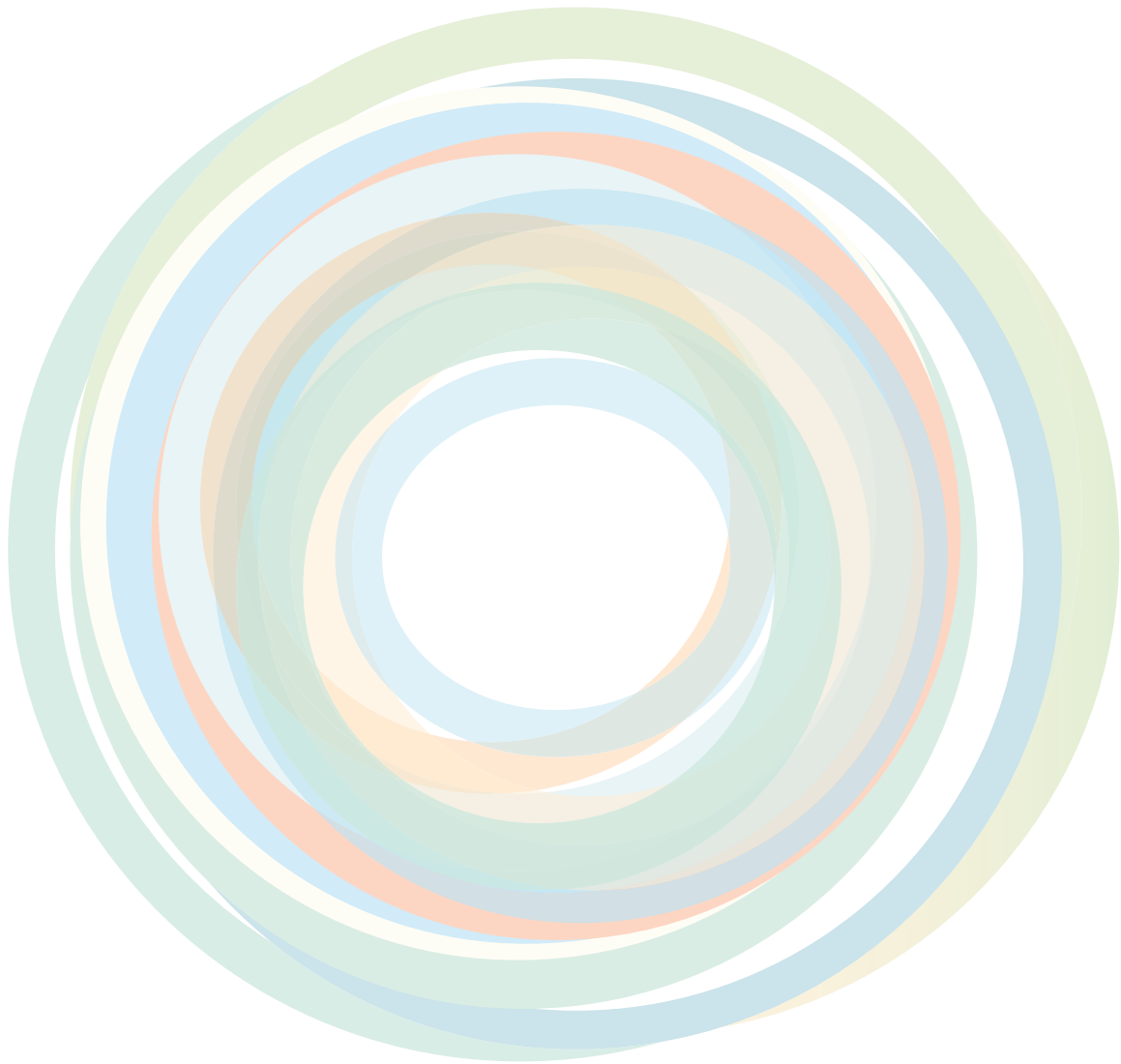




Posicionamiento SEFAP en la atención farmacéutica a centros socio-sanitarios



SEFAP

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE FARMACÉUTICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

ISBN: 978-84-09-27225-9
Dep. Legal: pendiente

Componentes del grupo de posicionamiento SEFAP

Coordinadoras

Raquel Prieto Sánchez. Farmacéutica de Atención Primaria. Servicio de Farmacia de Atención Primaria Cantabria. Vocal SEFAP Aragón-Cantabria.

Amelia Troncoso Mariño. Farmacéutica de Atención Primaria. Gerencia Territorial de Barcelona (ICS). Cataluña.

Autores

Marta Alcaraz Borrajo. Farmacéutica de Atención Primaria Madrid. Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. SERMAS. Comunidad de Madrid. Secretaria SEFAP.

Susana Alonso García de Vinuesa. Farmacéutica de Atención Primaria del Centro de Salud Obispo Paulo. Mérida. Extremadura.

Esther Amado Guirado. Servicio de Farmacia de Atención Primaria Barcelona Ciudad. Cataluña. Vocal SEFAP Cataluña.

Sonia Anaya Ordóñez. Farmacéutica de Atención Primaria. Distrito Sanitario Granada-Metropolitano. Andalucía Oriental.

Marian Bonet Dean. Farmacéutica de Atención Primaria. Departamento de Salud Castellón. Comunidad Valenciana.

Rocío Broseta Solaz. Farmacéutica de Atención Primaria. Departamento de Salud Xàtiva-On-tinyent. Comunidad Valenciana.

M^a de los Ángeles Cruz Martos Farmacéutica de Atención Primaria. Servicio de Farmacia Atención Primaria Madrid. Dirección Asistencial Sur. SERMAS. Getafe. Comunidad de Madrid. Vicepresidenta SEFAP.

M^a Belén de la Hija Díaz. Farmacéutica de Atención Primaria. Área de gestión integrada de Talavera de la Reina. SESCOAM. Castilla- La Mancha.

Antonio de la Iglesia Cabezudo. Farmacéutico de Atención Primaria Centro de Salud de A. Milagrosa, Lugo. Sergas. Galicia.

José Manuel Izquierdo Palomares. Jefe del Servicio de Farmacia Atención Primaria Madrid. SERMAS. Comunidad de Madrid. Tesorero SEFAP.

Ana Díez Alcántara. Farmacéutica de Atención Primaria. Servicio de Farmacia Atención Primaria Madrid. Dirección Asistencial Noroeste. SERMAS. Majadahonda. Comunidad de Madrid.

Lucía Jamart Sánchez. Farmacéutica de Atención Primaria Madrid. Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. SERMAS. Comunidad de Madrid. Vocal SEFAP C. Madrid.

Marta Lestón Vázquez. Farmacéutica de Atención Primaria. Gerencia Territorial de Barcelona (ICS). Cataluña

Angel Luis Mataix Sanjuán. Farmacéutico de Atención Primaria Madrid. Responsable Sistemas de Información. Subdirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. SERMAS. Comunidad de Madrid. Presidente SEFAP.

M^a. Salvadora Martín Sances. Farmacéutica de Atención Primaria. Distrito Sanitario Granada-Metropolitano. Andalucía Oriental.

Amaia Mendizabal Olaizola. Farmacéutica de Atención Primaria. Organización Sanitaria Integrada Bidasoa. País Vasco.

Cristina Pérez Díez. Farmacéutica de Atención Primaria. Dirección de Atención Primaria Sector Teruel. Aragón.

Olatz Pérez Rodríguez. Farmacéutica de Atención Primaria. Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Baleares.

Raquel Prieto Sánchez. Farmacéutica de Atención Primaria. Servicio de Farmacia de Atención Primaria Cantabria. Vocal SEFAP Aragón-Cantabria.

Antonio Gabriel Serrano Peláez. Farmacéutico de Atención Primaria. Centro de Salud Valencia de Alcántara. Cáceres. Extremadura.

Amelia Troncoso Mariño. Farmacéutica de Atención Primaria. Gerencia Territorial de Barcelona (ICS). Cataluña.

Prólogo

La esperanza de vida de la población en España se ha incrementado en más de 9 años desde 1978 hasta 2018, situándose en 83,19 años de media (85,85 años en mujeres y 80,46 en los hombres). Este incremento seguirá produciéndose en los próximos años, de tal manera que el Instituto para la Métrica y Evaluación de la Salud de la Universidad de Washington estima que en 2040 España poseerá la mayor esperanza de vida del mundo, situándose en un valor de 85,8 años de promedio. Este incremento de la esperanza de vida, asociado a la baja tasa de natalidad, provocará que en el año 2033 la población mayor de 65 años supere los 12,4 millones de habitantes según estimaciones del Instituto Nacional de Estadística.

El incremento de la esperanza de vida viene asociado al incremento de enfermedades crónicas y, en consecuencia, de multimorbilidad en este grupo de pacientes. Esta multimorbilidad es la principal responsable de la polimedicación en este tipo de población, conjuntamente con la fragilidad y los cambios fisiológicos asociados al incremento de la edad.

Las personas que requieren de cuidados en los centros sociosanitarios se caracterizan, respecto a la población general, por tener mayor tasa de envejecimiento, comorbilidades y polimedicación, por lo que los PRM se presentan con mayor frecuencia que en la población general, con una utilización de recursos sanitarios 2,5 veces superior a la que requiere la media de la población de ese mismo rango de edad.

La complejidad de estos pacientes y de sus tratamientos hace necesaria la integración del farmacéutico en los equipos multidisciplinares de atención sociosanitaria, ya que contribuye de manera muy significativa en la detección de PRM y en la mejora de la efectividad, seguridad y eficiencia de los tratamientos. Esta atención sociosanitaria debe encontrarse plenamente coordinada e integrada con la AP, responsable última de la atención continuada de este tipo de pacientes. Así lo recoge el Documento Marco para el Desarrollo de la Atención Primaria y Comunitaria, donde reafirma el papel del FAP en la atención sociosanitaria, al encomendarle en sus acciones C.2.3. y C.2.4. el desarrollar protocolos multidisciplinares, coordinados por las y los FAP, para la coordinación clínica en la utilización de medicamentos que garanticen la continuidad farmacoterapéutica en el ámbito sanitario y sociosanitario y

el desarrollar acciones de formación y apoyo a los profesionales y en la revisión de tratamientos en este grupo poblacional.

A lo largo del presente documento justificaremos la necesidad de la implementación de la AF en estos centros, así como todas las competencias y habilidades que necesitan los profesionales que den este servicio en estos centros sociosanitarios, las cuales ya venimos desarrollando los FAP.

Para finalizar, quiero expresar mi agradecimiento a los coordinadores y componentes del grupo de trabajo encargado de desarrollar este proyecto, por el magnífico trabajo desarrollado.

Ángel Mataix Sanjuan

Presidente de la Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria

Índice

1. Introducción y justificación	9
2. Resultados de la encuesta de la SEFAP de los centros sociosanitarios en las CCAA	15
3. Modelo de Atención Farmacéutica en centros sociosanitarios	21
3.1 Objetivos	22
3.2 A quién va dirigido	22
3.3 Posicionamiento de la SEFAP sobre el Modelo de Atención Farmacéutica en los CCSS	22
4. Competencias del FAP para desarrollar las actividades de atención farmacéutica en los CCSS	41
4.1 Competencias sobre las actividades de gestión y control de los medicamentos y productos sanitarios	42
4.2 Competencias sobre las actividades clínicas y asistenciales vinculadas a la cadena terapéutica	43
4.3 Competencias sobre las actividades de gestión del conocimiento	44
5. El papel del FAP en los CCSS	47
6. Conclusiones	51
7. Bibliografía revisada	53
8. Anexos	57

Abreviaturas utilizadas

AF	Atención Farmacéutica
AP	Atención Primaria
CS	Centro de salud
CSS	Centro sociosanitario
CCSS	Centros sociosanitarios
CA	Comunidad autónoma
CCAA	Comunidades autónomas
C.F. Navarra	Comunidad Foral de Navarra
C. Madrid	Comunidad de Madrid
C. Valenciana	Comunidad Valenciana
DM	Depósito de medicamentos
EM	Errores de medicación
FAP	Farmacéutico de Atención Primaria
GFT	Guía Farmacoterapéutica
OF	Oficina de farmacia
PD	Producto dietoterápico
PNT	Procedimiento normalizado de trabajo
PRM	Problema relacionado con el uso del medicamento
PS	Producto sanitario
SF	Servicio de farmacia
SFAP	Servicio de Farmacia de Atención Primaria
SFCSS	Servicio de Farmacia Centro Sociosanitario
SFH	Servicio de Farmacia de Hospital
SNS	Sistema Nacional de Salud



Introducción y justificación

Introducción

La prestación farmacéutica en los CCSS contribuye a mejorar la calidad y la continuidad de la asistencia que se ofrece al paciente crónico, pluripatológico, polimedicado y en situación de dependencia, así como a potenciar que los profesionales sanitarios hagan un uso racional de los recursos.

El artículo 16 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del SNS, define 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”.

El desarrollo legislativo de prestación farmacéutica en los CCSS no es tan exhaustivo como el de las OF, los SFH o los SFAP. A lo largo de las dos últimas décadas, muchas de las CCAA han incluido en sus respectivas leyes de ordenación farmacéutica la regulación de la prestación farmacéutica en los CCSS. Esto es un reflejo de la preocupación creciente por la atención al paciente institucionalizado que requiere de una asistencia específica y adaptada a las características de su dependencia. Sin embargo, los modelos de prestación farmacéutica que se han ido desarrollando no son homogéneos y el nivel de desarrollo y aplicación de la normativa es muy variable en las distintas CCAA. En este sentido, una de las causas que contribuye a la variabilidad de la prestación farmacéutica sociosanitaria es que no existe un modelo único de atención sociosanitaria y, además, hay una amplia gama de servicios de atención residencial en las diferentes CCAA. Las diferentes autonomías, en sus respectivas leyes de ordenación farmacéutica y partiendo de la base estatal común, han desarrollado en mayor o menor grado diferentes aspectos de la prestación farmacéutica sociosanitaria (ver detalle Anexo II).

El modelo de atención sanitaria en los CCSS pivota sobre los profesionales sanitarios de AP. La prestación farmacéutica se puede llevar a cabo a través de un SF, de un DM sujeto a un régimen de vinculación a un SFH, SFAP una OF. En la mayoría de las CCAA se ha optado por un modelo de AF centrado en el medicamento donde la preparación y la dispensación de

medicamentos y productos sanitarios se realiza a partir de la prescripción en receta médica desde los CS y su dispensación desde las OF. Este sistema tiene sus limitaciones y es por eso que desde la SEFAP se plantea un cambio de modelo de AF centrada en la persona.

Existen grandes diferencias entre las CCAA en la definición de CSS. A efectos de este documento se entenderá por CSS todo aquel centro público o privado que atienda a sectores de población tales como ancianos, personas con discapacidad, enfermos mentales, y cualesquiera otras personas cuyas condiciones de salud requieran, además de las atenciones sociales que les presta el centro, determinada asistencia sanitaria.

Justificación

Según datos del Instituto Nacional de Estadística un 19,2% de la población española tiene más de 65 años y un 6,2% más de 80 años. Las proyecciones demográficas estiman que estas proporciones aumentarán, pasando a representar la población mayor de 65 años un 21,5% en el año 2030 y llegando hasta el 31,9% en el año 2049 (Figura 1). Además, el incremento de la esperanza de vida conlleva el envejecimiento de la población, que frecuentemente se ve acompañado de la aparición de enfermedades crónicas y, en consecuencia, de multimorbilidad definida por la coexistencia en una misma persona de dos o más enfermedades crónicas.

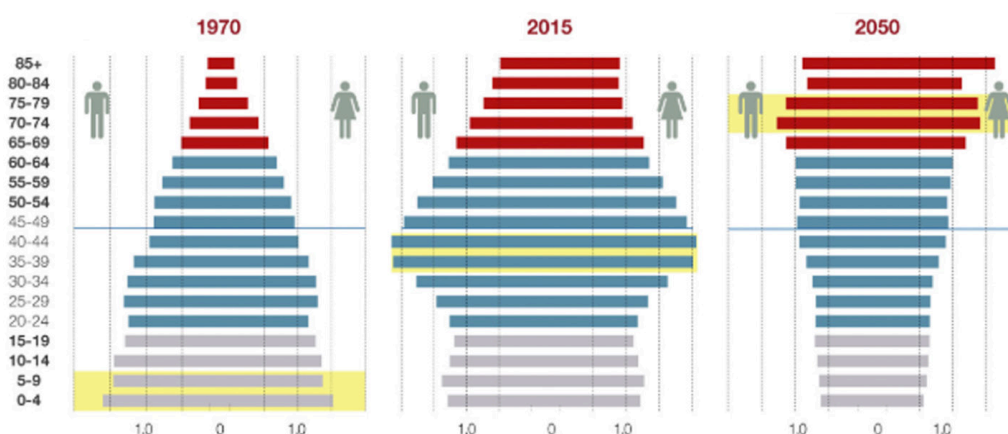


Figura 1. Evolución de la pirámide poblacional en España.

La polimedicación es a menudo consecuencia de la multimorbilidad y de la aplicación de las diferentes guías de práctica clínica centradas en la patología o de objetivos terapéuticos establecidos para población general. La polimedicación adquiere especial relevancia en el paciente anciano, debido a los cambios fisiológicos, la fragilidad y la comorbilidad de estos pacientes. Esta población también presenta un mayor riesgo de sufrir PRM, síndromes geriátricos o una disminución del estado funcional. Los PRM de mayor gravedad son causa de visitas a urgencias, ingresos hospitalarios y mortalidad.

La incidencia de PRM en personas que viven en CCSS es elevada. El estudio EARCAS publicado en el año 2011 puso de manifiesto que la falta de cumplimiento terapéutico, la prescripción de medicamentos innecesarios, la omisión de dosis o medicamentos, las duraciones de tratamientos incorrectas o las técnicas de administración inadecuadas se encuentran entre los EM más frecuentes en los CCSS. En un documento publicado posteriormente por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, se destaca que el 97% de los ancianos que viven en CCSS consumen como mínimo un fármaco inapropiado o inadecuado, siendo la frecuencia de sufrir un daño innecesario asociado a la asistencia sanitaria relacionado con los medicamentos, de 227 por cada 1000 personas/año.

Las personas que requieren de cuidados en CCSS, a pesar de ser un grupo bastante heterogéneo, presentan características comunes que los hacen muy vulnerables. Según un análisis realizado en Cataluña sobre la población mayor de 64 años, las personas que viven en los CCSS presentan unas características diferenciales respecto a las personas que viven en su domicilio. En general, las personas que viven en CCSS tienen una mayor tasa de envejecimiento, más patología asociada y polimedicación. Esto conlleva frecuentemente una mayor tasa de complejidad, fragilidad y dependencia, y una mayor demanda de utilización de recursos sanitarios, con un gasto per cápita anual 2,5 veces superior a la de la población general de esta edad (Figura 2).

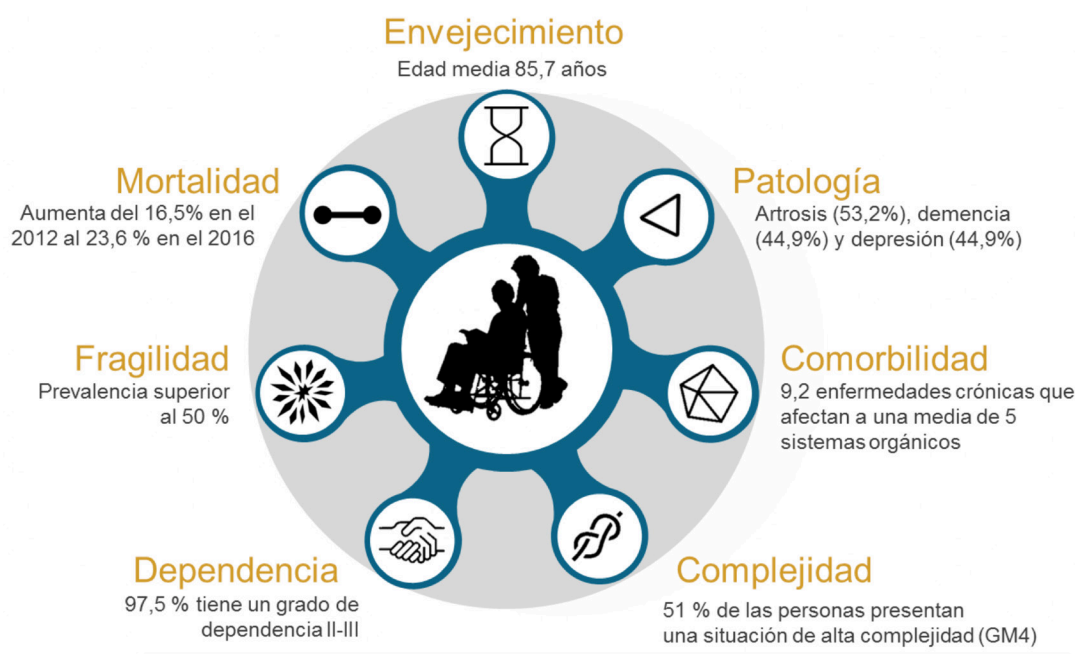


Figura 2. Características de las personas que viven en CCSS.

