



- ◆ Trabajo realizado por el equipo de la Biblioteca Digital de la Universidad CEU-San Pablo
- ◆ Me comprometo a utilizar esta copia privada sin finalidad lucrativa, para fines de investigación y docencia, de acuerdo con el art. 37 de la M.T.R.L.P.I. (Modificación del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual del 7 julio del 2006)

La reforma del sistema sanitario y su influencia sobre las profesiones médica y farmacéutica

JAVIER ITURRIOZ DEL CAMPO

*Profesor del Departamento de Economía de la Empresa
Universidad San Pablo-CEU*

I. EL SISTEMA SANITARIO Y SU REFORMA

El sistema sanitario está formado por el conjunto de entidades que realizan la prestación de servicios sanitarios y farmacéuticos con el fin de conservar y restablecer la salud de las personas. Estos sistemas tienen una relación directa con las diferentes teorías políticas¹. De este modo, cabe distinguir diversas concepciones teóricas que van desde la defensa de un sistema de salud privado (sin ninguna intervención por parte de los poderes públicos), hasta los que promueven un modelo de sanidad socializado con la actuación única del Estado.

En los países del sur de Europa se impone la teoría del Estado del Bienestar, en los que la Administración Pública es la encargada de garantizar un nivel de vida suficiente para todos los ciudadanos². En el cumplimiento de este fin, una de las tareas fundamentales consiste en dotar gratuitamente a los ciudadanos de bienes como la sanidad, aunque sin impedir la existencia de un sector privado de salud con el que en muchas ocasiones colabora.

A grandes rasgos el sistema sanitario en España presenta como características:

¹ S. Mussons Trullols: *Sistema Público de Seguridad Social y Cogestión Sanitaria Cooperativa*, Gabinete de Estudios y Promoción del Cooperativismo Sanitario, Barcelona, 1998, pp. 36 y 37.

² Sobre el Estado del Bienestar en el sector de la salud puede verse: E. Fuentes Quintana, J. Barea Tejeiro, A. García de Blas, y B. González González: «Estrategias para un tratamiento de los problemas de la Seguridad Social», *Papeles de Economía Española*, n.º 12-13, Madrid, 1982, pp.24-27.

- Aunque existe el sector privado, globalmente se trata de una estructura jerarquizada bajo la financiación pública, y en la mayoría de los casos con producción pública directa de los servicios.
- Se establece un sistema de Seguridad Social pública obligatoria, que aspira a extenderse a toda la población.

La Ley General de Sanidad de 1986³ establece un cambio en el sistema sanitario español. Su objetivo consiste en modificar el habitual sistema de Seguridad Social, en el que se basaba la asistencia sanitaria en España, para alcanzar un Sistema Nacional de Salud. Éste, es concebido como el conjunto de los servicios de salud de las Comunidades Autónomas y su coordinación general realizada por el Estado. El citado proceso culminará con la transferencia a todas las Comunidades Autónomas de las competencias en la gestión de la Seguridad Social, y con la creación de sus propios Servicios de Salud.

La nueva estructura del sistema sanitario establece dos niveles de actuación con diferentes competencias; la Administración Central del Estado (aprobación de Planes de Salud y competencias legislativas, informativas y de coordinación), y la Administración Territorial (Comunidades Autónomas en las competencias definidas en sus Estatutos de Autonomía).

El enorme crecimiento de los costes (que genera un importante déficit público), hace necesario unir a la descentralización territorial la búsqueda de nuevas fórmulas tendentes a incrementar la eficiencia en la gestión de recursos, tanto en la asistencia sanitaria como en la prestación farmacéutica.

1. La asistencia sanitaria

La prestación de asistencia sanitaria es realizada tanto por la Administración Pública como por entidades privadas. Sin embargo, mientras la actuación estatal se refiere fundamentalmente al régimen de Seguridad Social, la actividad privada puede tener

³ Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad, *BOE*, n.º 102, de 29 de abril.

lugar en colaboración con el mismo, o de forma complementaria.

a) La asistencia sanitaria pública

El Ministerio de Sanidad y Consumo es el principal responsable de las funciones de financiación y compra, mientras que las funciones de provisión y producción de servicios son realizadas por:

- El Instituto Nacional de Salud (INSALUD), realiza la gestión del régimen general de la Seguridad Social en las Comunidades Autónomas que no han creado su propio servicio de salud, y de los regímenes especiales que no tengan una mutualidad pública.
- Los servicios de salud de las Comunidades Autónomas con competencias transferidas en la gestión del INSALUD.
- Entidades públicas gestoras de regímenes especiales, también denominadas Mutualidades de carácter público (como el Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS), o la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE)).

b) La asistencia sanitaria privada

La relación de las entidades privadas con el sistema de Seguridad Social, permite realizar una diferenciación entre las mismas⁴. Por un lado, las que colaboran en la gestión de la Seguridad Social, y por otro, aquellas que actúan al margen de la misma de forma complementaria (Cuadro 1). Hay que señalar que los usuarios de las entidades privadas de seguros deben realizar un doble pago por su cobertura sanitaria: por un lado su aportación a la Seguridad Social, y por otro el pago de la cuota a la entidad privada.

