponer una serie de estrategias para mejorar la gestión integral de la contratación laboral de la oficina de farmacia en los países que presentan un "Modelo Mediterráneo de Farmacia".

Esta investigación se está realizando en el contexto de una Tesis con Mención Europea, donde el investigador principal conoce de antemano las características de los sistemas farmacéuticos de los países de estudio, el entorno de la oficina de farmacia y el panorama laboral reinante. No obstante, su opinión será de inestimable ayuda para la obtención de una visión global del ejercicio profesional en la oficina de farmacia en su país y de unos resultados de calidad optima que permitan compararlos con los obtenidos en España.

Facultad de Farmacia. Universidad Complutense de Madrid, Plaza Ramón y Cajal s/n.
Telf: 0034 - 913941791

Documento 1b. Información general del proyecto. Versión en español.

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE
MADRID

Estimado compañero,

Solicitamos tu colaboración para completar la primera fase de la investigación realizada por María López González en el marco del desarrollo de su tesis doctoral.

En esta ocasión será necesario que respondas a las preguntas planteadas por un cuestionario diseñado con ese fin, para ello habrás de pulsar en el link que se adjunta en el mail, que te permitirá acceder al mismo. Una vez dentro encontrarás 11 preguntas y habrás de marcar la respuesta que consideres adecuada, en función de la importancia que tiene para ti cada uno de los temas que se te presentan en lo referente al personal de la oficina de farmacia, puntuando del 1 al 10, siendo el 1 poco importante y el 10 muy importante.

Dentro de unos días nos pondremos en contacto contigo de nuevo para comunicarte los resultados obtenidos y proponerte la participación en la siguiente fase.

Un cordial saludo y gracias por tu colaboración de antemano,

Prof. Dra. María del Carmen Francés Causapé.

Facultad de Farmacia.

Universidad Complutense de Madrid, Plaza Ramón y Cajal s/n.

Telf: 0034 - 913941791

Facultad de Farmacia. Universidad Complutense de Madrid, Plaza Ramón y Cajal s/n.

Telf: 0034 - 913941791

Documento 2. Carta presentación primer cuestionario Delphi. Versión en español.

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE
MADRID

Estimado compañero,

De nuevo solicitamos tu colaboración para completar la segunda fase de la investigación realizada por María López González en el marco del desarrollo de su tesis doctoral.

En esta ocasión será necesario que respondas a las preguntas planteadas por un segundo cuestionario diseñado con ese fin, para ello habrás de pulsar en el link que se adjunta en el mail, que te permitirá acceder al mismo. Una vez dentro encontrarás 7 preguntas y habrás de marcar la respuesta que consideres adecuada, en función de la importancia que tiene para ti cada uno de los temas que se te presentan en lo referente al personal de la oficina de farmacia, puntuando del 1 al 10, siendo el 1 poco importante y el 10 muy importante.

Dentro de unos días nos pondremos en contacto contigo de nuevo para comunicarte los resultados definitivos.

Un cordial saludo y gracias por tu colaboración de antemano,

Prof. Dra. María del Carmen Francés Causapé.

Facultad de Farmacia.

Universidad Complutense de Madrid, Plaza Ramón y Cajal s/n.

Telf: 0034 - 913941791

Facultad de Farmacia. Universidad Complutense de Madrid, Plaza Ramón y Cajal s/n.

Telf: 0034 - 913941791

Documento 3.Carta presentación segundo cuestionario Delphi. Versión en español

ANEXO X

DOCUMENTACIÓN ESTUDIO DELPHI REALIZADO EN ITALIA

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE
MADRID

INFORMAZIONE GENERALE DEL PROGETTO

La cattedra di Historia della Farmacia e Legge Farmacistica del dipartimento di farmacia e tecnología Farmacistica dell'universitá di farmacia dell'Universitá Complutense svolge un'investigazione che ha come scopo analizzare il futuro della contrattazione lavorale nel negozio di farmacia entro il " Modello Mediterraneo di Farmacia"