Todos los profesionales del SNS han de implicarse y trabajar en la mejora del abordaje integrado de la cronicidad. La atención primaria es el eje de la atención al paciente crónico y pluripatológico. Los médicos de AP son los que aúnan las diferentes visiones terapéuticas de los agentes implicados en los pacientes crónicos con multimorbilidad.

La calidad de la atención y la eficiencia en el manejo de los recursos sanitarios y sociales de las personas que viven en los CCSS, mejoraría con una gestión integrada que incorpore la información de los diferentes ámbitos asistenciales. Es necesario adaptar nuestro sistema sanitario a las necesidades más complejas de cuidados que requiere el paciente anciano y optimizar de forma eficiente y equitativa la utilización de los recursos disponibles. Esta necesidad ya ha sido identificada por la OMS como uno de los cinco objetivos estratégicos en la Estrategia y Plan de Acción Mundiales sobre Envejecimiento y Salud. Para esto también es necesario garantizar la integración y la interoperabilidad de los sistemas de información de los servicios de salud y los servicios sociales.

La complejidad en los tratamientos farmacológicos de las personas que viven en CCSS hace necesaria **la integración de la figura del farmacéutico dentro del equipo multidisciplinar de atención sociosanitaria de los CCSS**, y la implantación de una AF, definida como una provisión responsable de terapia medicamentosa con el propósito de conseguir resultados definidos que mejoren la calidad de vida y la seguridad del paciente. La integración del farmacéutico en el equipo asistencial de los CCSS contribuirá a identificar y gestionar los PRM, a mejorar la efectividad de los tratamientos y, en consecuencia, mejorará los resultados en salud y la calidad de vida de estas personas.

Los resultados de diversos estudios demuestran que las intervenciones dirigidas a optimizar la prescripción en estas instituciones reducen las estancias hospitalarias, enlentecen la progresión del deterioro de la calidad de vida, mejoran la adecuación de los tratamientos y disminuyen los EM. Es necesario, por tanto, llevar a cabo un abordaje integral para mejorar la efectividad, seguridad y eficiencia del proceso de utilización de los medicamentos, PD y PS en los CCSS para mejorar los resultados en salud y la calidad de vida de las personas que viven en ellos.

La cartera de servicios del FAP, así como las competencias y las habilidades que ha ido adquiriendo a lo largo de su desarrollo profesional lo sitúa como el profesional más capacitado para proporcionar una AF a los pacientes de los CCSS.

Por el principio básico de equidad, todos los pacientes institucionalizados, tanto en CCSS públicos, concertados o privados, deberían tener la misma AF independientemente del SF u OF que lo desarrolle.



Resultados de la encuesta de la SEFAP de los centros sociosanitarios en las CCAA

Los datos que se presentan a continuación se han obtenido de una encuesta encargada por la SEFAP y dirigida a los FAP en marzo de 2019 sobre:

a. Datos relacionados con el número CCSS y número de plazas de cada CA. El número de CCSS en las comunidades de Canarias, La Rioja, Región de Murcia y Principado de Asturias se extrajeron del informe “Estadísticas sobre residencias. Distribución de centros y plazas residenciales por provincia.”

Según la información facilitada por los FAP de cada CA, hay más 5.700 CCSS en toda España que corresponden a unas 381.243 plazas. Principalmente se trata de centros de titularidad concertada o privada y de un tamaño intermedio-grande, un 68% tienen de 25 a 99 plazas y el 21% tienen más de 100 plazas (ver distribución y detalle por comunidades en la Figura 3 y Tabla 1).

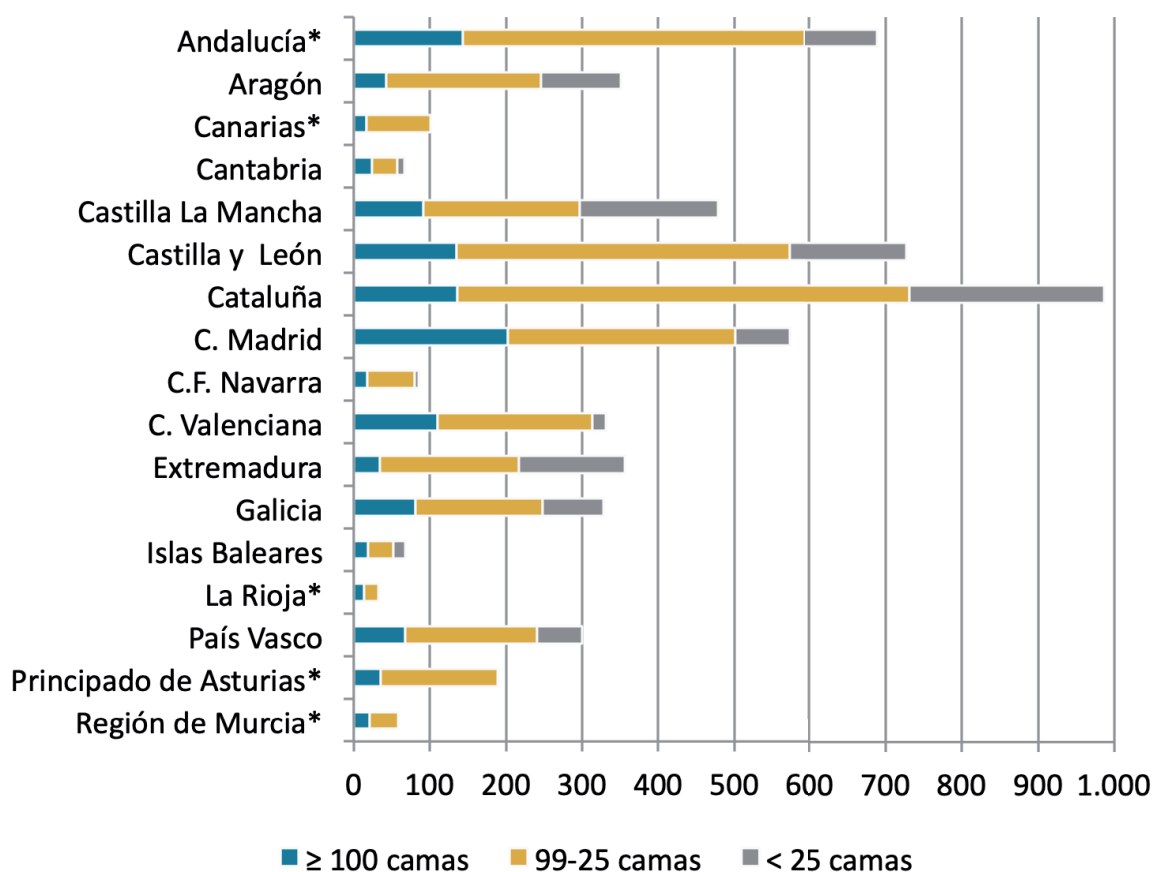


Figura 3. Distribución por CCAA de los CCSS según el tamaño del centro.

* Datos extraídos del informe “Estadísticas sobre residencias. Distribución de centros y plazas residenciales por provincia”.

Tabla 1. Relación de habitantes por plaza CCSS

CCAA	Población*	Plazas CCSS	Relación habitantes por plaza CCSS
Andalucía	8.384.408	41.856	200
Aragón	1.308.728	18.966	69
C. Madrid	6.578.079	53.721	122
C.F. Navarra	647.554	6.760	96
C. Valenciana	4.963.703	27.327	182
Canarias	2.127.685	7.215	295
Cantabria	580.229	6.180	94
Castilla- La Mancha	2.026.807	26.364	77
Castilla y León	2.409.164	46.853	51
Cataluña	7.600.065	66.354	115
Extremadura	1.072.863	16.628	65
Galicia	2.701.743	23.311	116
Islas Baleares	1.128.908	2.935	385
La Rioja	315.675	2.207	143
País Vasco	2.199.088	19.836	111
Principado de Asturias	1.028.244	11.767	87
Región de Murcia	1.478.509	2.963	499

*Cifras oficiales de población resultantes de la revisión del Padrón municipal a 1 de enero 2018.

b. Relacionados con la cartera básica de servicios del farmacéutico en CCSS que comprende las siguientes actividades:

1. Actividades de gestión y control de los medicamentos y productos sanitarios.
2. Actividades clínicas y asistenciales vinculadas a la cadena terapéutica.
3. Actividades de gestión del conocimiento y soporte a los profesionales.

En las tablas 2, 3 y 4 se muestra el detalle de la situación actual de cada una de estas actividades en CCSS por CA.

Tabla 2. Actividades de gestión y control de los medicamentos y productos sanitarios			
CCAA	Asignación de medicamentos y PS Fijación de stocks	Gestión y control de los medicamentos y PS	Reposición de stocks
Andalucía	no	no	no
Aragón	no	no	no
Canarias	no	no	no
Cantabria	sí	sí	sí
Castilla-La Mancha	sí	no	no
Castilla y León	no	no	no
Cataluña	no	no	no
C. Madrid	CCSS públicos	CCSS públicos	CCSS públicos
C.F. Navarra	sí SFCSS	sí SFCSS	sí SFCSS
C. Valenciana	sí SFCSS	sí SFCSS	sí SFCSS
Extremadura	sí CCSS privados	no	no
Galicia	sí	sí	sí
Islas Baleares	no	no	no
País Vasco	no	no	no

CCSS: centros sociosanitarios. SFCSS: servicio farmacia centro sociosanitario. PS: producto sanitario.

Tabla 3. Actividades clínicas y asistenciales vinculadas a la cadena terapéutica					
CCAA	Soporte a la prescripción	Validación farmacéutica	Preparación y dispensación individualizada	Soporte a la administración	Seguimiento farmacoterapéutico
Andalucía	no	no	no	no	no
Aragón	no	no	no	no	no
Canarias	no	no	no	no	no
Cantabria	sí	sí	no	sí	sí
Castilla-La Mancha	no	no	no	no	no
Castilla y León	no	no	no	no	no
Cataluña	no	no	no	no	no
C. Madrid	sí	CCSS públicos	CCSS públicos	sí	CCSS públicos
C.F. Navarra	sí	sí	sí	sí	sí
C. Valenciana	sí	sí SFCSS	sí SFCSS	sí SFCSS	sí SFCSS
Extremadura	no	no	no	no	no
Galicia	sí	sí	sí	sí	sí
Islas Baleares	no	no	no	no	no
País Vasco	no	no	no	no	no

CCSS: centros sociosanitarios. SFCSS: servicio de farmacia de centro sociosanitario.

Tabla 4. Actividades de gestión del conocimiento						
CCAA	Comisión fármaco terapéutica*	Formación	Consultas**	Información profesional***	Elaboración de documentos	Investigación
Andalucía	no	no	no	no	no	no
Aragón	no	no	no	no	no	no
Canarias	no	no	no	no	no	no
Cantabria	no	sí	sí	sí	sí	sí
Castilla la Mancha	no	sí	sí	sí	sí	no
Castilla León	no	parcial	no	no	parcial	parcial
Cataluña	no	parcial	parcial	parcial	parcial	sí
C. Madrid	no	CCSS públicos	CCSS públicos	CCSS públicos	CCSS públicos	no
C.F. Navarra	sí	no	sí	sí	sí	sí
C. Valenciana	sí SFCSS	parcial	sí	parcial	parcial	no
Extremadura	no	parcial	parcial	sí	sí	sí
Galicia	no	sí	sí	sí	sí	sí
Islas Baleares	no	no	no	no	no	no
País Vasco	no	no	no	no	no	no

* Constitución y seguimiento de la Comisión farmacoterapéutica.

** Resolución de consultas terapéuticas

*** Evaluación y feedback de la información a los profesionales.

CCSS: centros sociosanitarios. Parcial: puesto en marcha sólo en algunos de los CCSS o en alguna provincia.

SFCSS: servicio de farmacia de centro sociosanitario.

Según los datos mostrados, existe una alta variabilidad entre CCAA en las actividades realizadas por el farmacéutico en los CCSS, en la cartera de servicios ofrecida y en la definición del propio modelo de AF. En ninguna de las CCAA el farmacéutico desarrolla la totalidad de las actividades descritas en las tablas 2, 3 y 4 (ver detalle Anexo I).

Esta variabilidad en las prestaciones farmacéuticas entre las CCAA, repercute finalmente en los resultados en salud, seguridad en la utilización de medicamentos y la calidad de vida de las personas que viven en los CCSS. Por todo ello, la SEFAP considera que es necesario definir un Modelo de Atención Farmacéutica para estas personas.



Modelo de atención farmacéutica en centros socio sanitarios

3.1. Objetivo

El objetivo principal de este documento es definir un modelo de AF en los CCSS centrado en la persona que garantice la seguridad del paciente, mejore su calidad de vida y sus resultados en salud.

Además, se establece como objetivo secundario definir las competencias que debe tener el farmacéutico de atención primaria para poder llevar a cabo este modelo.

3.2. A quién va dirigido

El presente documento está dirigido a los coordinadores asistenciales de los CCSS y a los gestores que tienen un papel relevante en la planificación y gestión en el SNS, además de a todos los profesionales sanitarios asistenciales (médicos, enfermeras, psicólogos, técnicos de cuidados auxiliares de enfermería, trabajadores sociales y farmacéuticos de AP) implicados en la atención y en los cuidados de las personas que viven en CCSS.

3.3. Posicionamiento SEFAP. Modelo de atención farmacéutica en centros sociosanitarios

La atención integrada a las personas que viven en los CCSS requiere de la intervención de múltiples profesionales, entre los que debe figurar el farmacéutico. El farmacéutico es el responsable de prestar AF a las personas y dar soporte a los profesionales de los CCSS según sus demandas y necesidades.

La SEFAP plantea un cambio de modelo de AF en CCSS definiendo un modelo centrado en la persona, con el objetivo de avanzar hacia una prescripción de medicamentos efectiva, segura y eficiente, a través de una AF personalizada, que favorezca la obtención de mejores resultados en salud de las personas que viven en CCSS y que se ajuste a sus necesidades y expectativas, así como a las de los profesionales.

El desarrollo de un Modelo de AF centrado en la persona implica cambios organizativos en el sistema actual, que van desde la provisión directa de medicamentos, PD y PS a los CCSS, hasta el desarrollo de actividades clínicas y asistenciales centradas en la persona y de acti-

vidades vinculadas a la gestión del conocimiento de soporte a los profesionales sanitarios de los CCSS.

Este nuevo modelo contempla que los CCSS dispongan de su propio SF o de un DM ubicado en el CSS y adscrito a un Servicio de Farmacia (SFAP, SFH o SFCSS) u OF, según las características del territorio de las diferentes CCAA.

En este nuevo modelo el farmacéutico ha de ofrecer tres tipos de actividades:



I. Actividades de gestión y control de los medicamentos, PD y PS. Actividades relacionadas con la adquisición, custodia, conservación, dispensación y distribución de medicamentos, PD y PS a los CCSS.

II. Actividades clínicas y asistenciales vinculadas a la cadena terapéutica. Actividades orientadas a optimizar los resultados de utilización de medicamentos, PD y PS, apoyando a los profesionales y mejorando la utilización individualizada de la terapia en cada una de las etapas de la cadena terapéutica: optimización de la farmacoterapia (soporte a la prescripción y revisión de tratamientos), preparación y dispensación, administración y seguimiento del tratamiento.

III. Actividades de gestión del conocimiento. Actividades dirigidas a proporcionar el conocimiento general y útil para las actividades clínicas y asistenciales, así como para la gestión del medicamento, PD y PS.

Modelo adaptado del documento *“Model d’Atenció Farmacèutica per a les persones que viuen en residències de Catalunya”*.

En aquellos CCSS que no disponen de SF o DM y el suministro de medicamentos se realiza a través de una OF mediante receta médica y por paciente, el FAP adaptará las actividades contempladas en este documento a esta circunstancia.

3.3.1 Actividades de gestión y control de los medicamentos y productos sanitarios



El SF u OF será el responsable de garantizar la provisión de medicamentos, PD y PS a los DM, llevando a cabo actividades relacionadas con la adquisición, control, preparación, conservación, dispensación y distribución de medicamentos, PD y PS.

Se diferencian en este punto dos circuitos según el tipo de dispensación realizada.

1. **Circuito de dispensación por stock** para la provisión de medicamentos, PD y PS a los DM de los CCSS. El SF u OF deberá disponer de los PNT que ordenen las actividades a realizar para cada una de las etapas de este circuito y será el responsable de implementarlos en los CCSS.



Servicio de farmacia u oficina de farmacia

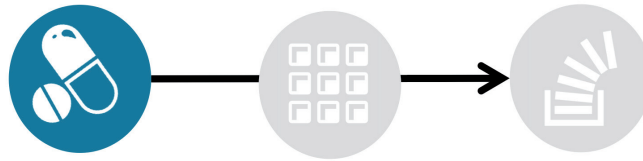


2. **Circuito de dispensación individualizada** de medicamentos, PD y PS en el que el SF u OF preparará y dispensará la medicación individualizada, de acuerdo con la prescripción activa y hará un envío periódico de esta medicación de acuerdo con un calendario previamente fijado.

Este circuito estará vinculado a las actividades clínicas y asistenciales asociadas a la cadena terapéutica que se detallan en el punto 3.3.2 de este documento.



A. Asignación de medicamentos, PD y PS, y fijación de stocks



Objetivo

Pactar con los profesionales sanitarios los medicamentos, PD y PS, estableciendo en los CCSS los stocks esenciales para atender las necesidades sanitarias de las personas que viven en estos centros.



Funciones básicas del farmacéutico

Establecer conjuntamente con los profesionales sanitarios los stocks de medicamentos, productos dietoterápicos y productos sanitarios.

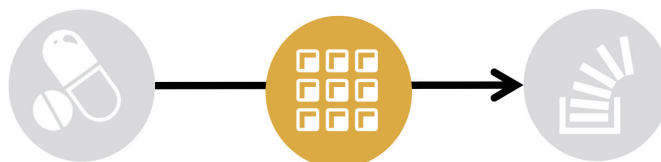


Herramientas de soporte

- Programa informático de gestión de stocks.
- Legislación de estupefacientes (RD 1675/2012, de 14 de diciembre, por el que se regulan las recetas oficiales y los requisitos especiales de prescripciones y dispensación de estupefacientes para uso humano y veterinario).
- GFT de CCSS.



B. Gestión y control de los medicamentos, PD y PS



Objetivo

Establecer las directrices organizativas de los depósitos de los CCSS para garantizar la adecuada gestión de stocks y la correcta conservación de medicamentos, PD y PS, de acuerdo con los PNT elaborados.



Funciones básicas del farmacéutico

- Garantizar la correcta recepción, verificación y control del pedido de medicamentos, PD y PS recibidos, como paso previo al almacenamiento.
- Asegurar el correcto almacenamiento y control de stocks de medicamentos, PD y PS.
- Supervisar el control de las caducidades de los medicamentos depositados en los diferentes puntos de almacenamiento.
- Garantizar las condiciones de conservación y el mantenimiento de la cadena de frío de los medicamentos termolábiles.
- Garantizar las condiciones de conservación y de uso seguro de las especialidades farmacéuticas fotosensibles.
- Garantizar las condiciones de conservación y de uso seguro de los medicamentos comercializados en envases multidosis una vez desprecintados.
- Realizar el control y seguimiento de los estupefacientes.
- Resolver consultas relacionadas con la gestión de medicamentos, PD y PS.
- Gestionar las incidencias relacionadas con la conservación de los medicamentos en el depósito.
- En aquellos centros que no dispongan de SF ni DM, asesorar a los profesionales sanitarios sobre el correcto control de los medicamentos y productos sanitarios en el centro.