⁴ Sobre las sociedades cooperativas de asistencia sanitaria puede consultarse: J. Iturrioz del Campo: *El Cooperativismo Sanitario Integral en el Sector de la Salud: Análisis de los Flujos Económico Financieros*, Gabinete de Estudios y Promoción del Cooperativismo Sanitario, Madrid, 1998.

CUADRO 1
 CLASIFICACIÓN DE LAS ENTIDADES PRIVADAS EN FUNCIÓN
 DE SU RELACIÓN CON EL SISTEMA DE SEGURIDAD SOCIAL

F u e r a S G S o c i a l C o l b	E n t i d a d e s	A	Mutualidades de Prev. Social	
			Mutuas de seguros privados	
		S o c i e d a d e s	a n ó n i m a s	Médicas
				Igualatorias
			Sociedades cooperativas de seguros	
	N o a s e g r.		Fundaciones laborales	
			Asociaciones de voluntariado de acción social	
			Otras	
		Mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales		
		Empresas		

2. La prestación farmacéutica

La prestación farmacéutica incluye un conjunto de actividades que van desde la fabricación de los productos farmacéuticos, hasta su distribución a los usuarios de salud. Las entidades que actúan en este proceso y sus principales características son las siguientes:

- A) La industria farmacéutica. Está formada por los denominados «laboratorios farmacéuticos» cuya función fundamental es la producción de especialidades farmacéuticas⁵. Los laboratorios farmacéuticos españoles están agrupados en torno a la organización empresarial Farmaindustria.
- B) Los almacenes farmacéuticos. Son entidades que actúan como mediadores entre la industria y las oficinas de farmacia, encuadrándose dentro del subsector de distribución⁶.

⁵ Véase: F. Lobo: *La Industria farmacéutica y el Estado, Relaciones tormentosas con nuevos participantes*, Karpos, Madrid 1982.

⁶ Los diferentes distribuidores farmacéuticos son analizados en: J. Iturrioz del Campo: *Análisis de los Flujos Financieros de las Sociedades Cooperativas del Sector de la Salud: Un enfoque de integración*, Tesis Doctoral, Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales de la Universidad Complutense, Madrid, 1996, pp. 124-143.

C) Las oficinas de farmacia. Son los encargados de poner a disposición de los consumidores los productos farmacéuticos.

II. LAS PROFESIONES SANITARIAS

En la asistencia sanitaria colaboran esencialmente la medicina y la farmacia. Sin embargo, sería injusto olvidar la actuación de la veterinaria, a través del control sanitario de los alimentos de origen animal, así como de la enfermería, la fisioterapia y las demás profesiones relacionadas con la salud.

En este trabajo se analizan las dos primeras, para lo que se parte de un análisis de la evolución del paro en el periodo comprendido entre febrero de 1998 y la misma fecha de 1999 (Cuadro 2).

CUADRO 2
DESEMPLEO DE LICENCIADOS EN MEDICINA
Y EN FARMACIA POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS

	<i>Febrero de 1998</i>		<i>Febrero de 1999</i>		<i>Incremento empleo (%)</i>	
	<i>Licenciad. medicina</i>	<i>Licenciad. farmac.</i>	<i>Licenciad. medicina</i>	<i>Licenciad. farmac.</i>	<i>Licenciad. medicina</i>	<i>Licenciad. farmac.</i>
Andalucía	802	556	927	582	-13,09	-4,76
Aragón	307	31	172	34	43,97	-9,67
Asturias	326	36	260	30	20,24	16,66
Baleares	30	9	23	9	23,33	—
Canarias	110	100	113	59	-2,72	41,00
Cantabria	127	19	90	18	29,13	5,26
Cast. y León	470	233	401	251	14,68	-7,72
Cast. La Mancha	79	134	52	120	34,17	10,44
Cataluña	363	245	276	221	23,96	9,79
Extremadura	71	60	72	65	-1,40	-8,33
Galicia	338	281	265	252	21,59	10,32
La Rioja	31	23	18	13	41,93	43,47
Madrid	917	935	731	947	20,28	-1,28
Murcia	118	49	69	42	41,52	14,28
Navarra	126	104	105	79	16,66	25,96
P. Vasco	277	121	239	103	13,71	14,87
Valenciana	412	360	276	383	33,01	-6,38
Ceuta-Melilla	4	15	7	12	-75,00	20,00
Total	4908	3311	4096	3220	16,54	2,74

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Instituto Nacional de Empleo (1999).