La caratteristica che compartono i paesi che presentano un " Modello Mediterraneo di farmacia" che va inoltre il vincolo della propprietá e la titolaritá, oppure che ci si una planificazione farmacistica basata nei criteri demografici e di distanza, hanno aperto il radio di azione di questa ricerca al suo paese, cercando di includere negli obbietivi l'elaborazione dello scenario comune per il disegno di una programma prospettivo estratégico che permetta una visione afine delle implicazioni social della contrattazione lavorale nel negozio di farmacia entro i "Modelli mediterranei di farmacia"

Perció si usano degli analisi prospettivi nella gestione integrale del personale nel negozio di farmacia, centrandosi di piú nel futuro delle contrattazioni lavorali dove si parte dai scenari possibili che permettano generare un programa estratégico per affrontare i reti che possano apparire al'inizio, metá e fine periodo nel negozio di farmacia.

Il processo usato per l'analisi prospettivo della gestione integrale del personale nel negozio di farmacia é un mix che ha tre fasi: Preparazione, essecuzione e osservazione. Preghiamo il suo aiuto come esperto per finiré la fase di essecuzione, dove si fará uno studio Delphi riguardo la contrattazione lavorale nel negozio di farmcia del suo paese.

Facultad de Farmacia. Universidad Complutense de Madrid, Plaza Ramón y Cajal s/n.
Telf: 0034 - 913941791

Documento 1a. Información general del proyecto. Versión en italiano.

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE
MADRID

Per questa fine si é disegnato un primo questionario con 11 domande e dovrai marcare la risposta da te considerata corretta, in una scala da 1 a 10 secondo l'importanza che abbia per te ogn'una delle questioni che si planteano riguardo il personale del negozio di farmacia, dove 1 significa poco importante e 10 molto importante. I questionnaire saranno inviati via mail inseme ad una lettera di presentazione del progetto e un documento di informazione generale.

Lo sviluppo prattico dello Delphi e l'uso dei risultati hanno una dinámica chiara. Dopo esser inviati i questionari si debe ricavare l'informazione dagli "esperti", fra i cui si trova lei, colla risposta al primo questionario, y suo analisi, e rimandare questa informazione agli sperti via mail. Coi risultati del primo test si fará un secondo questionnaire che sará inviato agli "sperti" e l'informazione ricavata dalle risposte sará raccolta e analizata prima che i risultati finali arrivino nel suo paese. Poi, questi risultati verranno comparati con quelli degli altri paesi e in questo modo si potranno disegnare le condizioni che permettano una migliore gestione integrale del personale e che anche, permettano proporre una serie di estrategia per migliorare la gestione integrale della contrattazione lavorale del negozio di farmacia nei paesi che presentano un "Modello Mediterraneo di Farmacia"

Questa ricerca si svolge in un piano di Tesi Europea, dove il ricercatore conosce anticipatamente le caratteristiche dei sistema farmacisti dei paesi sommessi allo studio, le caratteristiche del negozio di farmacia e lo scenario lavorale che c'é.
Non ostante, la sua opinione sará di inestimabile aiuto per avere una visione globale dello svolgimento della proffessione nel negozio di farmacia nel suo paese e dei risultati di qualitá ottima che permettano di comparare con quelli ottenuti nella Spagna.

Facultad de Farmacia. Universidad Complutense de Madrid, Plaza Ramón y Cajal s/n.
Telf: 0034 - 913941791

Documento 1b. Información general del proyecto. Versión en italiano.

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE
MADRID

Caro compagno,

Vorremmo la tua collaborazione per finire la prima fase della ricerca fatta da Maria Lopez Gonzalez nello scenario dello sviluppo della sua tesi .

Adesso sará necesario che rispondi alle domande nel test disegnato a questo fine. Per farlo dovrai premere illink insieme a questo mail, che ti permetterá di entrare.Una volta dentro troverai 11 domande e dovrai marcare la rispota da te considerata oportuna, secondo l'importanza che ha per te ogni uno dei punti che si presentano riguardo al personale del negozio di farmacia, doce 1 e poco importante e 10 molto importante.