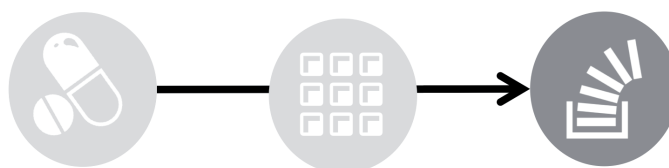
Herramientas de soporte

- PNT:
 - Recepción, verificación y conformidad del pedido de medicamentos, PD y PS.
 - Control de almacenamiento y de stocks de medicamentos, PD y PS.
 - Control de caducidad de los medicamentos.
 - Control de medicamentos termolábiles.

- Control de medicamentos fotosensibles.
 - Control de medicamentos dispensados en envases multidosis.
 - Control de estupefacientes. Control de la administración de medicamentos.
 - En aquellos centros que no dispongan de SF o DM, seguimiento del control de medicamentos, PD y PS.
- Programa informático de gestión de stocks.
 - GFT de CCSS.
 - Legislación de estupefacientes. (RD 1675/2012, de 14 de diciembre).



C. Reposición de stocks del depósito



Objetivo

Garantizar la disponibilidad de los medicamentos, PD y PS, para atender las necesidades de tratamiento farmacológico inmediato de las personas atendidas en los CCSS, en el periodo comprendido entre dos reposiciones.



Funciones básicas del farmacéutico

- Registrar en el programa informático de gestión de stocks los medicamentos, PD y PS administrados a las personas atendidas en los CCSS, y generar el pedido para la reposición del stock según el consumo realizado.
- Solicitar la reposición del stock pactado de los estupefacientes administrados.

- En aquellos centros que no dispongan de SF ni DM, establecer el circuito para la dispensación de medicación en situaciones de necesidad urgente.



Herramientas de soporte

- PNT:
 - Control de reposición de medicamentos, PD y PS.
 - Control de estupefacientes.
- Programa informático de gestión de stocks.
- GFT de CCSS.

3.3.2 Actividades clínicas y asistenciales vinculadas a la cadena terapéutica

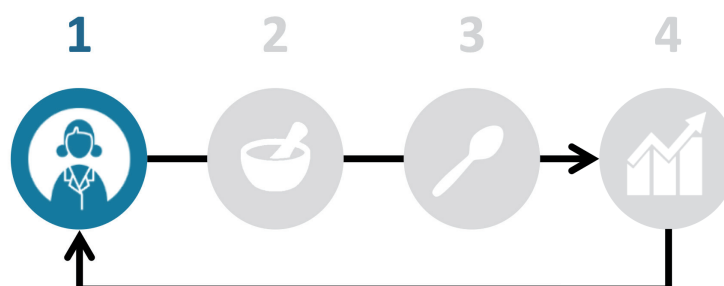


A continuación, se detallan las actividades clínicas y asistenciales que el farmacéutico debe desarrollar en cada una de las etapas de la cadena terapéutica: optimización de la farmacoterapia (soporte a la prescripción y revisión de tratamientos), preparación y dispensación, soporte a la administración y seguimiento farmacoterapéutico.





A. Optimización de la farmacoterapia



Soporte a la prescripción



Objetivo

Asesorar al profesional sanitario en la selección de los medicamentos según las características fisiopatológicas y sociales de la persona, en base a criterios de efectividad, seguridad, conveniencia y eficiencia.



Funciones básicas del farmacéutico

- Asesorar al profesional médico para la toma de decisiones terapéuticas, en su actividad asistencial.
- Analizar, asesorar y resolver consultas farmacoterapéuticas generadas por los profesionales sanitarios en el momento de la prescripción.
- Realizar una valoración de la persona atendida para adaptar el tratamiento farmacológico a sus características, teniendo en cuenta sus valores y creencias, con el fin de elaborar un plan terapéutico individualizado.
- Prevenir EM y PRM.
- Realizar la conciliación de la medicación, en el momento de ingreso en el CCSS y en los tránsitos asistenciales.
- Valorar, asesorar y difundir alertas de seguridad detectadas y notificadas por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.
- Implementar la GFT de CCSS.
- Implementar programas de intercambio terapéutico.



Herramientas de soporte

- Herramientas integradas en la Historia clínica de apoyo a la prescripción, de ayuda a la toma de decisiones y para la mejora de la seguridad en el uso de los medicamentos.
- Historia clínica.
- Herramientas de valoración geriátrica y de la fragilidad.
- Protocolos específicos para medicamentos de uso restringido y de alto riesgo.
- Protocolo de conciliación y revisión clínica centrada en la persona.
- GFT de CCSS.
- Programa de intercambio terapéutico.

Revisión de tratamientos



Objetivo

Revisar el plan farmacoterapéutico de las personas que viven en CCSS, con una visión integrada de su historial y de forma individualizada, con el fin de adaptarlas a sus necesidades para mejorar la efectividad, seguridad y eficiencia de los tratamientos.



Funciones básicas del farmacéutico

- Revisar las prescripciones de medicamentos, PD y PS para adecuarlas a las condiciones de la persona, en base a criterios de eficacia, seguridad y eficiencia:
 - Indicar las formas farmacéuticas más adecuadas en personas con disfagia.
 - Ajustar la posología en función de las comorbilidades y de las características individuales de la persona.
 - Detectar duplicidades terapéuticas.
 - Detectar interacciones farmacológicas con relevancia clínica.
 - Identificar y prevenir posibles problemas y efectos adversos de la medicación, y notificación al Sistema Español de Farmacovigilancia.

- Adecuar la duración del tratamiento.
- Detectar patologías no tratadas o enfermedades iatrogénicas derivadas de la polifarmacia.
- Detectar medicación para el tratamiento de patologías no existentes en el momento actual.
- Identificar posibles cascadas terapéuticas.
- Adaptar la prescripción a los medicamentos seleccionados en base a protocolos desarrollados en el territorio y/o a la GFT de CCSS.
- Detectar medicamentos de uso potencialmente inapropiado en esta población.
- Identificar problemas de adherencia terapéutica en pacientes que realizan autoadministración de medicamentos.
- Colaborar con otros profesionales sanitarios en la continuidad farmacoterapéutica y la seguridad del paciente en los tránsitos asistenciales.

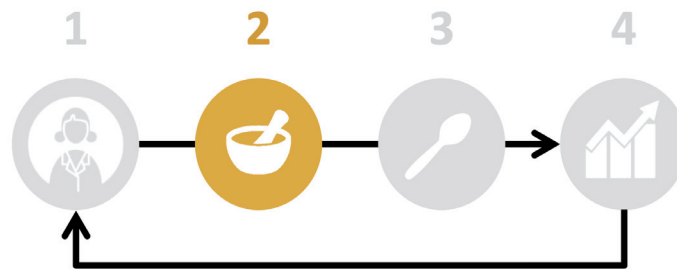


Herramientas de soporte

- Historia clínica.
- GFT de CCSS.
- Protocolos sobre el uso de medicamentos en CCSS.
- Programa de intercambio terapéutico.
- Herramientas de valoración geriátrica y de la fragilidad.
- Protocolos específicos para medicamentos de uso restringido y de alto riesgo.
- Programas específicos de apoyo a la revisión de tratamientos.



B. Preparación y dispensación



Objetivo

Asegurar que el medicamento llega a la persona de forma individualizada, mediante sistemas eficientes de preparación y distribución de medicamentos, que garanticen la seguridad, la rapidez, la trazabilidad y el propio control del proceso.



Funciones básicas del farmacéutico

- Supervisar la preparación de la medicación de forma periódica, individualizada y automatizada para cada persona atendida, de acuerdo con la prescripción médica de la Historia clínica.
- Garantizar que el medicamento prescrito llegue a la persona a la que va destinada, a la dosis, vía y pauta de administración correcta, y en el periodo de tiempo más breve posible.
- Establecer un sistema de dispensación de la medicación en dosis unitarias o bolsas multidosis, que garantice los procesos de preparación y dispensación, y permita la trazabilidad de todo el proceso.

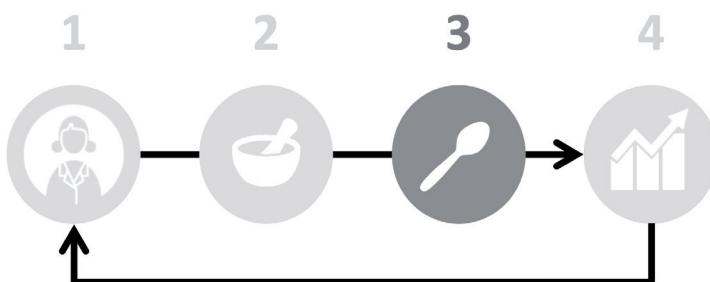


Herramientas de soporte

- Historia clínica.
- PNT relativo a los procesos de preparación y dispensación.
- Robot de re-embalaje de medicamentos, en caso de que se disponga.



C. Soporte a la administración



Objetivo

Asesorar sobre el procedimiento de administración de medicamentos a los profesionales sanitarios y a las personas que residen en los CCSS (autoadministración), para asegurar la correcta administración de los medicamentos, PD y la aplicación de los PS.



Funciones básicas del farmacéutico

- Asesorar a los profesionales sanitarios sobre la administración de medicamentos (orales, inhalados, parenterales, por sonda...), PD y PS.
- Impulsar la formación sobre la correcta autoadministración y la importancia de la adherencia terapéutica a las personas que residen en los CCSS.
- Analizar, asesorar y resolver consultas farmacoterapéuticas a los profesionales sanitarios encargados de la administración de medicamentos.
- Colaborar en la actualización de las guías de administración de medicamentos, PD y PS.
- Desarrollar actividades que promuevan y garanticen el uso seguro de los medicamentos de uso interno en los CCSS, con el fin de prevenir EM en la etapa de administración a la persona.

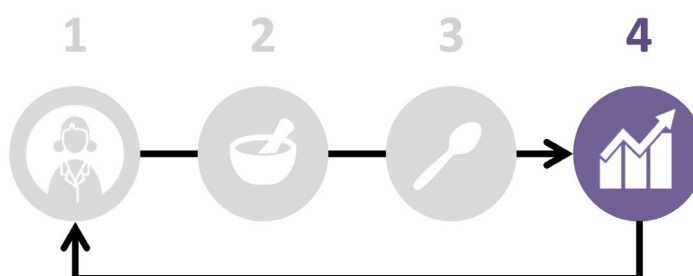


Herramientas de soporte

- Guías de administración de medicamentos, PD y PS.
- Hojas de información a profesionales, cuidadores y personas que residan en CCSS en el uso de los medicamentos.
- PNT relativo al proceso de control de la administración de medicamentos.



D. Seguimiento farmacoterapéutico



Objetivo

Establecer los procesos apropiados para hacer el seguimiento de la efectividad, seguridad y eficiencia de los tratamientos.



Funciones básicas del farmacéutico

- Llevar a cabo una valoración periódica y seguimiento farmacoterapéutico en base a criterios de efectividad, seguridad, eficiencia y pronóstico de la enfermedad.
- Realizar el seguimiento y evaluación de la adherencia terapéutica.
- Generar, registrar y analizar información sobre la utilización y los resultados en salud de los medicamentos, PD y PS administrados en la práctica asistencial.
- Detectar, recopilar, notificar y evaluar de forma sistemática las reacciones adversas producidas por los medicamentos.
- Fomentar la notificación voluntaria y anónima de EM, implicando a todo el personal sanitario de los CCSS y del CS al que se adscribe. Sis-

tematizar el registro de errores en formato electrónico y/o en papel.

- Realizar un seguimiento de los EM desde la Comisión farmacoterapéutica o Comisión de seguridad específica creada para tal efecto en los CCSS o en el CS.
- Analizar y valorar las notificaciones registradas y establecer medidas correctoras.
- Establecer un buen sistema de *feed-back* a notificadores y al CSS.
- Identificar los medicamentos que presentan un alto riesgo de generar EM en las personas que viven en CCSS.
- Identificar las áreas de mejora en el uso de los medicamentos y diseño e implementación de estrategias específicas para corregir los problemas detectados.



Herramientas de soporte

- Historia clínica.
- Herramientas integradas en la historia clínica para mejorar la seguridad.
- Programa de notificación de EM.
- Tarjeta amarilla.
- PNT relativo a los procesos de selección de medicamentos.
- Modelos de acreditación.
- Informes de evaluación de nuevos medicamentos.
- GFT de CCSS.
- Protocolos sobre el uso de medicamentos en CCSS.

3.3.3 Actividades de gestión del conocimiento



Las actividades de gestión del conocimiento están centradas en elaborar recomendaciones de tratamiento (guías, protocolos, GFT...), revisar la literatura científica en el área de los medicamentos, establecer los estándares de calidad, diseñar estrategias para la mejora de la prescripción y evaluar su aplicación en la práctica asistencial. Finalmente, todo este conocimiento debe ser trasladado a los profesionales mediante herramientas de comunicación y de formación.



CONSTITUIR Y LLEVAR EL SEGUIMIENTO DE LA COMISIÓN FARMACOTERAPÉUTICA



IMPARTIR FORMACIÓN



RESOLVER CONSULTAS FARMACOTERAPÉUTICAS Y PUBLICAR AQUELLAS CONSULTAS DE MAYOR INTERÉS O MÁS FRECUENTES



EVALUAR LOS RESULTADOS Y REALIZAR FEED-BACK A LOS PROFESIONALES



ELABORAR DOCUMENTACIÓN



REALIZAR INVESTIGACIÓN ORIENTADA A LA UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS, PD Y PS



Objetivo

Desarrollar actividades de formación, comunicación, investigación y sistemas de información, sobre el abordaje farmacológico global de los diferentes problemas de salud a los profesionales sanitarios, para promover la utilización de las mejores opciones terapéuticas para las personas que viven en CCSS, a partir de las evidencias disponibles.



Funciones básicas del farmacéutico



• Constituir y llevar el seguimiento de la Comisión farmacoterapéutica.

Un elemento clave de la gestión del conocimiento debe ser la creación de esta comisión que deberá estar formada por un grupo multidisciplinar de profesionales de diferentes CS de AP y de los dispositivos de atención sanitaria vinculados a los CCSS (médicos, farmacéuticos y enfermeras). Son funciones de esta Comisión seleccionar medica-

mentos, PD y PS, diseñar políticas de uso de antibióticos, asesorar en el uso de los medicamentos, PD y PS, valorar los aspectos de seguridad relacionados con los medicamentos, definir prácticas seguras, elaborar recomendaciones de seguridad a través de la recogida y análisis de los EM notificados y velar por la aplicación de todos estos conceptos.

También será tarea de la Comisión elaborar los programas de intercambio terapéutico y los PNTs sobre la gestión de la medicación en los CCSS que posteriormente se adaptarán y aplicarán, en función de las características de cada centro.

Transitoriamente, en el caso de no disponer de esta Comisión, será el farmacéutico responsable el encargado de liderar la elaboración de esta información.



- **Impartir formación.**

- Hacer difusión e implementar las recomendaciones farmacoterapéuticas y la GFT de CCSS.
- Identificar necesidades formativas de los profesionales sanitarios que trabajen en los CCSS.
- Elaborar planes de formación para profesionales y programas de formación para personas atendidas.
- Impartir formación a los profesionales sanitarios en relación con los nuevos medicamentos, revisiones de grupos farmacológicos y actualizaciones terapéuticas.
- Lectura crítica de artículos científicos.
- Promocionar actividades para mejorar la seguridad de las personas y evitar EM.
- Desarrollar actividades para promover y difundir la farmacovigilancia.
- Aportar el conocimiento, analizar y difundir entre los profesionales sanitarios aquellas fuentes de información sobre medicamentos que reúnen criterios de calidad.
- Participar en programas de educación para la salud dirigidos a la población atendida en los CCSS.



- **Resolver consultas farmacoterapéuticas.**

Resolver consultas farmacoterapéuticas generadas por los profesionales asistenciales y publicar aquellas consultas de mayor interés o más frecuentes.



- **Evaluar los resultados y realizar *feed-back* a los profesionales.**

- Realizar auditorías de los resultados obtenidos en las intervenciones clínicas, asistenciales y de gestión del conocimiento realizadas para fomentar el uso racional del medicamento.
- Analizar la prescripción: elaboración, implementación y evaluación de los indicadores de calidad de la prescripción farmacéutica.
- Identificar las áreas de mejora en el uso de los medicamentos, PD y los PS de los profesionales de los CCSS.
- Planificar, diseñar, implementar y evaluar las intervenciones de mejora (entrevistas individuales, sesiones grupales, informes, etc.).
- Diseñar, promover y evaluar los procesos relacionados con el abordaje de la medicación en la persona con una enfermedad crónica (revisión, deprescripción y adherencia).



- **Elaborar documentación.**

- Elaborar recomendaciones farmacoterapéuticas coordinadas con otros ámbitos asistenciales: guías, protocolos, etc.
- Elaborar documentos de revisión de la evidencia científica sobre medicamentos o grupos farmacológicos para mejorar su utilización clínica.
- Generar recomendaciones sobre el uso de los medicamentos, PD y PS basadas en la revisión sistemática de la literatura científica.
- Difundir la documentación mediante diferentes instrumentos comunicativos como páginas web, boletines y otros medios sociales en materia de medicamentos, PD y PS.
- Participar en la elaboración y desarrollo de políticas y criterios de evaluación de medicamentos, PD y PS.

- Aplicar políticas de evaluación que promuevan una utilización de los medicamentos, PD y PS de elevada calidad.



- **Realizar investigación orientada a la utilización de medicamentos, PD y PS en población institucionalizada.**

- Promover y participar en la investigación aplicada en medicamentos, PD y PS.
- Planificar, realizar y publicar estudios de utilización de medicamentos, PD y PS en los CCSS.
- Diseñar, realizar y dar apoyo metodológico a los proyectos de investigación.



Herramientas de soporte

Todas las herramientas necesarias para el desarrollo de las actividades del SF apoyarán en esta actividad al ser una de las tareas dar soporte en el desarrollo de las herramientas.



Competencias del FAP para desarrollar las actividades de Atención Farmacéutica en los CCSS

A continuación, se identifican las competencias que ha de tener el farmacéutico para llevar a cabo las tres tipologías de actividades definidas en este modelo.

4.1 Competencias sobre las actividades de gestión y control de los medicamentos y productos sanitarios



- Gestionar la adquisición, custodia, conservación, distribución y administración de medicamentos, PD y PS.
- Controlar los aspectos específicos de la gestión de medicamentos en el caso de medicamentos psicotrópicos y estupefacientes.
- Dirigir y coordinar al personal implicado en la custodia, conservación y distribución de medicamentos, PD y PS.
- Conocer y actualizar los estándares y criterios de calidad orientados a garantizar la adquisición, custodia, distribución y administración de los medicamentos, PD y PS de uso interno en los CCSS.
- Establecer, promover y realizar el seguimiento de las directrices estructurales y organizativas de los DM para garantizar la adecuada gestión de stocks de medicamentos, PD y PS.
- Diseñar protocolos para la gestión de la compra, dispensación y control de medicamentos, PD y PS.
- Conocer los procedimientos para gestionar la adquisición, custodia, conservación, distribución y administración de medicamentos en los CCSS, garantizando la adecuada gestión de las existencias y la trazabilidad de medicamentos, PD y PS.
- Promover la continuidad asistencial farmacoterapéutica desde el punto de vista de la homogeneización de los criterios de utilización y selección de medicamentos, PD y PS.
- Manejar los problemas relacionados con la gestión logística y el desabastecimiento de medicamentos, PD y PS.
- Promover la coordinación entre CS, oficinas de farmacia y CCSS para garantizar el adecuado acceso a los medicamentos en CCSS sin SF o DM.