Así, se observa que el número de médicos parados ha pasado de 4.908 en 1998 a 4.096 en 1999, lo que supone una reducción del 16,54%. En número de desempleados, Madrid y Andalucía son las Comunidades Autónomas con una cifra superior. Sin embargo, mientras que la primera ha logrado una reducción del paro de un 20,28%, la segunda se une a Canarias, Extremadura, Ceuta y Melilla como únicas zonas en las que se ha incrementado el número de desempleados dentro del colectivo médico. Por otra parte, los mayores crecimientos de empleo se presentan en las Comunidades de Aragón, La Rioja y Murcia, con tasas de crecimiento superiores al 40%.

En el sector farmacéutico el crecimiento del empleo es mucho más moderado, situándose en el 2,74%. Madrid y Andalucía vuelven a ser las Comunidades con mayor número de parados, aunque en este caso ambas presentan un aumento del desempleo para el año 1999. El número de Comunidades en las que se ha incrementado el número de parados es de 4, mientras que las que han presentado un mayor incremento de empleo han sido Canarias y, de nuevo, La Rioja.

Comparando el paro en los dos sectores, se observa que en 1998 sólo tres Comunidades (Castilla y León, Castilla-La Mancha y Madrid) junto a Ceuta y Melilla, presentaban un mayor número de farmacéuticos parados, que de médicos en la misma situación. En 1999, a las citadas Comunidades se une la Valenciana, gracias al importante descenso en el paro de los licenciados en medicina.

Seguidamente se analiza la situación actual de estos colectivos para posteriormente estudiar el efecto que sobre los mismos puede tener la reforma del Sistema Sanitario Español.

1. Los médicos

Los licenciados en medicina viven una situación complicada derivada de la especialización médica. Hay que señalar que, hasta 1995, con la obtención del título de licenciado en medicina era posible ejercer la denominada medicina general. Sin embargo, la normalización con la legislación europea llevó a establecer la necesidad de obtener la especialidad en «medicina de familia y comunitaria» para poder ejercer el citado tipo de medicina.

Para comprender la expectativas futuras derivadas de la reforma del sistema sanitario español, es necesario partir de su situación actual.

a) La situación actual de los médicos

Los licenciados en medicina adquieren este grado tras superar seis cursos en la facultad. A partir de ese momento, se les presenta la alternativa de la obtención del título de especialista, sin el cual no pueden ejercer la asistencia sanitaria médica.

El título de especialista se consigue tras superar un proceso de formación como médico interno residente (MIR). Para ello se ofertan, anualmente, un número de plazas a las que acceden los licenciados que obtengan las mayores puntuaciones, basadas en un exámen y en sus méritos académicos.

El citado exámen consiste en un «test» en el que se evalúan los conocimientos adquiridos en la licenciatura. Esta prueba es única para todos los aspirantes, realizándose el mismo día y a la misma hora en diferentes lugares de España. Tanto la especialidad como el centro en que se realiza, se eligen en función del orden obtenido, en un acto también conjunto para todo el territorio nacional. La duración del proceso de especialización puede variar entre tres y cinco años.

La creación de la especialidad de «médico de familia y comunitario» ha hecho que se establezcan dos convocatorias. Una para los licenciados que quieran acceder a estas plazas y otra para los que opten a las restantes especialidades (cirugía, microbiología, pediatría, etc.):

— Plazas para otras especialidades. Para este grupo se han ofertado, este año, 3.181 plazas de las que 3.001 tienen carácter residencial, mientras que 180 se realizan en Escuelas Profesionales.

- Las plazas residenciales incluyen actividad formativa y asistencial, por la que reciben un salario que ronda las 100.000 pesetas, que se va incrementando cada año, más una cantidad adicional en función del número de guardias realizadas.
- En las plazas desarrolladas en Escuelas Profesionales, sólo se

realiza la actividad de formación, por lo que es el residente el que debe pagar.