Fra pochi giorni ci metteremo in contatto con te di nuovo per comunicarti i risultati ottenuti ed proporti la participazione nella seguente fase.

Un saluto e grazie anticipate per la tua collaborazione.

Prof. Dra. María del Carmen Francés Causapé.

Facultad de Farmacia.

Universidad Complutense de Madrid, Plaza Ramón y Cajal s/n.

Telf: 0034 - 913941791

Facultad de Farmacia. Universidad Complutense de Madrid, Plaza Ramón y Cajal s/n.

Telf: 0034 - 913941791

Documento 2. Carta presentación primer cuestionario Delphi. Versión en italiano.

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE
MADRID

Caro compagno

Vorremmo ancora la tua collaborazione per finire la seconda fase della ricerca fatta da Maria Lopez Gonzalez nello scenario dello sviluppo della sua tesi .

Adesso sará necesario che rispondi alle domande nel secondo test disegnato a questo fine. Per farlo dovrai premere illink insieme a questo mail, che ti permetterá di entrare.Una volta dentro troverai 7 domande e dovrai marcare la rispota da te considerata oportuna, secondo l'importanza che ha per te ogni uno dei punti che si presentano riguardo al personale del negozio di farmacia, doce 1 e poco importante e 10 molto importante.

Fra pochi giorni ci metteremo in contatto con te di nuovo per comunicarti i risultati ottenuti ed proporti la participazione nella seguente fase.

Un saluto e grazie anticipate per la tua collaborazione.

Prof. Dra. María del Carmen Francés Causapé.

Facultad de Farmacia.

Universidad Complutense de Madrid, Plaza Ramón y Cajal s/n.

Telf: 0034 - 913941791

Facultad de Farmacia. Universidad Complutense de Madrid, Plaza Ramón y Cajal s/n.

Telf: 0034 - 913941791

Documento 3. Carta presentación segundo cuestionario Delphi. Versión en italiano.

ANEXO XI

DOCUMENTACIÓN ESTUDIO DELPHI REALIZADO EN PORTUGAL

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE
MADRID

INFORMAÇÃO GERAL DO PROJECTO

O departamento de História da Farmácia e Legislação Farmacêutica do Departamento de Farmácia e Tecnologia Farmacêutica da Faculdade de Farmácia da Universidad Complutense está a realizar um projecto de investigação que tem como objeto analisar o futuro da contratação laboral em farmácia, com o título "Modelos Mediterrânicos de Farmácia".

O facto dos países que apresentam um "Modelo Mediterrânico de Farmácia" partilharem características que vão para lá da vinculação da titularidade da propriedade ou de que exista una planificação farmacêutica baseada em critérios de estabelecimento demográficos e de distancia ampliou o raio de acção do presente estudo ao seu país, incluindo nas suas metas a elaboração de um cenário comum para o desenho de um plano prospectivo estratégico que permita abordar de maneira conjunta as implicações sociais da contratação laboral em farmácia com o título "Modelo Mediterrânico de Farmácia".

Para tal propomo-nos aplicar análises prospectivas à gestão integral do pessoal de farmácia, abordando concretamente o futuro das contratações laborais a partir de cenários possíveis, que permitam elaborar um plano estratégico para fazer face aos desafios que surjam a curto, médio e longo prazo, em farmácia.

A metodologia empregue na aplicação da análise prospectiva à gestão integral do pessoal de farmácia é um método misto, que se divide em três grandes fases: **preparação, execução e observação**. Solicitamos a sua colaboração enquanto especialista para completar a fase de execução, onde se realizará um estudo Delphi sobre a contratação laboral em farmácia no seu país.

Faculdade de Farmácia. Universidad Complutense de Madrid, Plaza Ramón y Cajal.
Telf: 0034 - 913941791

Documento 1a. Información general del proyecto. Versión en portugués.

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE
MADRID

Com este propósito foi elaborado um primeiro questionário com onze perguntas, as quais deverão ser respondidas com valores entre 1 e 10, em função da importância que tem cada um dos tópicos abordados em relação ao pessoal de farmácia, considerando-se 1 como "pouco importante" e 10 "muito importante". Os questionários serão enviados através de *email*, juntamente com uma carta de apresentação do projecto e um dossier de informação geral.