4.2 Competencias sobre las actividades clínicas y asistenciales vinculadas a la cadena terapéutica



- Conocer las patologías más prevalentes en personas mayores y su terapéutica avalada científicamente para generar recomendaciones individualizadas sobre el empleo de medicamentos, PD y PS teniendo en cuenta sus comorbilidades y circunstancias sociales y culturales.
- Dar soporte a los profesionales y participar en las actividades clínicas y asistenciales vinculadas a la cadena terapéutica (optimización de la farmacoterapia -soporte a la prescripción y revisión de tratamientos-, preparación y dispensación, administración y seguimiento) de la medicación destinada a las personas de los CCSS con el fin de optimizar la efectividad, seguridad y eficiencia de los tratamientos.
- Ser capaz de realizar un abordaje terapéutico global del paciente adaptando las recomendaciones a las características específicas del paciente mayor polimedicado teniendo en cuenta sus comorbilidades y grado de fragilidad.
- Ser capaz de generar alianzas con los profesionales de otros ámbitos que intervienen en la asistencia del paciente con el objetivo de asegurar la continuidad farmacoterapéutica, conciliación y potenciar la seguridad en los tránsitos asistenciales.
- Diseñar las estrategias de AF para el abordaje terapéutico del paciente con una visión integrada de su historial y realizar su seguimiento (juntamente con el resto de los profesionales que le atienden), focalizándose en la revisión del tratamiento, la seguridad y seguimiento de la adherencia.
- Asesorar a los profesionales de AP y de los CCSS en la selección del tratamiento farmacológico de cada paciente, adecuándolo a sus características fisiopatológicas.
- Diseñar protocolos para la validación y dispensación informada de medicamentos que se utilicen en condiciones especiales. Analizar la información para poder generar conocimientos útiles

a los diferentes profesionales afectados en la cadena del uso de los medicamentos, PD y PS, y participar en la definición e implementación de los sistemas de ayuda a la prescripción, dispensación y administración de medicamentos, PD y PS.

- Conocer la metodología de la entrevista motivacional y aplicarla con el fin de modificar hábitos de utilización de medicamentos, PD y PS por parte de profesionales y pacientes.

4.3 Competencias sobre las actividades de gestión del conocimiento



- Disponer de los conocimientos sobre patologías, su abordaje terapéutico y circunstancias clínicas del paciente anciano institucionalizado para realizar una correcta selección de medicamentos, PD y PS.
- Elaborar recomendaciones sobre el empleo seguro de medicamentos, PD y PS teniendo en cuenta las peculiaridades de la población a la que se dirigen.
- Participar conjuntamente con el resto de profesionales sanitarios en la selección de medicamentos, PD y PS.
- Elaborar contenidos y diseñar herramientas electrónicas de soporte a la decisión clínica e integrar sus contenidos en la historia clínica electrónica de los profesionales sanitarios.
- Desarrollar las habilidades necesarias para promover la continuidad asistencial en farmacoterapia desde el punto de vista de la homogeneización de los criterios de utilización y selección de medicamentos y productos sanitarios.
- Identificar las necesidades de formación o información de los profesionales. Conocer, discriminar y manejar las fuentes de información disponibles y la metodología de lectura crítica para analizarla. Desarrollar recomendaciones en base a criterios de eficacia, efectividad, seguridad, coste y conveniencia para el paciente, siendo capaz de adaptarlas a los diferentes destinatarios con los medios de difusión

adecuados (sesión, entrevista, documento, informe, cursos, sistemas de ayuda a la prescripción, etc.).

- Ser capaz de desarrollar metodologías de análisis y diseñar los indicadores necesarios para generar evidencia en la utilización de medicamentos, PD y PS en la práctica clínica real, para poder establecer acciones de mejora encaminadas a optimizar los resultados en salud de la población.
- Ser capaz de manejar las herramientas de explotación de las diferentes fuentes de información sobre la prestación farmacéutica, tanto las provenientes de la prescripción como de la dispensación o de la facturación.
- Establecer líneas de coordinación con otros ámbitos asistenciales para diseñar e implantar conjuntamente políticas dirigidas al uso racional del medicamento incorporando las características diferenciales de cada uno.
- Conocer las características diferenciales y los recursos de los ámbitos asistenciales, para liderar la estrategia dirigida a reducir el impacto de los tránsitos asistenciales sobre el paciente.



Papel del FAP en los CCSS

El perfil de personas que viven en CCSS pone de manifiesto la necesidad de ofrecer una atención sociosanitaria integrada que tenga como eje la AP. El FAP es un profesional sanitario integrado en el nivel asistencial de AP, cuya actividad se centra en mejorar la seguridad, efectividad y eficiencia en el uso de medicamentos y productos sanitarios a nivel individual y poblacional, dando apoyo a otros profesionales sanitarios en la toma de decisiones clínicas.

Asimismo, dispone del conocimiento de las patologías más prevalentes en esta población y su farmacoterapia, de la metodología de revisión de tratamientos y de la educación para la salud, al igual que sobre metodología de análisis de utilización de medicamentos y el diseño e implementación de estrategias de mejora para un uso racional.

Los pacientes institucionalizados en CCSS se encuentran entre aquellos pacientes que más pueden beneficiarse de una AF integral por tener un mayor riesgo de sufrir PRM. El FAP puede intervenir en las actividades propias de gestión y control de los medicamentos, PD y PS, así como aquellas actividades clínicas y asistenciales vinculadas a la cadena terapéutica ofreciendo soporte en la optimización de la farmacoterapia (soporte a la prescripción y revisión de tratamientos), la preparación y dispensación, la administración y en el seguimiento farmacoterapéutico, además de realizar las actividades propias sobre gestión del conocimiento.

Por otra parte, el FAP, tal y como recoge la Ley de Garantías, es el profesional encargado de impulsar la coordinación en farmacoterapia entre diferentes estructuras sanitarias y niveles asistenciales; así desempeña tareas como profesional de enlace coordinando acciones de AP con otros profesionales sanitarios de los diferentes ámbitos asistenciales con el objetivo de garantizar la continuidad de los cuidados farmacoterapéuticos a los pacientes en los procesos de tránsito asistencial.

En los CCSS, tal y como viene recogido en el nuevo Marco estratégico para la AP y Comunitaria, son acciones a desarrollar a corto plazo la incorporación de los FAP para *“desarrollar protocolos multidisciplinares, coordinados por las y los FAP, para la coordinación clínica en la utilización de los medicamentos que garanticen la continuidad farmacoterapéutica en el ámbito sanitario y sociosanitario, incluyendo la conciliación de la medicación en las transiciones asistenciales (acción C.2.3)”* y *“desarrollar sus labores de formación y apoyo a las y los profesionales en el uso racional, eficiente y seguro de los medicamentos, así como en la revisión de los tratamientos de las y los pacientes institucionalizadas/os en la comunidad (acción C.2.4)”*.

El FAP sería el que reúne prácticamente todos los requisitos para aplicar el modelo de AF en los CCSS.

	SF de Atención Primaria	SF Sociosanitario	SF Hospitalario	OF
Acceso a Historia clínica electrónica y a receta electrónica	✓	✗	= ¹	✗
Integración de una GFT en la Historia clínica electrónica	✓	✗	✗	✗
Soporte a los profesionales sanitarios de AP	✓	✗	✗	✗
Profesional de enlace	✓	✗	✗	✗

¹ Variable en función de la Comunidad Autónoma.

Tabla 5: Requerimientos necesarios para poner en marcha el nuevo modelo de AF.



Conclusiones

- La atención sanitaria de las personas que residen en CCSS tiene como eje la Atención Primaria de salud.
- La atención integrada a las personas que viven en los CCSS requiere de la intervención de múltiples profesionales, entre los que se debe incorporar la figura del farmacéutico.
- En la mayoría de las CCAA se ha optado por un modelo de AF centrado en el medicamento. Los pacientes institucionalizados se encuentran entre los pacientes que más pueden beneficiarse de la AF centrada en la persona.
- En ninguna CA se realiza la cartera de servicios completa necesaria para llevar a cabo una AF centrada en la persona.
- La SEFAP plantea un cambio de modelo de AF en CCSS centrada en la persona, con el objetivo de avanzar hacia una prescripción de medicamentos efectiva, segura y eficiente, a través de una AF personalizada, que favorezca la obtención de mejores resultados en salud de las personas que viven en CCSS y que se ajuste a sus necesidades y expectativas, así como las de los profesionales.
- La AF debe pivotar sobre tres tipos de actividades: de gestión y control de los medicamentos, PD y PS, clínicas y asistenciales vinculadas a la cadena terapéutica y de gestión del conocimiento.
- La aplicación de este modelo garantiza una disminución en la variabilidad de la AF llevada a cabo en los CCSS.
- El FAP es un profesional sanitario integrado en el nivel asistencial de AP, ámbito en el que pivota la atención sanitaria de los pacientes de CCSS. Dispone del conocimiento y las habilidades necesarias para trabajar con pacientes crónicos y orientar sus actividades hacia un uso racional del medicamento y desempeña tareas como profesional de enlace, coordinando acciones de AF con otros profesionales sanitarios de los diferentes ámbitos asistenciales, lo que le convierte en el perfil de profesional idóneo para desarrollar la AF centrada en las personas de los CCSS.



Bibliografía revisada

- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado, nº 128 (29 de mayo 2003) [acceso 12/11/2019]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/2003/05/28/16/con>
- Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones Boletín Oficial del Estado, nº 98 (24 de abril de 2012) [acceso 12/11/2019]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rdl/2012/04/20/16>
- Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España. Asistencia Farmacéutica en centros sociosanitarios. Papel de la Farmacia Comunitaria. Análisis y propuestas del Grupo de Trabajo de Atención Sociosanitaria y Domiciliaria del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. 2017 [acceso 06/11/2019]. Disponible en: <https://www.portalfarma.com/Profesionales/consejoinforma/Documents/Asistencia-farmaceutica-centros-sociosanitarios-CGCOF-febrero-2017.pdf>
- Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria. Cartera de servicios del farmacéutico de atención primaria. 2017 [acceso 06/11/2019]. Disponible en: <https://www.sefap.org/cartera-de-servicios-del-farmaceutico-de-atencion-primaria/>
- Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria. Mapa de competencias del farmacéutico de Atención Primaria. 2014 [acceso 25/11/2019]. Disponible en: https://www.sefap.org/media/upload/arxius/sefap/COMPETENCIAS_PROFESIONALES_FAP.pdf
- Aliberas J, Catalán A, Pons JMV. Modelos asistenciales de prestación farmacéutica en centros sociosanitarios. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya; 2015 (Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias).
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Estrategia aprobada por el Consejo Interterritorial del SNS el 27 de junio de 2012 [acceso 12/11/2019]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf
- Revisando la medicación en el anciano: ¿Qué necesito saber? INFAC. 2015; 23 (2). [acceso 11/11/2019]. Disponible en: https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/cevi-me_infac_2015/es_def/adjuntos/INFAC_Vol_23_n_2_revisando%20medicacion%20anciano.pdf

- Izko Gartzia N, Massot Mesquida M, Palma Morgado D. Revisión de la medicación. En :Amado Guirado E, coordinador. Elementos básicos del abordaje de la medicación en el paciente crónico: información al paciente, conciliación, revisión y adherencia. Madrid: Ala Oeste; 2012.75-126.
- Maher RL, Hanlon J, Hajjar ER. Clinical consequences of polypharmacy in elderly. *Expert Opin Drug Saf.* 2014;13 (1): 57–65.
- Farmer C, Fenu E, O’Flynn N, Guthrie B. Clinical assessment and management of multimorbidity: summary of NICE guidance. *BMJ.* 2016; 354: i4843.
- Unitat d’informació i coneixement.CatSalut.Ús de recursos i despesa sanitària dels pacients en residències assistides: any2016. Informes breus. 2018. 12: 1-4. [acceso 11/11/2019]. Disponible en: <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/3458>
- Estudio EARCAS: eventos adversos en residencias y centros asistenciales sociosanitarios. Madrid: Ministerio de Sanidad, de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.
- Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Recomendaciones de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Uso seguro de la medicación en residencias de mayores. 2015; 26. [acceso 11/11/2019]. Disponible en: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/blog/recomendaciones/recomendacion-no-26-uso-seguro-de-la-medicacion-en-residencias-de-mayores/>
- Proyecciones de población. 2018. Notas de prensa Instituto Nacional de Estadística (INE). [acceso 11/11/2019]. Disponible en: https://www.ine.es/prensa/pp_2018_2068.pdf
- Informe 2016. Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto de mayores y servicios sociales (IMSERSO). [acceso 07/11/2019]. Disponible en:http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/112017001_informe-2016-persona.pdf
- Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. 2015. [acceso 08/11/2019]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf?sequence=1.
- Abellán García A, Aceituno Nieto MP, Ramiro Fariñas D. Estadísticas sobre residencias: distribución de centros y plazas residenciales por provincia. Datos de julio de 2017. Madrid, Informes Envejecimiento en red nº 18, 24 p.

- Resolución 26/04/2019 de la Secretaría General de Sanidad y Consumo, por la que se publica el Marco estratégico para la atención primaria y comunitaria. Boletín Oficial del Estado nº109 (7 de mayo de 2019).
- European Commission. State of the Innovation Unión. 2011. [acceso 07/11/2019]. Disponible en: http://www.ciencia.gob.es/stfls/MICINN/Internacional/FICHEROS/Actuaciones_Europeas/State_of_the_Innovation_Union_2011.pdf.
- Alldred DP, Kennedy MC, Hughes C, Chen TF, Miller P. Interventions to optimise prescribing for older people in care homes. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 2. Art. No.: CD009095. DOI: 10.1002/14651858.CD009095.pub3.
- Australian Government. Department of Health. Residential Medication Management Review (RMMR). [Internet]. 2014.[acceso 08/11/2019]. Disponible en: http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/medication_management_reviews.htm
- Massot M, Tristany M, Franzi A, García I, Hernández Ó, Torán P. Consensus and evidence-based medication review to optimize and potentially reduce psychotropic drug prescription in institutionalized dementia patients. BMC Geriatr. 2019;19(1):7.
- Model d'Atenció Farmacèutica per a les persones que viuen en residències de Catalunya. Barcelona, setembre de 2017.
- Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària. Model d'Atenció Sanitària Integrada a les persones que viuen en centres residencials per a gent gran. 2018. [acceso 13/11/2019]. Disponible en: <https://www.inforesidencias.com/resources/public/biblioteca/documentos/varios/model-atencio-sanitaria-integrada-residencias-gener-2018.pdf>



Anexos

ANEXO I.

Detalle de los resultados de la encuesta de la SEFAP para identificar la prestación farmacéutica de los CCSS

A continuación, se recogen los principales datos extraídos de la encuesta realizada en marzo de 2019 por la SEFAP en las CCAA de una manera más detallada.

Tabla 1. Sistemas de información en los CCSS y SFAP			
CCAA	El médico propio de CCSS tiene acceso a la Historia clínica electrónica del paciente	El médico propio del CCSS hace RE	Existen SFAP autorizados en la comunidad
Andalucía	no	no	no
Aragón	no	no	sí
Canarias	no	no	
Cantabria	CCSS público	CCSS público	sí
Castilla-La Mancha	no	no	sí
Castilla y León	no	no	sí
Cataluña	no	no	sí
C. Madrid	CCSS público	CCSS público	sí
C.F. Navarra	sí	sí	no
C. Valenciana	CCSS privado	CCSS privado	sí
Extremadura	CCSS público	sí	sí
Galicia	CCSS público	no	no
Islas Baleares	parcial	parcial	sí
País Vasco	sí	sí	no

CCSS: centros sociosanitarios. RE: receta electrónica. Parcial: puesto en marcha sólo en algunos de los CCSS o en alguna provincia.

Tabla 2. Establecimiento de sistemas para mejorar la seguridad en los CCSS

CCAA	Sistema notificación incidentes seguridad medicamento	Se establece procedimiento de buenas prácticas
Andalucía	no	no
Aragón	no	no
Canarias	no	no
Cantabria	sí	no
Castilla-La Mancha	no	sí
Castilla y León	no	no
Cataluña	no	no
C. Madrid	no	no
C.F. Navarra	sí	sí
C. Valenciana	no	sí
Extremadura	parcial	no
Galicia	sí	no
Islas Baleares	sí	no
País Vasco	no	no

Parcial: puesto en marcha sólo en algunos de los CCSS o en alguna provincia.

Tabla 3. Funciones del FAP en los CCSS

CCAA	Revisión/ Conciliación	Ajuste dosis y pautas de administración	Previene e identifica PRM	Recomendación prevenir erro- res medicación	Seguimiento indicadores prescripción
Andalucía	no	sí	sí	no	no
Aragón	no	no	no	no	no
Canarias	sí	sí	no	no	sí
Cantabria	sí	sí	sí	sí	sí
Castilla- La Manc- ha	sí	no	sí	no	sí
Castilla y León	parcial	no	parcial	no	parcial
Cataluña	sí	parcial	no	no	sí
C. Madrid	sí	sí	no	no	no
C.F. Navarra	sí	sí	sí	sí	sí
C. Valenciana	sólo revisión	parcial	parcial	no	SFCSS privado
Extremadura	CCSS público	parcial	parcial	parcial	CCSS público
Galicia	sí	sí	sí	sí	sí
Islas Baleares	no	sí	sí	sí	no
País Vasco	no	no	no	no	no

CCSS: centros sociosanitarios. Parcial: puesto en marcha sólo en algunos de los CCSS o en alguna provincia. SFCSS: servicio farmacia centro sociosanitario.

Tabla 4. Gestión de medicamentos

CCAA	AP dispensa medicación reposición stock	SS dispensa absorbentes incontinencia	SS dispensa tiras glucosa	SS dispensa PD	SS dispensa productos sanitarios
Andalucía	no	sí	no	no	sí
Aragón	no	sí	sí	CCSS públicos	sí
Baleares	no	sí	no	no	no
Canarias	no	no	no	no	sí
Cantabria	sí	sí	sí	sí	sí
Castilla-La Mancha	no	sí	sí	sí	sí
Castilla y León	no	sí	sí	parcial	sí
Cataluña	no	no	no	no	no
C. Madrid	no	sí	sí	CCSS públicos	sí
C.F. Navarra	no	sí	sí	SFCSS	sí
C. Valenciana	no	sí	sí	no	sí
Extremadura	CCSS públicos	sí	sí	no	sí
Galicia	no	parcial	parcial	sí	sí
País Vasco	no	sí	sí	sí	sí

AP: atención primaria. SS: servicio de salud. CCSS: centros sociosanitarios. Parcial: puesto en marcha sólo en algunos de los CCSS o en alguna provincia. PD: producto dietoterápico. SFCSS: servicio farmacia centro sociosanitario.

Anexo II.

Legislación estatal y autonómica

Actualmente contamos con una norma marco, el RDL 16/2012. De las diecisiete autonomías, seis han desarrollado decretos para concretar aquellos aspectos de interés, algunas con más éxito que otras. Así, las normas de Murcia y Castilla y León están en vigor, los decretos de Aragón y el País Vasco están recurridos; el caso andaluz está en manos del Supremo; y la C. Valenciana tiene decreto, pero no se aplica en la práctica.

Si nos adentramos directamente en materia, a nivel de legislación estatal se contempla la implantación de un SF propio a partir de las cien camas, haciéndose mención en el texto a las expresiones “en régimen de asistidos” y que debe ser un “SFH”. Estos términos entrecuados aparecen así explícitamente citados en escasas legislaciones autonómicas, si bien habría que puntualizar que el RDL 16/2012 no define el concepto de “asistidos”. Esto junto a otras indefiniciones en la mencionada norma, han generado diversas interpretaciones por parte de las autonomías que no han ayudado a unificar contenidos.

Por otro lado, siguiendo con la jurisprudencia estatal, cuando los CCSS disponen de menos de cien camas en régimen de asistidos, se les exige la existencia de DM que deben estar vinculados a un SF del área sanitaria bajo la responsabilidad del jefe del servicio, en el caso de CCSS del sector público, y a una OF establecida en la misma zona farmacéutica o a un SFH, en el supuesto de que se trate de un CCSS del sector privado. Si los CCSS tienen cien o más camas en régimen de asistidos, pueden eximirse de la obligación de un SF propio si disponen de un DM vinculado al SFH del hospital de la red pública. Este planteamiento legal se mantiene en la mayoría de las CCAA, si bien a veces no se contempla explícitamente la diferenciación entre sector público o el privado e, incluso, en ocasiones se condiciona la vinculación del DM a un posterior desarrollo reglamentario.