— Plazas para la especialidad de médico de familia y comunitario. Se han ofrecido 1.541 plazas, todas de carácter residencial. Por otra parte, la creación de esta especialidad, supone una diferencia entre los licenciados no especialistas que obtuvieron el título antes o después de 1995. Así, los primeros, mantienen la posibilidad de ejercer la medicina general, sin necesidad el requisito de la especialización.

La consecución o no del título de especialista marca las posibilidades laborales de los licenciados en medicina (Cuadro 3), distinguiéndose las siguientes alternativas:

CUADRO 3
POSIBILIDADES LABORALES
DE LOS LICENCIADOS EN MEDICINA

No especialistas (Post. 1995)	Pública	No Asistencia médica
	Privada	
Especialistas y no especialistas (Antr. 1995)	Pública	Asistencia médica
		No asistenc. médica
	Privada	Asistencia médica
		No asistenc. médica

A) Licenciados posteriores a 1995 sin título de especialista.

Las posibilidades de estos licenciados se limitan siempre al terreno no asistencial, siendo las principales:

- En el sector público. Solamente pueden acceder a las oposiciones en las que no se exija como requisito el título de especialista (como las de inspectores médicos).
- En el sector privado. No pueden ejercer la asistencia médica, por lo que las principales tareas en este sector van encaminadas a otras actividades relacionadas con la medicina, fundamentalmente en la industria farmacéutica.

B) Licenciados especialistas y licenciados no especialistas con título anterior a 1995.

Las posibilidades de estos colectivos pueden ir dirigidas tanto al sector público como al privado.

- En el sector público. Tienen acceso tanto a las plazas mencionadas para el grupo anterior como para aquellas que conlleven asistencia médica (como facultativo especialista de área, más conocido como adjunto).
- En el sector privado. Dentro de este sector pueden acceder tanto a los puestos de trabajo mencionados para los no especialistas posteriores a 1995, como a tareas de asistencia médica. En el segundo grupo se encuentran (Cuadro 4):
 - Trabajar por cuenta ajena, como asalariado en cualquiera de las instituciones privadas mencionadas anteriormente.
 - Trabajar por cuenta propia, sin una relación laboral de carácter salarial. En este caso es posible diferenciar entre el trabajo aislado (consulta con clientes propios), o la pertenencia a alguna asociación de profesionales (en algunas de ellas, como las cooperativas de trabajo asociado, los médicos son los socios de la empresa).

CUADRO 4

ACTIVIDAD MÉDICA PRIVADA DE LOS ESPECIALISTAS
Y DE LOS NO ESPECIALISTAS LICENCIADOS ANTES DE 1995

Sector Privado (Asistencial)	Cuenta ajena	
	Cuenta Propia	Aislada
		Asociada

A la vista de lo expuesto, se observa que las posibilidades laborales de los licenciados no especialistas posteriores a 1995 se limitan a tareas no asistenciales. El número de licenciados que se encuentran en esta situación es superior al que en principio puede desprenderse al comparar el número de licenciados y las plazas de especialista convocadas. Así, la media de alumnos que

se han licenciado (Cuadro 5) desde 1990 es de 4.680. Por su parte las plazas vía MIR convocadas han pasado de las 3.453 convocadas en 1990, a las 4.722 de 1998. El motivo de este aumento es la, ya mencionada, convocatoria de plazas de Medicina de Familia y Comunitaria a partir de 1995. La similitud entre el número de licenciados y las plazas ofertadas parece indicar un fácil acceso a la especialidad. Sin embargo, cada año se presentan un número muy superior a las plazas ofertadas. Entre los motivos que llevan a esta situación se encuentran:

- Los licenciados de años anteriores que no consiguieron plaza en su día y que vuelven a intentarlo. Hay que observar que cuando más reducidas eran las plazas ofertadas, el número de licenciados era mucho mayor (se ha pasado de los 5.223 en el curso 1990-91, a los 3.843 en el curso 1995-96).
- La creación de la especialidad de médico de familia hace que la especialización sea necesaria para la prestación de asistencia médica, lo que hace que aumente el número de licenciados que se presentan a cada plaza.
- Las dificultades laborales de los especialistas, supone que en muchos casos, éstos vuelvan a presentarse a otra especialidad. Para controlar este aspecto, en la última convocatoria del MIR se han incluido algunas limitaciones.

CUADRO 5
LICENCIADOS EN MEDICINA POR CURSO ACADÉMICO

	1989-90	1990-91	1991-92	1992-93	1993-94	1994-95	1995-96	Med. %
Public.	4.969	4.930	4.702	4.389	4.467	4.057	3.641	4.447,8
Priva.	254	274	227	243	186	245	202	233
Total	5.223	5.204	4.929	4.632	4.653	4.282	3.843	4.680,8

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Consejo de Universidades (1999).