O desenvolvimento prático do Delphi e a exploração dos resultados seguem uma dinâmica especifica. Depois de enviados os questionários, a informação disponibilizada pelos especialistas, entre os quais se encontra você, ao responder ao primeiro questionário, é recolhida e analisada, e posteriormente reencaminhada para os mesmos, via *email*. A partir dos resultados obtidos é elaborado um segundo questionário dirigido aos especialistas e a informação que deriva das suas respostas será recolhida e analisada de modo a serem obtidos resultados específicos para o seu país. Posteriormente, estes resultados serão comparados com os obtidos para outros países, possibilitando a elaboração de cenários que permitam a melhoria da gestão integral do pessoal e, por sua vez, possibilitam propor um conjunto de estratégias para melhorar a gestão integral da contratação laboral em farmácia nos países que apresentam um "Modelo Mediterrânico de Farmácia".

Esta investigação é realizada no âmbito de uma tese de Doutoramento Europeu, onde o investigador principal conhece de antemão as características dos sistemas farmacêuticos dos países em análise, em relação à área de farmácia e ao panorama laboral predominante. Não obstante, a sua opinião será de inestimável importância para a obtenção de uma visão global do exercício profissional em farmácia no seu país e de resultados de qualidade óptima que permitam comparação com os obtidos em Espanha.

Faculdade de Farmácia. Universidad Complutense de Madrid, Plaza Ramón y Cajal.
Telf: 0034 - 913941791

Documento 1b. Información general del proyecto. Versión en portugués.

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE
MADRID

Estimado colega,

Solicito a sua colaboração para completar a primeira fase da investigação realizada por María López González no âmbito da elaboração da sua tese de doutoramento.

Peço-lhe que responda às perguntas de um questionário elaborado para este trabalho, ao qual poderá aceder carregando no *link* contido neste *email*. Nele irá encontrar onze perguntas, nas quais lhe peço que assinale a resposta que considerar mais adequada, de acordo com a importância que tem para si cada um dos tópicos no respeitante aos funcionários de farmácia, sendo que 1 significa "pouco importante" e 10 "muito importante".

Dentro de alguns dias entraremos novamente em contacto consigo para lhe comunicar os resultados obtidos e propor-lhe a participação na seguinte fase.

Agradecendo desde já a sua colaboração, subscrevo-me,

Prof. Dra. María del Carmen Francés Causapé.

Faculdade de Farmácia.

Universidad Complutense de Madrid, Plaza Ramón y Cajal.

Telf: 0034 - 913941791

Faculdade de Farmácia. Universidad Complutense de Madrid, Plaza Ramón y Cajal.

Telf: 0034 - 913941791

Documento 2. Carta presentación primer cuestionario Delphi. Versión en portugués.

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE
MADRID

Excelentíssimo Sr(a),

Solicito novamente a sua colaboração, para completar a segunda fase da investigação realizada por María López González, no âmbito da elaboração da sua tese de doutoramento.

Peço-lhe que responda às perguntas de um segundo questionário elaborado para este trabalho, ao qual poderá aceder carregando no *link* contido neste *email*. Nele irá encontrar sete perguntas, nas quais lhe peço que assinale a resposta que considerar mais adequada, de acordo com a importância que tem para si cada um dos tópicos no respeitante aos funcionários de farmácia, sendo que 1 significa "pouco importante" e 10 "muito importante".

Dentro de alguns dias entraremos novamente em contacto consigo para lhe comunicar os resultados definitivos.

Agradecendo desde já a sua colaboração, subscrevo-me,

Prof. Dra. María del Carmen Francés Causapé.

Faculdade de Farmácia.

Universidad Complutense de Madrid, Plaza Ramón y Cajal.

Telf: 0034 - 913941791

Faculdade de Farmácia. Universidad Complutense de Madrid, Plaza Ramón y Cajal.

Telf: 0034 - 913941791

Documento 3. Carta presentación segundo cuestionario Delphi. Versión en portugués.