De la misma manera, a la hora de abordar sobre quién recae la responsabilidad de los DM, dependiendo de su vinculación y del territorio nacional que analicemos, el enfoque más recurrido es aludir al farmacéutico (sin especificar expresamente si debe ser especialista en FH) que atienda el depósito, conjuntamente con el titular de la OF o, si procede, al jefe del SF al cual el depósito esté vinculado, y en este caso el farmacéutico debe estar en posesión del título de especialista. También existe alguna CA donde se concreta que aquellos DM de CCSS de titularidad pública, incluidos en el Programa de Atención Farmacéutica sociosanitaria, deben estar siempre bajo la responsabilidad de un farmacéutico especialista en FH.

Como comentábamos anteriormente, cada CA poco a poco ha incluido en sus leyes de ordenación farmacéutica a los CCSS, apreciándose, según el caso, abordajes diferentes e, incluso, desarrollos normativos más o menos ambiciosos según el territorio. Tenemos así el caso de Ceuta y Melilla, en cuyas ciudades no existe marco normativo que regule el suministro de medicamentos a CCSS. Nos podemos encontrar también con CCAA que sólo han promulgado artículos concretos en sus respectivas leyes de ordenación farmacéutica, como es el caso de Asturias, Canarias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Cataluña, Extremadura, Galicia, La Rioja o C. Madrid.

Y, por último, existen territorios que han emitido decretos o normativa específica sobre AF a CCSS como es el caso de Andalucía (actualmente anulado por sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, y admitido a trámite por el Tribunal Supremo el recurso de casación del Servicio Andaluz de Salud), Aragón, Castilla y León, Islas Baleares, C.F. Navarra; e incluso, regulaciones especialmente extensas entrando al detalle como ocurre con Murcia, la C. Valenciana o el País Vasco.

En la tabla comparativa adjunta se analiza la normativa sobre la legislación estatal y autonómica en cuanto a los requisitos necesarios de los CCSS para tener un SF propio, DM y su vinculación, y sobre la responsabilidad de estos.

Tabla 5. Legislación estatal y autonómica

CCAA	SF propio	DM	Vinculación del DM	Responsabilidad
Estatal	≥ 100 camas asistidos (SFH propio).	≥ 100 camas asistidos (si acuerdo o convenio) y el resto.	Si ≥ 100 camas asistidos y existe acuerdo o convenio, el DM estará vinculado al SFH del hospital de la red pública que sea el de referencia en el área o zona sanitaria de influencia correspondiente. En el resto de los casos, el DM estará vinculado al SF del área sanitaria si se trata de hospital público, y a una OF establecida en la misma zona farmacéutica o a un SFH, si se trata de hospital privado.	Jefe del servicio, en el caso de los hospitales del sector público.
Andalucía	Reglamentariamente, servicio farmacéutico según número de plazas y del tipo y características de la atención médica o farmacológica que precisen las personas que residan en ellos (coordinación mediante acuerdos o convenios).	El resto.	OF o Servicio Farmacéutico dependiente de centro sanitario público.	Farmacéutico (servicios farmacéuticos de los CCSS).
Aragón	≥100 camas	≥100 camas (si el DM está vinculado a un SF del hospital de la red pública de referencia en la zona de influencia) y < 100 camas.	SF del hospital de la red pública de referencia en la zona de influencia o a una OF.	Los SF propios estarán bajo la responsabilidad de un farmacéutico especialista en FH. Será responsable del DM un farmacéutico especialista en FH en el caso de que esté vinculado a un SFH, o un farmacéutico en el caso de que esté vinculado a una OF.
Canarias	En los CCSS que cuenten con servicios de asistencia médica podrá autorizarse la instalación de un SF.	El resto.	SF o a una OF abierta al público.	Farmacéutico (SF u OF).

Tabla 5. Legislación estatal y autonómica

CCAA	SF propio	DM	Vinculación del DM	Responsabilidad
Cantabria	Reglamentariamente, según volumen de usuarios, tipo de pacientes, necesidades especiales y tratamientos practicados.	El resto.	Preferentemente al SF de un hospital público de la misma zona farmacéutica o, en su defecto, a una OF, que será la más próxima dentro de la zona farmacéutica si hubiera varias posibles.	Farmacéutico con especialidad de FH (SFH). Farmacéutico (DM).
Castilla-La Mancha	≥100 camas	≥ 100 camas (si acuerdo o convenio) y < 100 camas sin SF propio.	Si ≥ 100 camas, vinculación a SF de la red pública del área de salud o zona sanitaria de influencia correspondiente. Si < 100 camas sin SF propio, en CCSS público vinculación a un SF público del área de salud y, en el supuesto de que se trate de un CCSS del sector privado, estará vinculado a una OF establecida en la misma zona farmacéutica o a un SFH del área de salud. Excepcionalmente y por motivos de planificación farmacéutica o de asistencia farmacoterapéutica justificados, podrá autorizarse la vinculación a una zona farmacéutica adyacente.	Farmacéutico (DM), titular de la OF o, si procede, el Jefe de SF al cual el depósito esté vinculado.

Tabla 5. Legislación estatal y autonómica

CCAA	SF propio	DM	Vinculación del DM	Responsabilidad
Castilla y León	≥100 camas asistidos (SFH propio).	≥ 100 camas asistidos (si convenio) y < 100 camas asistidos sin SF propio (si acuerdo).	Si ≥100 camas asistidos, vinculación a SFH del hospital de la red pública que sea el de referencia en el área o zona sanitaria de influencia correspondiente. Si < 100 camas asistidos, vinculación a OF ubicada dentro de la zona farmacéutica donde radique el centro o excepcionalmente en zonas colindantes si hay renuncia expresa.	Los SFH propios de los CCSS funcionarán bajo la responsabilidad directa de una persona licenciada o graduada en farmacia que tenga la especialidad en FH o, en su caso, en aquellas especialidades que en cada momento pueda determinar la legislación básica estatal. Los DM deberá mantenerse con una persona licenciada o graduada en farmacia responsable del depósito; el titular, sustituto o regente de la OF a la que esté vinculada; o aquella persona titular del SFH de un hospital de la Gerencia Regional de Salud.
Cataluña	Reglamentariamente si > 100 camas.	El resto.	Si no hay SF y no hay obligación, el DM estará vinculado a OF establecida en la misma área básica de salud o a un SF de otro centro, preferentemente del mismo sector sanitario.	El SF estará bajo la responsabilidad de un farmacéutico, que será el jefe y debe estar en posesión del correspondiente título de especialista. Los DM tendrán como responsable al farmacéutico que atiende el depósito, conjuntamente con el titular de la OF o, si procede, al jefe del SF al cual el depósito esté vinculado.
Ceuta y Melilla	No existe marco normativo. En estos establecimientos, públicos y privados, reciben los medicamentos a través de OF.			

Tabla 5. Legislación estatal y autonómica

CCAA	SF propio	DM	Vinculación del DM	Responsabilidad
C. Madrid	Reglamentariamente, los CCSS vendrán obligados a establecer SF o DM.	En función de la capacidad del establecimiento y tipo de atención médica o farmacológica que requiera la población atendida.	NMN	Los SF de los CCSS se hallarán bajo la responsabilidad de un farmacéutico cuya presencia inexcusable será requisito para el funcionamiento del mismo.
C.F. Navarra	≥100 plazas asistidos (no obstante, podrán organizar en la forma que resulte más acorde con las características del centro, ya sea con SF de carácter exclusivo para cada centro o mancomunadamente para varios centros) y en CCSS < 100 plazas asistidos que, en función de la tipología y volumen de actividad asistencial, se determinen reglamentariamente.	< 100 plazas asistidos siempre que, voluntariamente o por no estar incluidos en los supuestos mencionados más arriba, no tengan establecido un SF	Los DM se hallarán vinculados a un SF o a una OF, preferentemente de la misma Zona Básica de Salud.	Cuando en el CCSS exista un SF, tanto el responsable como los demás farmacéuticos que presten sus servicios deberán estar en posesión del título de farmacéutico especialista. Los DM deberán estar bajo la responsabilidad de un farmacéutico.
C. Valenciana	≥100 camas (SFH propio).	≥ 100 camas (si acuerdos) y el resto.	Los DM estarán vinculados a un SF o a una OF. Reglamentariamente se establecerá su vinculación con arreglo a criterios asistenciales.	Los SF de los CCSS estarán bajo la responsabilidad de la persona farmacéutica especialista en FH. En cuanto a los DM, en la última Ley 27/2018 no se menciona nada al respecto, no obstante, en el Decreto 94/2010 se cita: “Los DM de CCSS de titularidad pública, incluidos en el Programa de AF sociosanitario, estarán bajo la responsabilidad de un farmacéutico especialista en FH”.
Extremadura	Reglamentariamente la AF se prestará a través de DM o de SF.	Según los criterios que se señalen en dicho desarrollo reglamentario.	Reglamentariamente, el DM estará vinculado a un SF de titularidad pública de su Área de Salud o a una OF de la zona de salud.	El DM estará bajo la responsabilidad de un farmacéutico del SF, y en la OF bajo la responsabilidad del titular.

Tabla 5. Legislación estatal y autonómica

CCAA	SF propio	DM	Vinculación del DM	Responsabilidad
Galicia	≥100 camas asistidos (SFH propio).	≥ 100 camas asistidos (si acuerdo o convenio) y el resto.	Si no hay SF y no hay obligación, DM vinculado a SFH del distrito sanitario. Si se trata de un CCSS del sector privado, el DM estará vinculado a una OF establecida en la misma zona farmacéutica o a un SFH. Los CCSS que formalicen acuerdos o convenios dispondrán de un DM vinculado al SFH del hospital de la red pública que sea el de referencia en el área sanitaria correspondiente.	Los farmacéuticos/as que ejerzan su actividad en los SFH propios estarán en posesión del título de especialista en FH. El DM, dependiendo de su vinculación, será atendido por un farmacéutico/a del SF del distrito sanitario, en su caso, por un/una farmacéutico/a del SFH del hospital público de referencia para los CCSS que formalicen acuerdos o convenios o por el farmacéutico/a titular de la OF con la que el centro esté vinculado.
Islas Baleares	Los CCSS podrán disponer, con carácter voluntario, de un SF o un DM.	En la normativa, con respecto a los CCSS no se hace distinción entre > y < 100 camas.	Si el CCSS no dispone de un servicio farmacéutico, solicitará la autorización de un DM que estará vinculado necesariamente a una OF de la misma zona farmacéutica donde se ubica el centro.	Los servicios farmacéuticos estarán bajo la responsabilidad de un farmacéutico especialista en FH. En los DM, el titular de la OF será el responsable de su funcionamiento.
La Rioja	En aquellos CCSS que determine la consejería competente en materia de salud, en función de su tipología y volumen de actividad asistencial que implique especial cualificación en el empleo de medicamentos (SFH propio).	El resto.	El suministro de medicamentos a los CCSS podrá estar organizado mediante su vinculación a cualquier entidad legalmente autorizada para la fabricación, custodia, conservación y dispensación de medicamentos. Los DM de los CCSS podrán estar vinculados a un SFH.	Los farmacéuticos que ejerzan su actividad en los SF deben estar en posesión del correspondiente título de especialista en FH. No obstante, la organización y el régimen de funcionamiento de estos depósitos o servicios deberán permitir la disponibilidad de los medicamentos durante las 24 horas del día.

Tabla 5. Legislación estatal y autonómica

CCAA	SF propio	DM	Vinculación del DM	Responsabilidad
País Vasco	≥100 camas.	≥100 camas (si el DM está vinculado a un SF perteneciente a un hospital del Sistema Sanitario de Euskadi, dentro de su Área sanitaria). Si < 100 y > 25 camas.	Centros residenciales <100 camas: DM de los centros residenciales de titularidad pública serán vinculados al SF de un hospital integrado en el Sistema Sanitario de Euskadi, dentro de su Área sanitaria. Los DM de los centros residenciales de titularidad privada se vincularán a una OF o a un SF de un hospital que se encuentren en la Comunidad Autónoma del País Vasco.	Los SF de las residencias para personas mayores deberán contar con la presencia de, al menos, una persona farmacéutica especialista en FH. Los DM de centros residenciales estarán bajo la responsabilidad de un farmacéutico/a.
Principado de Asturias	Reglamentariamente, según capacidad del establecimiento y del tipo de atención médica o farmacológica que requiera la población atendida.	Reglamentariamente, según capacidad del establecimiento y del tipo de atención médica o farmacológica que requiera la población atendida	Los SF o DM que, en su caso, se establezcan estarán vinculados preferentemente a la red de servicios y centros sanitarios de la Administración Sanitaria del Principado de Asturias.	Los SF de los CCSS se hallarán bajo la responsabilidad y supervisión de un farmacéutico. Su regulación se desarrollará reglamentariamente.
Región de Murcia	≥100 camas asistidos (SFH propio).	≥ 100 camas asistidos (si acuerdo o convenio) y el resto.	Si ≥ 100 camas asistidos y existen acuerdos o convenios, los DM estarán vinculados a un SFH público de referencia en el área de salud correspondiente. En los CCSS públicos que no tengan obligación de disponer SFH propio, los DM estarán vinculados a un SF del área sanitaria y; en CCSS privados que no tengan obligación de disponer SFH propio, estarán vinculados a una OF de la misma zona farmacéutica, según sistema de rotación establecido por normativa.	Los SFH propios de CCSS funcionarán bajo la responsabilidad directa de un farmacéutico especialista en FH o, en su caso, en aquellas especialidades que en cada momento pueda determinar la legislación básica estatal. Los DM vinculados a un SF estarán bajo la responsabilidad directa del jefe del servicio correspondiente. En los DM vinculados a OF, será responsable el farmacéutico titular de la OF.

SF: Servicio de Farmacia. SFH: SF hospitalario. FH: farmacia hospitalaria. DM: depósito de medicamentos. OF: Oficina de Farmacia. CCSS: centros sociosanitarios. NMN: no mencionado en normativa.

Legislación estatal

A continuación, se hace una recopilación de la legislación vigente tanto a nivel nacional como a nivel autonómica referente a este tema.

- **Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud** (Arts. 8 bis y 16)

Artículo 8 bis. *Cartera común básica de servicios asistenciales del SNS.*

1. La cartera común básica de servicios asistenciales del SNS comprende todas las actividades asistenciales de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se realicen en centros sanitarios o sociosanitarios, así como el transporte sanitario urgente, cubiertos de forma completa por financiación pública.

Artículo 16. *Prestación farmacéutica. La prestación farmacéutica 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, del Medicamento, y por la normativa en materia de productos sanitarios y demás disposiciones aplicables.*

- **Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios (Art. 2).**

Artículo 2. Definiciones.

U.83 Farmacia: *unidad asistencial que, bajo la responsabilidad de un farmacéutico, o farmacéutico especialista en Farmacia hospitalaria en el caso de hospitales, lleva a cabo la selección, adquisición, conservación, dispensación, preparación, seguimiento e información sobre los medicamentos a utilizar en el centro y aquellos que requieren una especial vigilancia, supervisión y control del equipo multidisciplinar de salud.*

U.84 Depósito de medicamentos: *unidad asistencial, dependiente de una oficina o SF, en la que se conservan y dispensan medicamentos a los pacientes atendidos en el centro en el que está ubicada.*

- **Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones (Art. 6).**

Artículo 6. Medidas relativas a la atención farmacéutica en los hospitales, en los centros de asistencia social y en los centros psiquiátricos.

1. *Será obligatorio el establecimiento de un SF hospitalaria propio en:*
 - a. *Todos los hospitales que tengan cien o más camas.*
 - b. *Los centros de asistencia social que tengan cien camas o más en régimen de asistidos.*
 - c. *Los centros psiquiátricos que tengan cien camas o más.*
2. *No obstante lo anterior, la consejería responsable en materia de prestación farmacéutica de cada comunidad autónoma podrá establecer acuerdos o convenios con los centros mencionados en el apartado anterior eximiéndoles de dicha exigencia, siempre y cuando dispongan de un depósito de medicamentos vinculado al SF hospitalaria del hospital de la red pública que sea el de referencia en el área o zona sanitaria de influencia correspondiente.*
3. *Asimismo, los centros hospitalarios, los centros de asistencia social que presten asistencia sanitaria específica y los centros psiquiátricos que no cuenten con un SF hospitalaria propio y que no estén obligados a tenerlo dispondrán de un depósito, que estará vinculado a un SF del área sanitaria y bajo la responsabilidad del jefe del servicio, en el caso de los hospitales del sector público, y a una OF establecida en la misma zona farmacéutica o a un SF hospitalaria, en el supuesto de que se trate de un hospital del sector privado.*

- **Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios (Art. 86).**

Artículo 86. *Oficinas de farmacia.*

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.

Legislación autonómica

ANDALUCÍA

- **Ley 22/2007, de 18 de diciembre, de Farmacia** (Arts. 2, 50 y 55).

Artículo 2. *Definiciones. A los efectos de la presente Ley se entiende por:*

- c) Centro sociosanitario: centro asistencial para personas dependientes, mayores, personas con discapacidad y cualesquiera otras personas cuyas condiciones de salud requieran, además de las atenciones sociales, determinada asistencia sanitaria.*

Artículo 50. *Requisitos generales.*

- 1. El cumplimiento de las funciones que corresponde a los servicios de farmacia y depósitos de medicamentos se efectuará bajo la responsabilidad directa de un farmacéutico.*
- 2. La organización de los servicios farmacéuticos y depósitos de medicamentos deberá permitir la disponibilidad de los medicamentos durante las 24 horas del día.*
- 3. Los requisitos específicos, condiciones, régimen de funcionamiento y las autorizaciones administrativas previas a la instalación, funcionamiento, modificación y cierre de los servicios de farmacia y depósitos de medicamentos se determinarán reglamentariamente.*
- 4. Las instalaciones donde se elaboren las fórmulas magistrales y preparados oficinales en los servicios de farmacia, en los diferentes niveles de elaboración, requerirán de la autorización previa por parte de la Consejería competente en materia de salud, así como de las exigencias que se contemplan en el artículo 13 de la presente Ley para las OF.*

Artículo 55. *Atención farmacéutica en los centros sociosanitarios.*

- 1. Reglamentariamente, se determinará la obligatoriedad de disponer de un servicio farmacéutico en los centros sociosanitarios residenciales en función del número de plazas y del tipo y características de la atención médica o farmacológica que precisen las personas que residan en ellos.*
- 2. Los restantes centros sociosanitarios, sean o no residenciales, deberán contar con un depósito de medicamentos, que deberá estar vinculado a una OF o a un servicio farmacéutico dependiente de un centro sanitario público.*
- 3. Los servicios de farmacia de los centros sociosanitarios públicos estarán coordinados funcionalmente con los servicios de farmacia de los hospitales del Sistema Sanitario Público de Andalucía. Esta coordinación se desarrollará mediante acuerdos establecidos al efecto entre las consejerías competentes.*
- 4. Para hacer efectiva la prestación farmacéutica a que tengan derecho las personas acogi-*

das en los centros sociosanitarios de titularidad privada, se establecerán convenios entre estos y el órgano competente en la gestión de la prestación farmacéutica del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

5. *Los servicios farmacéuticos de los centros sociosanitarios estarán dirigidos por un farmacéutico.*

- **Decreto 512/2015, de 29 de diciembre, de Prestación Farmacéutica en los Centros Sociosanitarios Residenciales de Andalucía** (actualmente anulado por sentencia del Tribunal Superior de justicia de Andalucía y admitido a trámite por el Tribunal Supremo el recurso de casación del Servicio Andaluz de Salud).

CAPÍTULO I

Disposiciones generales

Disposiciones generales sobre su objeto y ámbito para lograr una mejor y más eficiente gestión de la prestación farmacéutica en los centros sociosanitarios residenciales de Andalucía, para las personas con ese derecho del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

CAPÍTULO II

Adscripción de los servicios de farmacia y vinculación de depósitos de medicamentos

Se regula la adscripción y vinculación, respectivamente, de los servicios de farmacia y depósitos de medicamentos de los centros sociosanitarios residenciales con los centros hospitalarios del Servicio Andaluz de Salud y, en su caso, con las oficinas de farmacia si se trata de centros sociosanitarios residenciales con cincuenta o menos camas.

CAPÍTULO III

Prestación farmacéutica

Establece las condiciones de prescripción, dispensación, suministro, facturación y coordinación necesarias para la adecuada gestión de la prestación farmacéutica en los citados centros en Andalucía.