Los no especialistas con título anterior a 1995 añaden, a las opciones de los mismos que han conseguido el título con posterioridad a esa fecha, la posibilidad de colocarse como médicos generales en la asistencia primaria. Muchos de ellos realizan suplencias o tienen puestos de interinidad.

Por su parte, los especialistas tienen un abanico más amplio de posibilidades ya que pueden acceder a los trabajos de carácter asistencial. Durante las décadas de los sesenta y setenta, el crecimiento de la sanidad pública española, supuso la creación de numerosas plazas de funcionario público, a las que los residentes accedían, sin demasiados problemas, tras conseguir el título de especialista. La crisis financiera de la sanidad ha supuesto un cambio radical, congelando la creación de nuevas plazas. En esta situación, los especialistas buscan salidas en el sector privado, y dada su cualificación, dificultan aún más la colocación de los no especialistas ya sean anteriores o posteriores a 1995.

Por otra parte hay que hacer referencia a los denominados MESTOS (Médicos Especialistas Sin Título Oficial). Se trata de un conjunto de médicos que han adquirido el título de especialistas por un sistema diferente al MIR, y por aquellos que, sin esta titulación, realizan actividades relacionadas con diferentes especialidades.

Con estas perspectivas, la especialización se plantea como obligatoria para poder ejercer la asistencia sanitaria y casi obligatoria para otras actividades médicas.

b) La situación de los médicos con la reforma del sistema sanitario

La actual tendencia de la descentralización funcional, lleva implícito un acercamiento a la denominada medicina gestionada. Ésta, basada en el *managed care* aplicado en Estados Unidos, consiste en dotar de una mayor autonomía financiera a los entes gestores, aunque asegurando la eficiencia y la cobertura universal. Así, bajo la financiación pública, se separan los responsables de la gestión y de la provisión, introduciendo cierto grado de competencia, en el sector sanitario.

Este proceso supone un aumento de la autonomía de los centros sanitarios, buscando la responsabilización de los profesionales en la gestión. Entre las fórmulas utilizadas destacan:

- Nuevas fórmulas de gestión mediante entidades de naturaleza o titularidad pública.
- La gestión por empresas privadas.

- La autonomía en la compra de servicios.
- Nuevas fórmulas de gestión mediante empresas de titularidad pública.

La Ley 15/1997⁷ estableció las bases para dotar de autonomía en la gestión a diferentes entidades de naturaleza o titularidad pública. Entre las fórmulas empleadas hay que destacar la constitución de Fundaciones Públicas Sanitarias para la gestión de centros hospitalarios del INSALUD, tales como el Hospital de Manacor y el de Alcorcón. El patronato de estas entidades está presidido por el máximo responsable del INSALUD, siendo los beneficiarios las personas que requieren asistencia sanitaria. Su control también es realizado por organismos públicos, estableciendo como criterio para la contratación laboral los méritos y la capacidad profesional.

- La gestión por empresas privadas (que actúan como compradoras de servicios) de la asistencia sanitaria de un colectivo de personal laboral o territorial. Para su buen funcionamiento debe realizarse mediante contratos en los que se aseguren un nivel determinado de servicios. De esta forma se fomenta la creación de sociedades privadas en las que los médicos pueden participar como socios o como simples asalariados.
- La autonomía en la compra de servicios de las entidades (públicas o privadas), que gestionan la asistencia sanitaria. De esta forma pueden elegir entre las diferentes entidades que, en el mercado, se dediquen a la realización de métodos de diagnóstico o a efectuar consultas (aisladas o en régimen de asociación) tanto de asistencia primaria como especializada. Este sistema puede ser incentivado con la posibilidad de reinvertir en el servicio parte del ahorro generado.

En esta línea hay que señalar los convenios entre entidades privadas y entidades públicas. Aunque la diferencia entre ambas no esté definida claramente⁸, el concierto supone una vincula-

⁷ Ley 15/1997 de 25 de abril, sobre la habilitación de nuevas formas de gestión del Sistema Nacional de Salud, *BOE*, n.º 100, de 26 de abril.

⁸ Méndez Rexach: *Las fórmulas de gestión indirecta de servicios sanitarios: Especial*

ción limitada a determinadas prestaciones, mientras que el convenio supone la plena integración del establecimiento sanitario en la red pública.

Entre los convenios hay que destacar el realizado por las mutualidades públicas (denominado «modelo MUFACE»), que permite a los asegurados de estas entidades elegir entre la cobertura realizada por la Seguridad Social pública o la efectuada por una entidad privada, sin necesidad de hacer una doble aportación. Actualmente puede destacarse el convenio con Asistencia Sanitaria Interprovincial (ASISA), una sociedad anónima propiedad de una sociedad cooperativa de trabajo asociado.

En definitiva, la reforma de la asistencia sanitaria tendente a un sistema de asistencia gestionada puede suponer la gestión de la asistencia sanitaria pública por entidades privadas, y con ello la eliminación de la doble cotización que realizan los asegurados en una entidad privada, por un sistema similar al denominado como «MUFACE».

Por otra parte, el aumento en las prestaciones de asistencia sanitaria realizadas por el sector privado supone la creación de un sistema de competencia entre estas entidades que tienen que luchar por la eficiencia, ofreciendo las prestaciones establecidas al mejor precio posible.

Así, puede producirse un incremento tanto del número de entidades privadas que realicen la gestión sanitaria como de las que realicen su prestación. Ello supone que el sector privado se convierta en una alternativa de futuro para los médicos. Su prestación sanitaria puede realizarse como asalariado de una compañía aseguradora, de forma aislada o mediante la asociación de médicos. En este sentido las sociedades cooperativas de trabajo asociado formadas por médicos pueden resultar una fórmula adecuada para eliminar las dificultades de realizar consultas de forma aislada y, a su vez, evitar las condiciones abusivas que muchas de las compañías aseguradoras imponen a sus trabajadores. En las citadas cooperativas todos los socios participan en igualdad de condiciones (un socio un voto), siendo a la vez

referencia al convenio sanitario, varios autores; *La gestión de los servicios sanitarios: Modelos alternativos*, Gobierno de Navarra, Pamplona. 1994, pp.74-93.

socios y trabajadores, y repartiendo los resultados en función de la actividad realizada. Además, pueden ser competitivas con el resto de entidades ya que se eliminan intermediarios, al ser los propios socios (los médicos), los que realizan la prestación.

2. Los farmacéuticos

Para la mayor parte de la gente la función del farmacéutico se limita a la expedición de productos en las oficinas de farmacia, sin embargo, su actividad profesional se extiende a varios campos. Al igual que se ha realizado con los médicos, para analizar el efecto de la reforma se parte de su situación actual.

a) Situación actual de los farmacéuticos

El título de licenciado en farmacia se consigue tras superar cinco cursos en las diferentes facultades repartidas por toda España. Al igual que para el colectivo médico, existe la posibilidad de realizar una especialización mediante el sistema de residencia, al que en este caso se denomina como Farmacéutico Interno Residente (FIR). Sin embargo, el número de plazas es mucho más pequeño (177 en la última convocatoria) limitándose a cinco especialidades. La mayoría de estas especialidades son compartidas con otros licenciados (médicos fundamentalmente). El reducido número de plazas hace que la especialización vía FIR no sea tan importante como en el caso de los médicos.

Su actividad laboral también puede dividirse según se realice en el sector público o privado:

A) Actividad en el sector público. Los licenciados en farmacia tienen acceso a plazas públicas de características similares a los médicos. Dentro de las mismas se encuentran las que exigen el título de especialista (como facultativo especialista de área), y aquellas para las que no son necesarias (como farmacéutico de atención primaria).

B) Actividad en el sector privado. Se encuentra ligada a las diferentes entidades que participan en el proceso de producción y distribución farmacéutica. Las principales alternativas son:

- En la industria farmacéutica. Distinguiendo entre el departamento médico (investigación) y el departamento comercial (venta).
- En los distribuidores mayoristas. A éstos se les exige contar, al menos, con un Director Técnico Farmacéutico, además de la posibilidad de que existan Técnicos Farmacéuticos suplentes para casos de ausencia, vacante o enfermedad.
- En las oficinas de farmacia. Las oficinas de farmacia son propiedad de un licenciado en farmacia (titular), aunque también pueden trabajar otros licenciados en farmacia.

Anualmente el número de licenciados en farmacia se sitúa cercano a los 2.500. De los mismos, sólo un pequeño número acceden a la especialización vía FIR (de las 168 plazas convocadas en 1990 se ha pasado a 177 en 1998). Una vez terminada la misma, se encuentran en la misma situación analizada para los especialistas médicos. La limitación de plazas públicas afecta de la misma forma a los licenciados en farmacia que optan a una plaza pública sin realizar la especialidad. En muchos casos, este grupo tiene que competir con los especialistas que, al no encontrar un puesto de trabajo en la especialidad realizada, buscan otra plaza en la Administración Pública.