DISPOSICIONES ADICIONALES

Contemplan el régimen de autorización de los servicios de farmacia y depósitos de medicamentos, el establecimiento de responsabilidades en cuanto a su dotación de medios personales y materiales, la excepcionalidad a los núcleos de población aislados y los plazos de formalización de los convenios e inicio de la dispensación.

ARAGÓN

- **Ley 4/1999, de 25 de marzo, de Ordenación Farmacéutica para Aragón** (arts. 32 y 35)

El **artículo 32** define centros sociosanitarios:

- 1. La atención farmacéutica en los hospitales, centros sociosanitarios y penitenciarios se prestará a través de los servicios de farmacia y depósitos de medicamentos. Dentro de este ámbito, los farmacéuticos desarrollarán las funciones que les encomienda la presente Ley, prestando un servicio integrado con las otras actividades de la atención hospitalaria y sociosanitaria. Estas unidades tienen una dependencia directa de la dirección asistencial del centro y desarrollarán las labores de carácter asistencial, de gestión y de docencia e investigación que se establezcan.*
- 2. Tendrán la consideración de centros sociosanitarios aquellos que atiendan a sectores de la población tales como personas mayores, discapacitadas y cualesquiera otras cuyas condiciones de salud requieran, además de las atenciones sociales que les presta el centro, atención farmacéutica continuada.*

El **artículo 35.1** de la misma Ley viene indicando que:

Los centros hospitalarios, sociosanitarios y penitenciarios que no cuenten con un SF y no estén obligados a tenerlo podrán disponer de un depósito de medicamentos, que estará vinculado al SF de un hospital perteneciente a la red pública de salud de la misma titularidad o a una OF establecida en la misma zona de salud. En este último caso, para designar la farmacia vinculada al centro, se abrirá un concurso libre para que puedan concurrir en condiciones de igualdad todas las farmacias de la zona de ubicación del centro.

- **Decreto 286/2003, de 18 de noviembre, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Farmacia Hospitalaria y los depósitos de medicamentos** (art. 13)

El **artículo 13**, señala:

- 1. Podrán disponer de un depósito de medicamentos, en virtud de lo establecido en el artículo 35.1 de la Ley 4/1999, de 25 de marzo, de Ordenación Farmacéutica para Aragón, los centros hospitalarios, sociosanitarios y penitenciarios que no cuenten con un SF y no estén obligados a tenerlo.*
- 2. También podrán disponer de un depósito de medicamentos los centros, servicios y establecimientos sanitarios de asistencia extrahospitalaria y titularidad privada, legalmente autorizados, si las características de los tratamientos utilizados o las necesidades asistenciales lo exigen.*

3. El Departamento competente en materia de salud podrá exigir la existencia de un depósito de medicamentos en los centros sanitarios, sociosanitarios y penitenciarios donde se lleven a cabo tratamientos específicos para determinados tipos de pacientes o las necesidades asistenciales lo exija.

- **Decreto 92/2019, de 27 de junio, del Gobierno de Aragón, por el que se regula la atención farmacéutica en los centros sociales de Aragón y se establece el modelo de gestión de la prestación farmacéutica para los usuarios con derecho a la misma.**

Artículo 3. Servicios de farmacia y depósitos de medicamentos.

1. La atención farmacéutica de los usuarios de los centros que tengan derecho a la misma se realizará mediante servicios de farmacia propios o depósitos de medicamentos vinculados a un SF del hospital de la red pública de referencia en la zona de influencia o a una OF, según el número de camas, con independencia de su titularidad y ocupación, bajo la supervisión de un profesional farmacéutico.
2. Las residencias de salud mental, cualquiera que sea su número de camas, estarán vinculadas a un SF del hospital de la red pública de referencia en la zona de influencia.

Artículo 4. Atención farmacéutica en los centros sociales de cien o más camas.

1. Los centros sociales que tengan cien o más camas deberán disponer de SF propio. No obstante, quedarán eximidos de esta obligación cuando dispongan de un depósito de medicamentos vinculado a un SF del hospital de la red pública de referencia en la zona de influencia.
2. El centro social con SF propio adoptará los mecanismos necesarios para la correcta gestión de stocks, la adecuada cobertura de necesidades, la correcta administración, conservación y dispensación de los medicamentos y productos sanitarios y dietéticos.
3. En los centros sociales con depósito de medicamentos el suministro de medicamentos, productos sanitarios y dietéticos destinados a los usuarios con derecho a la prestación farmacéutica se realizará por el SF del hospital de la red pública de referencia en la zona de influencia.

Artículo 5. Atención farmacéutica en los centros sociales con capacidad de menos de cien camas.

Los centros sociales con capacidad de menos de cien camas dispondrán de un depósito de medicamentos vinculado a una OF.

ASTURIAS

- **Ley 1/2007, de 16 de marzo, de ordenación y atención farmacéutica** (arts. 52 y 53).

Artículo 52.- Centros sociosanitarios:

2. *Estos centros vendrán obligados a establecer servicios de farmacia o depósitos de medicamentos debidamente autorizados por la Consejería competente en materia de salud, en los términos que se definan reglamentariamente, en función de la capacidad del establecimiento y del tipo de atención médica o farmacológica que requiera la población atendida. Los servicios de farmacia o depósitos de medicamentos que, en su caso, se establezcan estarán vinculados, preferentemente, a la red de servicios y centros sanitarios de la Administración Sanitaria del Principado de Asturias.*
3. *Los servicios de farmacia de los centros sociosanitarios se hallarán bajo la responsabilidad y supervisión de un farmacéutico. Su regulación se desarrollará reglamentariamente.*

Artículo 53. (Funciones)

Plan Sociosanitario de Asturias 2019

CANARIAS

- **Ley 4/2005, de 13 de julio, de ordenación farmacéutica de Canarias** (Art.63)

Artículo 63. *Servicios Farmacéuticos de los Centros de Atención sociosanitaria.*

1. *A los efectos de la presente Ley, tendrán la consideración de centros sociosanitarios aquellos que atiendan a sectores de población tales como personas mayores, minusválidos o internos en centros de menores y jóvenes infractores.*
2. *En los centros sociosanitarios que cuenten con servicios de asistencia médica podrá autorizarse la instalación de un SF bajo la dirección de un farmacéutico, quien garantizará y asumirá la responsabilidad técnica de la adquisición, calidad, custodia y dispensación de los medicamentos para la atención a las personas en ellos acogidos.*
3. *Igualmente podrá optarse por la autorización de un depósito de medicamentos vinculado a un SF o a una OF abierta al público, en cuyo caso el titular de la misma será el responsable de las funciones señaladas en el párrafo anterior.*
4. *Reglamentariamente se establecerá el procedimiento y los requisitos para la autorización y funcionamiento de este tipo de servicios.*

CANTABRIA

- **Ley 7/2001, de 19 de diciembre, de ordenación farmacéutica de Cantabria** (Arts. del 37 al 40).

Art. 37.- Definición y organización.

3. *Al frente de los servicios de farmacia hospitalarios habrá un farmacéutico con la especialidad de farmacia hospitalaria. Se podrá establecer reglamentariamente, de acuerdo con el tipo de centro y el volumen de actividad que desarrolle, la obligación de contar con farmacéuticos adjuntos, que deberán tener igualmente la especialidad de farmacia hospitalaria, así como de personal técnico y auxiliar.*
4. *Será obligatorio el establecimiento de un SF: ...b) En aquellos centros sociosanitarios o penitenciarios en los que, por su volumen de usuarios, tipo de pacientes, necesidades especiales y tratamientos practicados, se determine reglamentariamente.*

Art. 38.- Depósitos de medicamentos.

1. *Los centros públicos de atención primaria, centros hospitalarios, sociosanitarios y penitenciarios que no cuenten con un SF y que no estén obligados a tenerlo, podrán disponer de un depósito de medicamentos.*
3. *Los depósitos de los centros públicos de atención primaria estarán vinculados a un SF de atención primaria. En los demás casos, estarán vinculados preferentemente al SF de un hospital público de la misma zona farmacéutica o, en su defecto, a una OF, que será la más próxima dentro de la zona farmacéutica si hubiera varias posibles.*
4. *El depósito será atendido por un farmacéutico...(funciones).*

CASTILLA-LA MANCHA

- **Ley 5/2005, de 27 de junio, de ordenación del Servicio farmacéutico de Castilla-La Mancha** (Arts. 2 y 62)

Artículo 2. Definiciones.

A los efectos de esta Ley se entenderá por:

«Centro sociosanitario»: Todo aquel centro público privado que atienda a sectores de población tales como ancianos, personas con discapacidad, enfermos mentales, y cualesquiera otros cuyas condiciones de salud requieran, además de las atenciones sociales que les presta el centro, determinada asistencia sanitaria.

Artículo 62. *Disposiciones Generales.*

1. Reglamentariamente se determinarán los centros sociosanitarios en los que la asistencia farmacéutica se deba llevar a cabo mediante SF o depósito de medicamentos, así como la forma en que deba realizarse la asistencia.
2. Estos depósitos están sujetos a las autorizaciones establecidas en el artículo 3.1 de la presente Ley.

• **Ley 2/2015, de 19 de febrero, por la que se modifica la Ley 5/2005, de 27 de junio, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha.**

Artículo único. Modificación de la Ley 5/2005, de 27 de junio, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha.

Veinticuatro. El artículo 62 quedará redactado de la siguiente manera:

Artículo 62. *Disposiciones Generales.*

1. *La asistencia farmacéutica en centros sociosanitarios deberá garantizarse y se llevará a cabo a través de los servicios de farmacia y los depósitos de medicamentos.*
2. *Los centros sociosanitarios que dispongan de 100 camas o más tendrán un SF propio. No obstante, estos centros podrán tener un depósito de medicamentos, en lugar de un SF, siempre que esté vinculado a un SF de la red pública del área de salud o zona sanitaria de influencia correspondiente, mediante acuerdos o convenios que establezcan con la Consejería competente para la prestación farmacéutica de esta Comunidad Autónoma.*
3. *Los centros sociosanitarios de menos de 100 camas que no dispongan de un SF contarán con un depósito de medicamentos, en las condiciones previstas en el artículo 53.1. Excepcionalmente y por motivos de planificación farmacéutica o de asistencia farmacoterapéutica justificados, podrá autorizarse por parte de la autoridad de ordenación farmacéutica la vinculación a una zona farmacéutica adyacente.*
4. *Estos servicios de farmacia y depósitos de medicamentos están sujetos a las autorizaciones establecidas en el artículo 3.1. Reglamentariamente se establecerá el procedimiento de vinculación, el número máximo de depósitos a atender desde una OF y el periodo máximo de vinculación, así como el régimen de asistencia farmacéutica, las funciones del farmacéutico responsable y los requisitos técnico-sanitarios para su autorización.*

CASTILLA Y LEÓN

- **Ley 13/2001, de 20 de diciembre, de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad de Castilla y León** (art. 48)

El **artículo 48** señala:

1. *La atención farmacéutica en los centros sociosanitarios, conforme a la consideración que de los mismos pueda establecer su legislación específica, se prestará a través de los servicios de farmacia o depósitos de medicamentos en los casos y términos que se definan reglamentariamente, a propuesta de los órganos competentes en la materia, y en función de la capacidad del establecimiento y del tipo de atención médica o farmacológica que requiera la población atendida, y en cualquier caso, se establecerá obligatoriamente un SF propio o con vinculación a un SF hospitalaria en los términos que reglamentariamente se establezcan, en aquellos que dispongan de más de cien plazas para la atención a personas dependientes o asistidas.*
2. *En el supuesto de establecerse para estos centros servicios de farmacia o depósitos de medicamentos, éstos tendrán la consideración prevista en esta ley para los de carácter hospitalario.*
 - Los centros sociosanitarios titularidad de la Junta de Castilla y León y dependientes de la Consejería de Sanidad superiores a 100 camas se proveen a través de los servicios farmacéuticos hospitalarios.
 - Los centros sociosanitarios públicos inferiores a 100 camas y los de titularidad municipal, se suministran a través de OF.
 - Los centros privados son dispensados por OF de su zona básica de salud o municipio.

- **Decreto 14/2019, de 16 de mayo** (arts. 2, 3 ,4 y 12)

El **artículo 2** define a los centros sociosanitarios: *Centro residencial donde se lleva a cabo la prestación de atención sociosanitaria, definida la misma como compresiva del conjunto de cuidados destinados a aquellas personas enfermas, generalmente crónicas, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de servicios sanitarios y sociales, para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción.*

El **artículo 3** contempla la atención farmacéutica en los centros de cien o más camas en régimen de asistidos.

1. *Los centros objeto del presente decreto con cien o más camas en régimen de asistidos, deberán disponer de un SF hospitalaria propio.*

2. No obstante, lo dispuesto en el apartado anterior, mediante resolución de la Dirección General competente en materia de ordenación farmacéutica se podrá eximir de la obligación prevista en el apartado anterior, previa acreditación por el centro dispone de un depósito de medicamentos vinculado al SF hospitalaria del hospital de la red pública que sea el de referencia en el área o zona sanitaria de influencia correspondiente. La vinculación a que se refiere el apartado anterior se materializará, a petición del centro interesado, mediante la suscripción de un convenio entre la Gerencia Regional de Salud y el centro solicitante.

El **artículo 4** contempla la atención farmacéutica en los centros de menos de cien camas en régimen de asistidos.

1. La atención farmacéutica se prestará a través de un depósito de medicamentos vinculado a una OF ubicada dentro de la zona farmacéutica donde radique el centro. La vinculación se formalizará mediante acuerdo suscrito por ambas partes.
2. Dicho acuerdo podrá recoger la vinculación con más de una OF de la zona farmacéutica donde radique el centro.
3. Excepcionalmente, la atención farmacéutica se podrá prestar a través de un depósito de medicamentos vinculado a una OF ubicada dentro de las zonas farmacéuticas colindantes siempre y cuando exista renuncia expresa a la vinculación del depósito por parte de todas las oficinas de farmacia de la zona farmacéutica donde radique el centro.

El **artículo 12** se especifica que “Para garantizar una adecuada atención farmacéutica, cuando una farmacia tenga vinculado más de un depósito, será obligatoria la contratación adicional de personas licenciadas o graduadas en farmacia en función del número total de camas que sumen todos los depósitos que estén vinculados a una misma OF, y si algún depósito tiene vinculación compartida, se contabilizará la parte proporcional de camas:

- a) Hasta 120 camas no será necesario la incorporación de personal farmacéutico adicional.
- b) Una persona licenciada o graduada cuando se supere las 120 camas, y otra más por cada nuevo tramo de 60.
- c) Todo ello, con independencia de las exigencias de incorporación de personal farmacéutico adjunto por otras causas, los cuales no se podrán contabilizar a los efectos de lo aquí descrito.

En la segunda disposición adicional de la Ley se refiere la Atención Farmacéutica en los centros de titularidad de la Junta de Castilla y León:

La atención farmacéutica en los centros objeto del presente Decreto que sean de titularidad de la Junta de Castilla y León, se prestará a través de un depósito de medicamentos vinculado al SF hospitalaria del hospital del Servicio de Salud de Castilla y León que corresponda al

Área de Salud donde radique el centro, en los términos que se acuerden por las Consejerías competentes en materia de sanidad y servicios sociales, garantizando la adecuada gestión de la prestación farmacéutica ambulatoria.

CATALUÑA

- **Ley 31/1991, de 13 de diciembre, de Ordenación Farmacéutica de Cataluña** (art. 12)

En su **artículo 12** apartados 1,2, y 5 nos dice:

1. La atención farmacéutica en los centros hospitalarios, sociosanitarios y psiquiátricos se llevará a cabo a través de los servicios de farmacia y los depósitos de medicamentos. En el ámbito de éstos, los farmacéuticos desarrollarán las funciones que les encomienda la presente Ley, prestando un servicio integrado en las otras actividades de la atención hospitalaria, sociosanitaria o psiquiátrica.

Estas unidades tienen una dependencia directa de la dirección asistencial del centro y desarrollan las labores de carácter asistencial, de gestión, y de docencia e investigación que se establecen en el apartado 3 del presente artículo.

2. En los centros hospitalarios que tengan cien o más de cien camas, y en los centros sociosanitarios y psiquiátricos que se determinen reglamentariamente, la atención farmacéutica se llevará a cabo mediante el SF. Se determinarán por decreto del Gobierno de la Generalitat los centros sociosanitarios y psiquiátricos que, contando en todo caso con más de cien camas, estén obligados a disponer de SF.

5. Los centros hospitalarios, sociosanitarios y psiquiátricos que no cuenten con un SF y que no estén obligados a tenerlo, dispondrán de un depósito de medicamentos, que estará vinculado a una OF establecida en la misma área básica de salud o a un SF de otro centro, preferentemente del mismo sector sanitario.

— No hay regulación autonómica sobre el abastecimiento de medicamentos a los centros sociosanitarios, en estos momentos se opera por acuerdos privados. (En el Concierto de Julio de 2010 no se contempla nada relativo a los CCSS).

— Las Oficinas de Farmacia suministran los medicamentos a los centros sociosanitarios públicos y privados, sin distinción entre menos y más de 100 camas.

- **Ley 21/2001.** Las principales modificaciones incorporadas afectan a conceptos como el cómputo de habitantes, el emplazamiento de nuevas farmacias y las áreas de composición mixta. No afectan a los CCSS.

CEUTA

No tiene su propio concierto que regule las condiciones de la prestación farmacéutica en la Ciudad Autónoma, ya que se mantiene subrogado el último Concierto firmado entre CGCOF y el INSALUD, de 17 de noviembre de 1998.

No existe marco normativo que regule el suministro de fármacos a centros sociosanitarios. En estos establecimientos, públicos y privados, reciben los medicamentos a través de OF.

COMUNIDAD VALENCIANA

- **Decreto 94/2010, de 4 de junio**, por el que se regulan las actividades de ordenación, control y asistencia farmacéutica en los centros sociosanitarios y en la atención domiciliaria, en relación al suministro de medicamentos a centros sociosanitarios, pueden ser relevantes los siguientes artículos.

Artículo 1. *Ámbito de los servicios farmacéuticos sociosanitarios.*

1. *Todos los centros sociosanitarios de la Comunitat Valenciana, públicos y privados, previa autorización de los servicios médicos por la Conselleria competente, están obligados a disponer de servicios farmacéuticos de acuerdo con lo regulado en el presente decreto.*
2. *A efectos de lo dispuesto en el presente decreto, tendrán la consideración de centros sociosanitarios aquellos que atiendan a sectores de la población tales como ancianos, personas con discapacidad y cualesquiera otros cuyas condiciones de salud requieran, además de las atenciones sociales que les presta el centro, determinada asistencia sanitaria.*
3. *Son servicios farmacéuticos de centros sociosanitarios los siguientes:*
 - a) *Los servicios de farmacia sociosanitarios: Unidades asistenciales bajo la responsabilidad de un farmacéutico, que llevan a cabo la selección, adquisición, conservación, dispensación, preparación, seguimiento e información sobre los medicamentos, siempre prescritos en orden médica, a utilizar por los residentes en el centro sociosanitario, por los usuarios de programas especializados de atención sociosanitario diurna y por pacientes dependientes domiciliarios que requieren una especial vigilancia, supervisión y control del equipo multidisciplinar de salud.*
 - b) *Los depósitos de medicamentos sociosanitarios: Unidades asistenciales bajo la responsabilidad de un farmacéutico, que llevan a cabo la conservación, dispensación, preparación, seguimiento e información sobre los medicamentos, prescritos en orden médica o excepcionalmente en receta médica, a utilizar por los residentes en el centro sociosanitario; por los usuarios de programas especializados de atención sociosanitario*

diurna y por pacientes dependientes domiciliarios que requieren una especial vigilancia, supervisión y control del equipo multidisciplinar de salud. Los depósitos mantienen una vinculación con una OF o SF en las condiciones establecidas en el presente decreto.

Los botiquines sociosanitarios: Unidades asistenciales bajo la responsabilidad de un farmacéutico, que llevan a cabo la conservación, dispensación, preparación, seguimiento e información sobre los medicamentos, siempre prescritos en receta médica, a utilizar por los residentes en el centro sociosanitario. Los botiquines mantienen una vinculación con una OF en las condiciones establecidas en el presente decreto.