Para los farmacéuticos que opten por el sector privado, la situación tampoco es demasiado optimista. En la industria farmacéutica, los puestos en el departamento médico son muy escasos, por lo que las posibilidades se centran en el departamento comercial. Dentro del mismo, la mayor oferta se produce en los conocidos como «visitadores médicos», comerciales que realizan la promoción de productos farmacéuticos de forma directa a los médicos. Hasta hace unos años para desarrollar esta labor no se exigía ninguna formación sanitaria, pero la grave situación laboral de los licenciados en farmacia ha hecho que muchos de ellos encuentren en esta actividad una salida.

Por lo que respecta a los distribuidores mayoristas, su escaso número (cerca de 700) dificulta la colocación en este tipo de entidades.

Las oficinas de farmacia constituyen otra de las principales fuentes de trabajo de este colectivo. A los más de 19.000 farma-

céuticos propietarios de una de estas oficinas, se añaden los que realizan la función de adjunto y los facultativos (la diferencia entre las dos últimas figuras se fundamenta en la responsabilidad).

b) Los farmacéuticos ante la reforma sanitaria

El envejecimiento de la población, el alto precio de la tecnología utilizada en la investigación, y la intensificación de las campañas comerciales de los laboratorios, ha supuesto un incremento de los gastos derivados de la prestación farmacéutica. Este incremento es soportado, fundamentalmente, por la Administración Pública como financiadora (salvo en determinados medicamentos) de:

- El 40% del consumo farmacéutico de los trabajadores activos.
- El total del consumo de los pensionistas.
- El total de la aportación farmacéutica en caso de hospitalización.

Con el objetivo de mejorar la prestación farmacéutica, manteniéndola dentro de unos parámetros económicos viables, la reforma de este sector busca medidas destinadas a reducir este gasto. A este objetivo, la reforma añade una segunda dirección tendente a la liberalización de las oficinas de farmacia.

A) La reforma tendente a la reducción del gasto sanitario.

Para ello la reforma actúa sobre aspectos como: los genéricos, los precios de referencia, la financiación selectiva, el control y los acuerdos con los profesionales.

- Los medicamentos genéricos. El fomento del uso de estos medicamentos viene determinado por su menor coste y su bioequivalencia con otros de mayor precio. El motivo de su menor precio es que la patente está agotada, por lo que se denominan con el nombre de su principio activo.
- Los precios de referencia son los precios máximos financiados por la Administración Pública para un medicamento. Si

se adquiere otro de precio superior, hay que abonar la diferencia.

- La financiación selectiva supone limitar los medicamentos financiados por la Administración Pública.
- La concienciación de los médicos supone una reducción del gasto farmacéutico, ya que son ellos los encargados de determinar esta prestación a los usuarios de salud.
- El control del consumo mediante la identificación de los usuarios supone un sistema para evitar el fraude. Uno de los métodos propuestos es la utilización de lectores ópticos.
- La realización de acuerdos con los profesionales del sector farmacéutico. Entre los mismos pueden destacarse el pacto con Farmaindustria, en 1993 (reducción de los precios de los medicamentos en un 3%), o el realizado con las oficinas de farmacia (aportación de un 2% del margen comercial).

B) La reforma en la liberalización de las farmacias.

El informe para la modernización de la economía española del Fondo Monetario Internacional, hecho público el 5 de abril de 1999, recoge entre sus recomendaciones la apertura del mercado farmacéutico. Este aspecto se centra en los sistemas para acceder a la titularidad de una oficina de farmacia que actualmente son: mediante la apertura de una farmacia nueva o mediante su traspaso.

- La apertura de una farmacia nueva tiene que cumplir una serie de limitaciones relacionadas con los módulos de población determinados por cada oficina y la distancia con otras oficinas, correspondiendo el otorgamiento de las autorizaciones a las diferentes Comunidades Autónomas. La Ley de regulación de oficinas de farmacia⁹ ha supuesto una flexibilización en estas normas, estableciendo una ampliación de los límites mínimos de población (2.800 habitantes). El tribunal de Defensa de la

⁹ Ley 16/1997 de 25 de abril, de Regulación de Servicios de las Oficinas de Farmacia, BOE, n.º100 de 26 de abril.

Competencia va más lejos estableciendo, entre otras medidas, la supresión de los citados requisitos de establecimiento (distancia y población), o la libertad de horarios. Mientras que el primer aspecto aún no ha sido puesto en práctica, la liberalización de horarios ya es efectiva.