Los centros sociosanitarios privados vendrán obligados, en el marco de condiciones establecidas en el presente decreto, a optar por una de las tres alternativas de servicios farmacéuticos descritas en este apartado para el suministro de la atención farmacéutica a los residentes.

Los centros sociosanitarios públicos vendrán obligados, en el marco de condiciones establecidas en el presente decreto, a optar por un SF o un depósito de medicamentos.

4. *Los servicios de farmacia de los centros sociosanitarios estarán bajo la responsabilidad y presencia física de un farmacéutico, que ejercerá las funciones que se le encomienden con arreglo a lo dispuesto en el presente decreto.*

Los depósitos de medicamentos y los botiquines sociosanitarios estarán bajo la responsabilidad de un farmacéutico, cuya presencia y actuación profesional se desarrollará durante el tiempo de funcionamiento de los mismos.

Los servicios de farmacia y depósitos de medicamentos de centros sociosanitarios de titularidad pública, incluidos en el Programa de Atención Farmacéutica sociosanitario, estarán bajo la responsabilidad de un farmacéutico especialista en farmacia hospitalaria. Los farmacéuticos adjuntos en servicios de farmacia y depósitos de medicamentos de centros sociosanitarios de titularidad pública, incluidos en el Programa de Atención Farmacéutica sociosanitario, deberán haber cursado los estudios de la especialidad de farmacia hospitalaria.

5. *Los servicios farmacéuticos de los centros sociosanitarios únicamente dispensarán medicamentos para las personas acogidas en el propio establecimiento. Los servicios farmacéuticos de titularidad pública y preferentemente las oficinas de farmacia únicamente dispensarán medicamentos a los pacientes dependientes domiciliarios que requieran una especial vigilancia, supervisión y control del equipo multidisciplinar de salud a los efectos exclusivos de los programas de atención farmacéutica domiciliaria regulados en esta norma.*

6. Los servicios farmacéuticos sociosanitarios autorizados para la preparación, custodia, conservación y dispensación de medicamentos son los servicios de farmacia y las oficinas de farmacia. Los depósitos de medicamentos tendrán vinculados una OF o un SF. Los botiquines sociosanitarios siempre tendrán vinculada una OF. La OF que quede vinculada a un botiquín o a un depósito de medicamentos, de un centro sociosanitario, será la única autorizada para el suministro en dicho centro sanitario.

Artículo 8. *Vinculación de los servicios farmacéuticos sociosanitarios.*

- a. *Todos los centros sociosanitarios de carácter público que no dispongan de SF deberán solicitar la vinculación de su depósito sociosanitario a un servicio farmacéutico de un centro de carácter público, preferentemente del mismo sector sanitario, del mismo departamento de salud legalmente autorizado para la preparación, custodia, conservación y dispensación de medicamentos.*
- b. *Los depósitos de medicamentos y los botiquines sociosanitarios de centros sociosanitarios de carácter privado, estará vinculados a una OF del Departamento de Salud donde se encuentren ubicados, a los efectos del artículo 22 de la Ley 3/2003, de 6 de febrero, de la Generalitat, de Ordenación Sanitaria de la Comunitat Valenciana.*
- c. *A una OF se podrá vincular a más de un depósito de medicamentos, siempre y cuando la suma de camas/plazas no exceda de ciento cuarenta. Se podrá superar esta cifra únicamente cuando el centro sociosanitario vinculado disponga de una oferta propia superior o en el caso que, efectuado el proceso de vinculación al mismo, solo haya concurrido una OF del departamento donde radica el depósito de medicamentos sociosanitario.*
- Una OF se podrá vincular a más de un botiquín sociosanitario, siempre y cuando la suma de camas/plazas no exceda de cien. Se podrá superar esta cifra únicamente en el caso de que, efectuado un proceso de selección para la vinculación de un botiquín de medicamentos, al mismo sólo haya concurrido una OF interesada de la misma zona farmacéutica.*
- d. *El proceso de vinculación a un depósito de medicamentos sociosanitario y a un botiquín sociosanitario privados, será regulado y promovido por la Agencia Valenciana de Salut realizándose en base a medios telemáticos amparados por la Ley 11/2007, de 22 de junio, de acceso electrónico de los ciudadanos a los servicios públicos, mediante convocatorias mensuales.*
- e. *A los efectos de tutelar el procedimiento de vinculación, garantizar la publicidad de las convocatorias de vinculación y resolver los conflictos que pudieran plantearse sobre esta materia, se constituye la Comisión de Servicios Farmacéuticos Sociosanitarios (SERFASO) donde participarán las asociaciones representativas de los centros sociosanitarios, las asociaciones representativas farmacéuticas y los Colegios Oficiales de Farmacéuticos, así como representantes de las Consellerías competentes en esta materia.*

Artículo 12.7 *La dispensación de medicamentos por los servicios farmacéuticos en centros sociosanitarios para residentes con Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social (ASSS) servicios de atención farmacéutica domiciliaria de la Agencia Valenciana de Salut se adecuará, en todos los casos posibles, a la utilización de envases clínicos, medicamentos genéricos o de precio menor.*

Artículo 13. *Programa de suministro de productos sanitarios (SUPRO) y programa de suministro de medicamentos (SUMED):*

- I. El programa de suministro directo de productos sanitarios de la Agencia Valenciana de Salut (SUPRO) es un instrumento de la Conselleria de Sanidad para la entrega de efectos y accesorios a los centros sociosanitarios de residentes con ASSS.*
- II. Todos los centros sociosanitarios, públicos o privados, con pacientes ingresados o en régimen de día con ASSS, vendrán obligados a la petición y suministro de efectos y accesorios mediante entrega directa por el programa SUPRO. En caso de incumplimiento se revisará con el centro cualquier ayuda, subvención o acuerdo con fondos económicos derivados de la Generalitat.*
- III. El programa de suministro directo de medicamentos de la Agencia Valenciana de Salut (SUMED) es un instrumento de la Conselleria de Sanidad para la entrega de medicamentos a los servicios de farmacia de las residencias sociosanitarias de carácter público, preferentemente a través de la unidad central de compras de la Agencia Valenciana de Salut. La Agencia Valenciana de Salut podrá determinar los medicamentos que vendrán obligados los servicios de farmacia de los centros sociosanitarios privados a su petición y suministro mediante entrega directa por el programa SUMED para la dispensación a residentes con ASSS.*

• **Decreto Ley 2/2013, de 1 de marzo, del Consell, de Actuaciones Urgentes de Gestión y Eficiencia en Prestación Farmacéutica y Ortoprotésica.**

Artículo 6. *Procedimientos especiales para la administración y dispensación de productos Farmacéuticos:*

- 1. La Agencia Valenciana de Salut seleccionará y motivará los productos farmacéuticos donde se realizará una entrega directa a los asegurados y beneficiarios del Sistema Nacional de Salud tanto en los centros sanitarios, centros sociosanitarios o su extensión al domicilio, especialmente en aquellos supuestos fomentados por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud para los productos que por sus características sean susceptible de mecanismos de compra conjunta y centralizada.*
- 2. La Agencia Valenciana de Salut determinará los programas de personalización del seguimiento farmacoterapéutico del paciente que deberán incluir la selección de la población*

diana y, en su caso, la preparación de dispositivos de dispensación individualizados, especialmente en la atención sociosanitaria y en el seguimiento de enfermos crónicos y polimedicados.

DISPOSICIONES FINALES

Primera. Modificación de la Ley 6/1998, de 22 de junio, de Ordenación Farmacéutica de la Comunitat Valenciana 2.

Se modifica el artículo 48.3 de la Ley 6/1998, de 22 de junio, de Ordenación Farmacéutica de la Comunitat Valenciana con la siguiente nueva redacción:

«3. Los depósitos de medicamentos de los centros sociosanitarios de carácter público estarán vinculados a un SF de otro centro público de los existentes en la Comunitat Valenciana. Los depósitos de medicamentos de los centros sociosanitarios de carácter privado estarán vinculados a un SF de otro centro público o privado de los existentes en la Comunitat Valenciana, y en su defecto, a una OF preferente del mismo sector sanitario».

Respecto de este Decreto se han publicado gran cantidad de comentarios como que “abría un camino peligroso para las farmacias de esta comunidad con la posibilidad, entre otras, de concertación individual con las oficinas de farmacia. A finales de 2013 se modificaron de forma oficial todos los artículos que tenían visos de inconstitucionalidad. De esta forma, se vuelve a reflejar que solo es posible un único acuerdo marco global y obligada adhesión de concertación con las farmacias en detrimento de los conciertos individuales y/o voluntarios que permitía su redacción original.

Los depósitos de medicamentos de los centros sociosanitarios de carácter privado estarán vinculados a un SF de otro centro público o privado de los existentes en la Comunitat Valenciana, mediante un acuerdo marco global y obligada adhesión de concertación con las farmacias.

Se limita la posible dispensación directa a pacientes desde centros de salud y hospitales exclusivamente a “productos sanitarios”, frente al anterior redactado que recogía el concepto más amplio de “productos farmacéuticos”.

Se modifica el artículo 48.4 de la Ley 6/1998, de 22 de junio, de Ordenación Farmacéutica de la Comunitat Valenciana con la siguiente nueva redacción:

«4. Los botiquines sociosanitarios de los centros sociosanitarios de carácter privado estarán vinculados a una OF de las establecidas en la zona farmacéutica donde esté ubicado el centro, teniendo preferencia a tal efecto aquellas que se encuentren situadas en el mismo municipio en el que radique el centro. En aquellos municipios incluidos en una zona farmacéutica donde exista más de una zona básica de salud, tanto el depósito como el botiquín estarán vinculados preferentemente a una OF de la misma zona básica de salud donde esté ubicado

el centro sociosanitario. En caso de existir más de una OF a la que pueda estar vinculado el depósito o botiquín, se establecerá un turno rotatorio entre las mismas, todo ello sin coartar la libertad del usuario del centro sociosanitario a la elección de la OF.

En caso de que ninguna OF de las establecidas en la zona farmacéutica donde se ubique el centro sociosanitario esté dispuesta a realizar el servicio a que se refiere el párrafo anterior, los botiquines se podrán vincular a una OF perteneciente a otra zona farmacéutica de las existentes en la Comunitat Valenciana que sea limítrofe a aquélla o, en su defecto, a un SF de un centro sociosanitario u hospitalario de los existentes en la Comunitat Valenciana»

- El Programa de Suministro de Productos Sanitarios (SUPRO) se aplica a centros sociosanitarios públicos y privados, consiste en el suministro directo entre los laboratorios y estos centros previa aprobación de la Consejería de Sanidad, la cual selecciona los productos sanitarios que pueden solicitar los centros.
- Los centros sociosanitarios públicos son abastecidos a través de los servicios farmacéuticos hospitalarios según el Programa de Suministro de Medicamentos (SUMED).

EXTREMADURA

- **Ley 6/2006, de 9 de noviembre, de Farmacia de Extremadura** (Arts. 58, 59 y 60).

Artículo 58. *Atención farmacéutica en los centros sociosanitarios.*

1. *A efectos de la presente Ley, se entenderá por centro sociosanitario cualquier centro autorizado donde se preste atención sociosanitaria, incluidos los centros de hospitalización psiquiátrica.*
2. *La atención sociosanitaria comprenderá los cuidados sanitarios de larga duración, la atención sanitaria a la convalecencia, la rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable, y la atención a personas que, por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen dificultades para llevar a cabo por si solos las actividades personales imprescindibles para la vida independiente, por lo que necesitan ayuda a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria.*
3. *La atención farmacéutica en aquellos centros sociosanitarios que reglamentariamente se determinen se prestara a través de depósitos de medicamentos o de servicios de farmacia autorizados por la Administración sanitaria competente, según los criterios que se señalen en dicho desarrollo reglamentario. En el ámbito de estos, el farmacéutico desarrollara las funciones establecidas en la presente Ley, prestando un servicio integrado con el resto de las actividades del centro sociosanitario.*

Artículo 59. *Vinculación de los depósitos de medicamentos de los centros sociosanitarios.*

1. *Reglamentariamente se determinarán los centros sociosanitarios que deberán contar con un depósito de medicamentos, que estará vinculado a un SF de titularidad pública de su Área de Salud o a una OF de la zona de salud. En el primer caso, el depósito estará bajo la responsabilidad de un farmacéutico del SF, y en el segundo bajo la responsabilidad del titular de la OF.*
2. *La Administración sanitaria competente determinará reglamentariamente, de acuerdo a criterios de planificación sanitaria, efectividad y racionalización del gasto farmacéutico, los depósitos de medicamentos de los centros sociosanitarios que deberán ser vinculados a los servicios de farmacia de titularidad pública del área, con el fin de garantizar una correcta asistencia farmacéutica a la población. Asimismo, determinará reglamentariamente los depósitos de los centros que deberán ser vinculados a las oficinas de farmacia, de acuerdo a criterios de atención farmacéutica, utilización de sistemas de dispensación individualizada y seguimiento farmacoterapéutico de los usuarios de dichos centros.*
3. *Los criterios de determinación de los centros sociosanitarios que deben contar con un depósito y su clase de vinculación serán determinados reglamentariamente.*

Artículo 60. Funciones de los depósitos de medicamentos de los centros sociosanitarios.

Las funciones de los depósitos de medicamentos de los centros sociosanitarios serán las establecidas en el apartado primero del artículo 53 para los depósitos de medicamentos hospitalarios.

GALICIA

- **Ley 8/2008, de 10 de julio, de salud de Galicia** (art. 137)

Artículo 137. *Instrumento de coordinación.*

4. (funciones de la Comisión Interdepartamental de Coordinación de Atención sociosanitaria de Galicia).

- **Ley 12/2011, del 26 de diciembre, de medidas fiscales y administrativas** (art. 29)
- **Ley 3/2019, de 2 de julio, de ordenación farmacéutica de Galicia** (arts. del 56 al 60)

Artículo 56. Atención farmacéutica en los hospitales y centros sociosanitarios.

La atención farmacéutica en los hospitales y centros sociosanitarios se llevará a cabo a través de los servicios de farmacia hospitalaria propios y de los depósitos de medicamentos y productos sanitarios.

Artículo 57. Servicios de farmacia hospitalaria propios de los hospitales y centros sociosanitarios: en qué casos será obligatorio el establecimiento de un SF hospitalaria propio (coincide con la legislación estatal).

Artículo 58. Funciones de los servicios de farmacia hospitalaria propios de los hospitales y centros sociosanitarios.

Artículo 59. Recursos materiales y humanos de los servicios de farmacia hospitalaria propios.

Artículo 60. Depósitos de medicamentos y productos sanitarios.

1. Los hospitales y los centros sociosanitarios que presten asistencia sanitaria específica que no cuenten con un SF hospitalario propio y no estén obligados a tenerlo habrán de disponer de un depósito, que estará vinculado a un SF hospitalaria del distrito sanitario y bajo la responsabilidad de la persona que ejerza la jefatura de dicho servicio, en caso de los hospitales o centros sociosanitarios del sector público. En caso de que se trate de un hospital o centro sociosanitario del sector privado, el depósito estará vinculado a una OF establecida en la misma zona farmacéutica o a un SF hospitalario.

Los hospitales y centros sociosanitarios con los cuales se formalicen los acuerdos o convenios a que se refiere el artículo 57 habrán de disponer de un depósito de medicamentos vinculado al SF hospitalaria del hospital de la red pública que sea el de referencia en el área sanitaria correspondiente.

3. El depósito, dependiendo de su vinculación, será atendido por un/una farmacéutico/a del SF del distrito sanitario, en su caso, por un/una farmacéutico/a del SF hospitalaria del hospital de la red pública que sea el de referencia en el área sanitaria correspondiente para los hospitales y centros sociosanitarios que formalicen acuerdos o convenios de conformidad con lo dispuesto en el número 1 o por el/la farmacéutico/a titular de la OF con la que el centro esté vinculado.
4. Funciones a realizar por el/la farmacéutico/a responsable del depósito, con la colaboración del personal técnico o auxiliar de farmacia necesario.

ISLAS BALEARES

Ley 7/1998, de 12 de noviembre, Ordenación Farmacéutica de las Islas Baleares (art. 52)

El **artículo 52** habla de los depósitos de medicamentos de los centros sociosanitarios y penitenciarios:

1. *La consejería competente en materia de salud podrá autorizar la existencia de un SF en los centros sociosanitarios y penitenciarios. Este servicio tendrá por objeto adquirir, custodiar, conservar y dispensar medicamentos y productos sanitarios únicamente a residentes o internos en el correspondiente centro o centros pertenecientes a una misma institución, y deberá estar bajo la responsabilidad de un farmacéutico.*

2. *En el supuesto de que los centros sociosanitarios y penitenciarios no cuenten con un servicio farmacéutico, podrán solicitar autorización para un depósito de medicamentos a la Consejería de Sanidad y Consumo. La resolución que autorice los citados depósitos deberá hacer constar la dotación de medicamentos y productos sanitarios, teniendo en cuenta la población y las patologías más frecuentes.*
3. *Los depósitos regulados en el apartado anterior estarán vinculados necesariamente a una OF ubicada en la misma zona farmacéutica. El titular de la OF será el responsable de su funcionamiento, no pudiendo estar vinculado más de un depósito a la misma OF.*

Decreto 39/2003, de 25 de abril, establece los requisitos y condiciones sanitarias de los servicios de farmacia y depósitos de medicamentos en centros hospitalarios, penitenciarios y sociosanitarios, y se establece el procedimiento para su autorización (arts. 2, 3, 17 y 20).

Artículo 2. Recoge que podrán disponer, con carácter voluntario, de un SF o un depósito de medicamentos y en su Artículo 3 especifica que dichos servicios únicamente podrán prestar atención farmacéutica a los usuarios del hospital en el que se hallen ubicados aquellos.

Artículo 17. *Los servicios farmacéuticos estarán bajo la responsabilidad de un farmacéutico especialista en farmacia hospitalaria, que será el responsable del funcionamiento del mismo, además de organizar y establecer el régimen de funcionamiento. La actuación profesional de dicho farmacéutico será exigible mientras permanezca abierto el servicio.*

Artículo 20. *Los titulares de los centros sociosanitarios y en los casos en que no se disponga de un servicio farmacéutico, podrán solicitar autorización para un depósito de medicamentos, que deberán estar vinculados a una OF de la misma zona farmacéutica donde se ubica el centro.*

En los establecimientos sociosanitarios públicos y concertados no se hace una distinción entre más y menos de 100 camas, todos, por igual, son suministrados a través de los servicios de farmacia del hospital público de referencia.

LA RIOJA

Ley 8/1998, de 16 de junio, de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad Autónoma de la Rioja se encuentran los artículos (arts. 14, 16)

Artículo 14. *De los servicios farmacéuticos en hospitales y centros socioasistenciales.*

1. *Todos los hospitales ubicados en La Rioja dispondrán de servicios farmacéuticos para el desarrollo de las funciones que les son propias y en aras a conseguir un servicio eficiente, facilitando el desarrollo y extensión de los beneficios que la Farmacia Hospitalaria ha demostrado proporcionar al sistema sanitario.*

2. *Constituirán modalidades de los servicios farmacéuticos:*

a) Servicios de farmacia hospitalaria.

b) Depósitos de medicamentos de hospital, centros socioasistenciales o penitenciarios.

3. *Será obligatorio el establecimiento de un SF Hospitalaria:*

a) En todos los hospitales que dispongan de 100 o más camas.

b) Excepcionalmente, en aquellos hospitales no incluidos en el apartado anterior, centros socioasistenciales o penitenciarios que determine la Dirección General de Salud y Consumo, en función de su tipología y volumen de actividad asistencial que implique una especial cualificación en el empleo de medicamentos.

4. *Será obligatorio el establecimiento de un depósito de medicamentos en todos los hospitales de menos de 100 camas, en los centros socioasistenciales y en los penitenciarios.*

A los efectos de la presente Ley se entienden los centros socioasistenciales como aquéllos que atienden a sectores de la población tales como ancianos, minusválidos y cualesquiera otros cuyas condiciones de salud requieran, además de las atenciones sociales que les presta el centro, determinada asistencia sanitaria.

Artículo 16. *Del suministro, dispensación y circulación interna de medicamentos en los Servicios y Depósitos farmacéuticos de hospitales, hospitales psiquiátricos, centros penitenciarios, centros socioasistenciales y residenciales de la tercera edad de carácter social.*

1. *El suministro de medicamentos a los Servicios Farmacéuticos de los hospitales y centros recogidos en el título del presente artículo podrá estar organizado mediante su vinculación a cualquier entidad legalmente autorizada para la fabricación, custodia, conservación y dispensación de medicamentos.*

2. *Los Servicios Farmacéuticos de los hospitales únicamente podrán dispensar medicamentos para su aplicación en el propio establecimiento, salvo cuando:*

- Se trate de medicación que por sus especiales características requiera especial vigilancia y control o bien no se encuentre disponible en Oficinas de Farmacia.*
- Se establezca la asistencia domiciliaria a algún paciente, siempre que esta atención se lleve a cabo por personal adscrito al propio hospital.*
- Se decida que un SF Hospitalario surta a los depósitos y botiquines de Atención primaria y de los centros socioasistenciales y residenciales de carácter social de la tercera edad.*

Los depósitos de medicamentos de los hospitales y centros recogidos en el título del presente artículo podrán estar vinculados a un SF Hospitalario.

C. MADRID

Ley 19/1998, de 25 de noviembre, de ordenación y atención farmacéutica de la Comunidad de Madrid (art. 54)

Artículo 54. *Conceptos básicos.*

[...]

2. *Estos centros vendrán obligados a establecer servicios de Farmacia o Depósitos de Medicamentos debidamente autorizados por la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, en los términos que se definan reglamentariamente en función de la capacidad del establecimiento y tipo de atención médica o farmacológica que requiera la población atendida.*
3. *Los Servicios de Farmacia de los centros sociosanitarios se hallarán bajo la responsabilidad de un Farmacéutico cuya presencia inexcusable será requisito para el funcionamiento del mismo.*

Decreto 6/2006, de 19 de enero, del Consejo de Gobierno, por el que se aprueban medidas para la mejora de la prestación farmacéutica a los pacientes crónicos (art. 2)

Artículo 2. *Ámbito de aplicación.*

Los procedimientos y actuaciones específicos que habrán de adoptarse para mejorar la prestación farmacéutica irán dirigidos a los siguientes grupos de pacientes con enfermedades crónicas:

[...] b) *Pacientes jubilados o en edad de jubilación, residentes en centros sociosanitarios.*

MELILLA

En Melilla la entidad gestora de las prestaciones sanitaria desde el año 2002 es el Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA). No tiene su propio concierto que regule las condiciones de la prestación farmacéutica en la Ciudad Autónoma, ya que se mantiene subrogado el último Concierto firmado entre CGCOF y el INSALUD, de 17 de noviembre de 1998.

No hay normativa autonómica que regule el suministro de medicamentos a centros sociosanitarios.

MURCIA

- **Ley 3/1997, de 28 de mayo, de ordenación farmacéutica de la Región de Murcia** (arts. del 36 al 40).

Artículo 36. *Definición y organización.*

4. *Sera obligatorio el establecimiento de un SF:*

- a) *En todos los hospitales que dispongan de cien o más camas.*
- b) *En aquellos hospitales de menos de cien camas que por razones de capacidad y tipo de atención médica o farmacológica se determine reglamentariamente.*
- c) *En aquellos centros sociosanitarios y psiquiátricos en donde por su volumen de usuarios, tipo de pacientes y tratamientos practicados se determine reglamentariamente.*

Artículo 37. (Funciones que debe desarrollar el SF).

Artículo 38. *Depósitos de medicamentos.*

4. *Independientemente de la vinculación del depósito con los centros mencionados, éste será atendido por un farmacéutico [...] (funciones).*

- **Decreto 2/2014, de 24 de enero, por el que se desarrolla la regulación de los servicios de farmacia y depósitos de medicamentos y productos sanitarios de los centros sociosanitarios de la Región de Murcia.**

Artículo 4 y 5.

(Organización de la atención farmacéutica, y régimen de vinculación coincide con la legislación estatal).

Artículo 6. *Régimen general de funcionamiento de los servicios de farmacia y depósitos de medicamentos.*

Artículo 7. *Los servicios de farmacia de centros sociosanitarios*

1. *Los servicios de farmacia hospitalaria propios de centros sociosanitarios, bajo la dependencia directa de la dirección asistencial del centro, son las unidades a las que les corresponde el desarrollo y ejecución de la atención farmacéutica en aquellos centros sociosanitarios públicos o privados a los que se refiere el artículo 4.1.*

Artículo 8. [...] (Funciones de los servicios de farmacia hospitalaria propios de centros sociosanitarios).

Artículo 9. *Recursos humanos.*

1. *Los servicios de farmacia hospitalaria propios de centros sociosanitarios funcionarán bajo la responsabilidad directa de un farmacéutico especialista en farmacia hospitalaria o, en su caso, en aquellas especialidades que en cada momento pueda determinar la legislación básica estatal, cuya presencia y actuación profesional es necesaria para el desarrollo de sus funciones.*

Artículo 11. *Los depósitos de medicamentos y productos sanitarios.*

1. *Los depósitos de medicamentos y productos sanitarios de centros sociosanitarios, bajo la dependencia del responsable clínico o asistencial del centro o del responsable del SF hospitalaria propio en estos casos de vinculación, son las unidades a las que les corresponde la ejecución de la atención farmacéutica en aquellos centros sociosanitarios públicos o privados a los que se refieren los apartados 2- 3 del artículo 4.*
2. *La atención farmacéutica prestada a través de estos depósitos se llevará a cabo de forma integrada y coordinada con el SF u OF respecto del que mantengan vinculación.*

Artículo 14. *Recursos humanos.*

1. *Los depósitos de medicamentos y productos sanitarios de centros sociosanitarios funcionarán bajo la responsabilidad de un farmacéutico.*
2. *Los depósitos de centros sociosanitarios vinculados a un SF estarán bajo la responsabilidad directa del jefe del servicio correspondiente y, atendiendo al volumen de actividad del SF, al número de depósitos vinculados y, de manera específica, a las características sanitarias de su ámbito de actuación, podrá establecerse la necesidad de un farmacéutico adjunto que, bajo la supervisión de aquél, ejerza las funciones enumeradas en el artículo siguiente. Por el contrario, cuando no se den dichas circunstancias, el farmacéutico responsable podrá atender a más de un depósito, siempre que se garantice el correcto desarrollo de sus funciones. Los farmacéuticos que presten sus servicios en el depósito de medicamentos estarán sujetos al régimen de incompatibilidades previsto por la legislación vigente.*
3. *En los depósitos de centros sociosanitarios vinculados a OF, será responsable el farmacéutico titular de la OF que por el sistema de rotación ostente la vinculación, que ejercerá las funciones especificadas en el artículo 15 por sí mismo o, en su defecto, por un farmacéutico designado al efecto por el titular y bajo su supervisión, siempre que mantenga relación jurídica con dicha OF.*
4. *La dotación de personal del depósito deberá garantizar una correcta asistencia, así como el normal desarrollo de las funciones contempladas en esta disposición. Como mínimo, deberá mantenerse un farmacéutico, con presencia física y actuación profesional durante el tiempo de funcionamiento del depósito, sin perjuicio del personal técnico, auxiliar y administrativo*

suficiente con el que debe contar el depósito para garantizar el correcto funcionamiento del mismo.

Artículo 15. (Funciones del depósito de medicamentos).

- **Resolución de 21/11/2016, del Director Gerente del Servicio Murciano de Salud, por la que se da publicidad al convenio de colaboración, suscrito el 2 de noviembre de 2016, entre el Servicio Murciano de Salud y la Consejería de Familia e Igualdad de oportunidades a través del Instituto Murciano de Acción Social para la creación de depósitos de medicamentos en centros residenciales dependientes del IMAS.**

Exponen: IV- Que en 2007 se puso en marcha un modelo piloto en la Residencia de Personas Mayores de San Basilio, estableciendo un depósito de medicamentos dependiente del SF hospitalaria del Hospital Morales Meseguer. Este modelo ha proporcionado experiencia sobrada que permite valorar los beneficios del modelo no sólo respecto de la gestión de la farmacoterapia y el seguimiento de los tratamientos, sino también desde un punto de vista económico en la medida que ello permite la compra, de los medicamentos destinados a esos centros, de forma centralizada por el SMS con el ahorro económico que ello comporta.

Cláusulas: Cuarta.- Compromisos de las partes. El IMAS, proporciona la infraestructura donde se va a establecer el depósito de medicamentos y será responsable de que los medicamentos estén adecuadamente identificados y que las condiciones higiénico-sanitarias sean las adecuadas para dar la asistencia farmacéutica correcta. El SMS asume, a través del Servicio de Obras y Contratación de la Secretaría General Técnica, del Servicio Murciano de Salud, las obras de adecuación y remodelación de la infraestructura necesaria para que el depósito de medicamentos reúna las condiciones precisas. El SMS asume la dotación del servicio de material e informática y asume la contratación del farmacéutico especialista. La firma del presente Convenio no implicará obligaciones económicas para el IMAS.

Sexta. - Organización y régimen de funcionamiento del depósito de medicamentos Los depósitos de medicamentos deberán contar con instalaciones independientes, seguras y adecuadas a sus fines, garantizando la adecuada conservación y custodia de los medicamentos y su correcto funcionamiento. La organización y funcionamiento del depósito de medicamentos deben permitir la disponibilidad de los medicamentos las veinticuatro horas del día o, en su caso, durante el periodo de tiempo en que tales Centros residenciales presten servicio al público El acceso de los pacientes a la medicación dejará de ser a través de las oficinas de farmacia mediante recetas médicas. La prescripción se realizará preferentemente por medios electrónicos, para lo que se habilitará el módulo de prescripción electrónica asistida corporativo que se utiliza en los hospitales del SMS y la medicación, tras su validación farmacéutica, se preparará y acondicionará desde los servicios de farmacia de los hospitales públicos de Murcia. Se habilitará acceso a la historia electrónica del SMS, Ágora Plus, de los

pacientes del centro, a los médicos del IMAS responsables del tratamiento. El suministro de medicación a los centros residenciales será semanal mediante transporte a cargo del SMS. El centro residencial y el SF hospitalaria podrán acordar otra periodicidad en caso necesario. Cada centro residencial pactará con el SF hospitalaria las condiciones de acceso y/o suministro de medicación urgente, que estará disponible en un plazo máximo de 24 horas desde la recepción de la petición en el SF, a no ser que para su dispensación se deban seguir los trámites establecidos en caso de que la medicación no esté incluida en la GFT, (elaborada conjuntamente entre médicos del IMAS y farmacéuticos del SMS), u otras causas justificadas que lo imposibilitaran. El SMS pondrá los medios necesarios para suministrar la medicación al centro, incluyendo el medio de transporte en caso de ser necesario. Una vez la medicación esté en el centro, la distribución y administración de los medicamentos será responsabilidad del personal de cada centro, para lo cual se seguirán los procedimientos que se establezcan. En cualquier caso, la presencia del farmacéutico en el SF es requisito inexcusable en la dispensación de medicamentos, sin perjuicio del personal técnico, auxiliar y administrativo suficiente para garantizar el correcto funcionamiento del mismo. El SMS valorará las opciones para aplicar el mismo procedimiento en los centros dependientes de la Gerencia del Área VI – Vega Media (RPM San Basilio y CO Churra). Hasta entonces, continuará en funcionamiento el actual modelo de depósito de medicamentos y productos sanitarios en la RPM San Basilio. El funcionamiento del depósito del CO Churra se iniciará cuando el suministro de medicación a este centro pueda realizarse desde el hospital.

Séptima. - Destinatarios de la prestación farmacéutica. El IMAS pondrá los medios necesarios para garantizar que la prestación farmacéutica proporcionada por el SMS se destinará a los pacientes con derecho a la percepción de dicha prestación por el servicio de salud. El Servicio Murciano de Salud reclamará a los terceros obligados al pago del importe de las atenciones o prestaciones sanitarias (incluyendo la farmacéutica) facilitadas directamente a las personas, conforme a lo dispuesto en el Anexo IX del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, y demás normativa de aplicación.

C.F. NAVARRA

Ley Foral 12/2000, de 16 de noviembre, de atención farmacéutica (arts. 34 al 39, disposición adicional).

Artículo 35. Servicios de farmacia.

1. Será obligatorio el establecimiento de un SF en:

a) y b) (coincide con la legislación estatal).

c) Los hospitales de menos de cien camas y centros sociosanitarios de menos de cien plazas de asistidos que, en función de la tipología y volumen de actividad asistencial, se determinen reglamentariamente.

2. No obstante la obligación establecida en el apartado anterior, en el supuesto previsto en la letra b), los centros socio sanitarios podrán organizar la prestación del servicio farmacéutico en la forma que resulte más acorde con las características del centro, ya sea con servicios de farmacia de carácter exclusivo para cada centro o mancomunadamente para varios centros.

Artículo 37. *Requisitos de los farmacéuticos.*

1. Para el desempeño de las funciones establecidas en el artículo 36 de la presente Ley Foral será indispensable la presencia y actuación profesional de al menos un farmacéutico.

2. Tanto el responsable del SF hospitalaria y de los centros sociosanitarios como los demás farmacéuticos que presten sus servicios en los mismos deberán estar en posesión del título de farmacéutico especialista.

Artículo 38. *Depósitos de medicamentos.*

Los hospitales con menos de cien camas y los centros sociosanitarios con menos de 100 plazas de asistidos contarán con un depósito de medicamentos siempre que, voluntariamente o por no estar incluidos en la letra c) del artículo 35.1 de la presente Ley Foral, no tengan establecido un SF. Estos depósitos se hallarán vinculados a un SF o a una OF, preferentemente de la misma Zona Básica de Salud.

Artículo 39. *Funciones.*

Los depósitos de medicamentos en los hospitales y centros sociosanitarios deberán estar bajo la responsabilidad de un farmacéutico (funciones que como mínimo deberá ejercer).

Disposición adicional segunda.

La prestación farmacéutica que dispensan los servicios de farmacia y depósitos de medicamentos de los centros sociosanitarios podrá ser concertada por el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, con los requisitos y condiciones que se establecen en los artículos 29 y siguientes de la presente Ley Foral.

PAÍS VASCO

- **Ley 11/1994, de 17 de junio, de ordenación farmacéutica de la Comunidad Autónoma del País Vasco** (arts. del 27 al 30).

Art. 27.

... los centros socio sanitarios vendrán obligados a establecer servicios de farmacia o depósitos de medicamentos en los casos y términos que se definan reglamentariamente a propuesta de los Departamentos competentes en la materia, en función de la capacidad del establecimiento y del tipo de atención médica o farmacológica que requiera la población atendida.

Art. 28...

2. El responsable del SF hospitalaria será un farmacéutico especialista en farmacia hospitalaria, y bajo su responsabilidad se desarrollarán las funciones previstas en el apartado anterior.

Art. 29.

- 1. Los depósitos de medicamentos de los hospitales y, en su caso, centros socio sanitarios estarán bajo la responsabilidad de un farmacéutico bajo cuya presencia y actuación profesional se desarrollarán, durante el tiempo de funcionamiento del depósito, las funciones previstas en esta ley.*
- 2. Reglamentariamente, y en función de las características concurrentes en los centros citados, se determinará el tiempo mínimo de funcionamiento de los depósitos de medicamentos, sin perjuicio de que el régimen de funcionamiento del centro debe permitir la disponibilidad de los medicamentos durante las 24 horas del día.*

• Decreto 41/1998, de 10 de marzo, sobre servicios sociales residenciales para la tercera edad.

Conforme al marco normativo descrito, se exige un SF en aquellos centros residenciales con una capacidad de cien o más camas, pudiendo eximirse de esta obligación mediante el establecimiento de un depósito de medicamentos vinculado a un SF de un hospital del Sistema sanitario de Euskadi. Y se exige el establecimiento de un depósito de medicamentos en aquellos centros residenciales de menos de cien camas y más de veinticinco, en coherencia con la Especificación Técnica n.º 8 del Anexo II del Decreto 41/1998, de 10 de marzo, en el que se exige a las residencias para personas mayores con más de 25 plazas estar dotadas de una determinada estructura sanitaria.

• Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma del País Vasco (art. 22).

• DECRETO 29/2019, de 26 de febrero, sobre servicios de farmacia y depósitos de medicamentos en las residencias para personas mayores ubicadas en la Comunidad Autónoma de Euskadi.

Artículo 3. La prescripción, dispensación y financiación de los medicamentos y productos sanitarios.

1. Los medicamentos y productos sanitarios que se prescriban por los servicios médicos autorizados en los centros incluidos en el ámbito de aplicación del presente Decreto se dispensarán, con carácter general, a través de los servicios de farmacia y depósitos de medicamentos autorizados en los mismos.
2. Si la prescripción se realiza por profesionales ajenos a los servicios sanitarios del centro, los medicamentos y productos sanitarios se podrán dispensar por las oficinas de farmacia conforme a las normas generales en materia de dispensación.
3. La financiación de los medicamentos y productos sanitarios, financiados por el Sistema Nacional de Salud y dispensados a las personas residentes en los centros, se ajustará a las reglas generales de financiación de los mismos.

Artículo 4. *La atención farmacéutica en las residencias para personas mayores de cien o más camas.*

1. Las residencias para personas mayores, con una capacidad de cien o más camas deberán disponer de un SF propio.
2. No obstante, lo dispuesto en el apartado anterior, a solicitud de la entidad titular del centro, dicha exigencia podrá ser eximida por la Administración Sanitaria previa acreditación por el citado centro de que dispone de un depósito de medicamentos vinculado a un SF perteneciente a un hospital del Sistema Sanitario de Euskadi, dentro de su Área sanitaria.

Artículo 5. *La atención farmacéutica en los centros residenciales de menos de cien camas.*

1. Los centros residenciales para personas mayores con capacidad de menos de cien camas y más de veinticinco, incluidos en el ámbito de aplicación de este decreto, deberán disponer de un depósito de medicamentos.
2. Los depósitos de medicamentos de los centros residenciales de titularidad pública serán vinculados al SF de un hospital integrado en el Sistema Sanitario de Euskadi, dentro de su Área sanitaria.
3. Los depósitos de medicamentos de los centros residenciales de titularidad privada se vincularán a una OF o a un SF de un hospital que se encuentren en la Comunidad Autónoma del País Vasco.

Artículo 6. (Normas comunes de funcionamiento de los servicios de farmacia y de los depósitos de medicamentos).

Artículo 7. *Funcionamiento de los servicios de farmacia de las residencias para personas mayores.*

1. Durante el horario de funcionamiento, los servicios de farmacia de las residencias para personas mayores deberán contar con la presencia de, al menos, una persona farmacéutica especialista en farmacia hospitalaria.

2. *(Funciones que desarrollarán los servicios de farmacia de las residencias para personas mayores).*

Artículo 9. *Funcionamiento de los depósitos de medicamentos de las residencias para personas mayores.*

1. *A los depósitos de medicamentos de centros residenciales, bajo la responsabilidad de un farmacéutico o una farmacéutica, les corresponde la ejecución de la atención farmacéutica en aquellos centros públicos o privados a los que se refieren el artículo 4.2 y el artículo 5.1 del presente Decreto.*
2. *La atención farmacéutica prestada a través de estos depósitos se llevará a cabo de forma integrada y coordinada con el SF u OF respecto del que mantengan vinculación.*
3. *En los supuestos en los que el depósito de medicamentos esté vinculado a un SF de una organización de servicios de Osakidetza-Servicio vasco de salud, el farmacéutico o farmacéutica responsable del mismo pertenecerá a la plantilla de Osakidetza-Servicio vasco de salud. Sin perjuicio de la actuación bajo la supervisión de un responsable farmacéutico o farmacéutica perteneciente a la plantilla de Osakidetza-Servicio vasco de salud, la ejecución de las actuaciones que en materia de atención farmacéutica deben llevarse a efecto a través de los depósitos de medicamentos podrá realizarse por personal farmacéutico vinculado contractualmente a Osakidetza-Servicios vasco de salud o mediante la contratación de oficinas de farmacia para desarrollar las actuaciones que se requieran en el depósito de medicamentos.*

Artículo 10. *(Funciones que desarrollarán, al menos, los depósitos de medicamentos de los centros residenciales).*