- En el traspaso de oficinas ya existentes, no se han producido novedades, manteniendo la libertad para fijar el precio, y la necesaria posesión del título de licenciado en farmacia del nuevo titular.

Las citadas tendencias en la reforma farmacéutica afectan a los licenciados de dos formas diferentes. Las tendentes a la reducción en el gasto farmacéutico pueden hacer que el usuario tenga que abonar una parte superior de su factura farmacéutica, llevando a una reducción en la demanda de este tipo de productos, y a la consiguiente reducción de beneficios.

De todas formas, es la posible liberalización de las oficinas farmacéuticas la que afecta más de lleno a este colectivo. La reforma realizada mediante la liberalización de horarios supone un mayor número de puestos de trabajo como adjuntos. En cuanto al libre acceso a la titularidad de estas oficinas, existen dos posiciones diferenciadas, la de los farmacéuticos titulares y la de los que no lo son. El segundo grupo se queja del nulo apoyo de los colegios profesionales de farmacéuticos y de las dificultades para acceder a una de estas oficinas.

Actualmente, cada Comunidad Autónoma establece su propio procedimiento para la apertura de nuevas oficinas de farmacia. En general, el procedimiento va precedido del pago, por parte de los licenciados que desean optar a las mismas, de una cantidad (en algunos casos superior a las 70.000 pesetas) por cada una de las farmacias que soliciten. La adjudicación se realiza, una vez comprobados los requisitos y población, utilizando diferentes criterios. Entre ellos, la experiencia en otra farmacia suele ser una parte fundamental de los mismos.

En este sistema, los titulares de una farmacia tienen una ventaja considerable sobre los que no lo son. Ésta aumenta, ya que la petición de una nueva farmacia no implica la renuncia a la antigua hasta que la primera no sea concedida y que, además, una vez

concedida, el titular puede realizar su traspaso. Una práctica habitual consiste en que los titulares que acceden a la nueva farmacia traspasan la antigua a algún familiar. Las intenciones del licenciado no titular para solicitar una o más farmacias suelen reducirse si tenemos en cuenta que, por cada oficina no concedida se pierde la cantidad abonada por optar a la misma. La titularidad por medio de traspaso tampoco se plantea sencilla por las enormes cifras que los titulares actuales solicitan para realizar los mismos.

Ante la posible liberalización, los no titulares se encuentran a la espera teniendo en cuenta que, en caso de producirse el aumento de su número, supondrá una reducción del beneficio. A su vez, esta circunstancia aumenta el riesgo en la adquisición mediante traspaso de una farmacia ya existente, por la que el precio de adquisición actual en el mercado está calculado en función de sus beneficios sin liberalización.

Por último hay que señalar, que para los licenciados con especialidad vía FIR, el aumento en la prestación de empresas privadas (en aspectos como servicios de microbiología, análisis clínicos o bioquímica), supone un aumento de la demanda de este tipo de profesionales en las mismas condiciones indicadas para los médicos especialistas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- FUENTES QUINTANA, E., BAREA TEJEIRO, J., GARCÍA DE BLAS, A. y GONZÁLEZ GONZÁLEZ, B.: «Estrategias para un tratamiento de los problemas de la Seguridad Social», *Papeles de Economía Española*, n.ºs 12-13, Madrid, 1982.
- ITURRIOZ DEL CAMPO, J.: *Análisis de los Flujos Financieros de las Sociedades Cooperativas del Sector de la Salud: Un enfoque de integración*, Tesis Doctoral, Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales de la Universidad Complutense, Madrid, 1996.
- ITURRIOZ DEL CAMPO, J.: *El Cooperativismo Sanitario Integral en el Sector de la Salud: Análisis de los Flujos Económico Financieros*, Gabinete de Estudios y Promoción del Cooperativismo Sanitario, Madrid, 1998.

- LOBO, F.: *La Industria farmacéutica y el Estado, Relaciones tormentosas con nuevos participantes*, KARPOS, Madrid 1982.
- MÉNDEZ REXACH, A.: «Las fórmulas de gestión indirecta de servicios sanitarios: Especial referencia al convenio sanitario», VV. AA.: *La gestión de los servicios sanitarios: Modelos alternativos*, Gobierno de Navarra, Pamplona, 1994.
- MUSSONS TRULLOLS, S.: *Sistema Público de Seguridad Social y Cogestión Sanitaria Cooperativa*, Gabinete de Estudios y Promoción del Cooperativismo Sanitario, Barcelona, 1998.