



INFORME DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE PLANIFICACIÓN, ORDENACIÓN E INSPECCIÓN SANITARIA SOBRE LA NECESIDAD DE ELABORACIÓN DEL PROYECTO DE DECRETO DE ASISTENCIA FARMACÉUTICA EN CENTROS SOCIOSANITARIOS

El desarrollo reglamentario de la asistencia farmacéutica en los centros sociosanitarios de Castilla-La Mancha es necesario desde el punto de vista normativo, asistencial y económico:

1. Desde el punto de vista normativo, nuestra normativa se tiene que ajustar a lo establecido en la siguiente normativa estatal y autonómica:

a) Normativa estatal.

La **Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud**, hace referencia en su artículo 14 establece que *“la atención sociosanitaria comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social”*. Asimismo indica que *“La continuidad del servicio será garantizada por los servicios sanitarios y sociales a través de la adecuada coordinación entre las Administraciones públicas correspondientes”*.

El **Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones**, establece en su artículo 6 lo siguiente:

“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 servicio de farmacia 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 servicio de farmacia 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 servicio de farmacia hospitalaria propio y que no estén obligados a tenerlo dispondrán de un depósito, que estará vinculado a un servicio de farmacia del área sanitaria y bajo la responsabilidad del jefe del servicio, en el caso de los hospitales del sector público, y a una oficina de farmacia establecida en la misma zona farmacéutica o a un servicio de farmacia hospitalaria, en el supuesto de que se trate de un hospital del sector privado.”



b) Normativa autonómica.

La **Ley 5/2005, de 27 de junio de 2005**, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha, fue modificada por la Ley 2/2015, de 19 de febrero, y entre las modificaciones que se incluyeron se tuvo en cuenta lo regulado en el artículo 6 del Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, en concreto los artículos 62 y 53.1 establecen lo siguiente en cuanto a la asistencia farmacéutica en centros sociosanitarios:

“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 servicio de farmacia propio.

No obstante, estos centros podrán tener un depósito de medicamentos, en lugar de un servicio de farmacia, siempre que esté vinculado a un servicio de farmacia 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 servicio de farmacia 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 oficina de farmacia 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.

“Artículo 53. Vinculación de los depósitos de medicamentos

1. Los depósitos de medicamentos de los centros hospitalarios públicos menores de 100 camas estarán vinculados a un servicio de farmacia público del área de salud y, en el supuesto de que se trate de un hospital de menos de 100 camas del sector privado, estará vinculado a una oficina de farmacia establecida en la misma zona farmacéutica o a un servicio de farmacia hospitalaria del área de salud.

2. Desde el punto de vista asistencial, el desarrollo normativo de esta materia es necesario para mejorar la asistencia farmacéutica de las personas que residen en los centros sociosanitarios, favoreciendo una mayor coordinación del farmacéutico con el equipo multidisciplinar que interviene en el proceso terapéutico, garantizando el uso seguro de los medicamentos, estableciendo los instrumentos necesarios para mejorar la adherencia al tratamiento de los pacientes y realizando un seguimiento del tratamiento farmacoterapéutico de grupos específicos de población especialmente vulnerables,



como son las personas atendidas en centros sociosanitarios, que en la mayoría de los casos son pacientes crónicos polimedificados.

Un abordaje integral de los cuidados a las personas, tanto desde el punto de vista sanitario como social, requiere fomentar el trabajo en equipos interdisciplinares formados por diferentes profesionales de los servicios sanitarios y de los servicios sociales, que garantice la continuidad de los cuidados, con la máxima participación de la persona y de su entorno.

Aunque dicho concepto ha ido evolucionando, ha permanecido asociado a la prestación de cuidados continuados o de larga duración, dispensados a personas que presentan simultáneamente dependencia y enfermedades generalmente crónicas (a veces causantes propiamente de la situación de dependencia) y que tienen necesidad de cuidados sociales y sanitarios al mismo tiempo, por ello una adecuada coordinación entre los servicios sanitarios y sociales trae consigo beneficios para las personas en tanto en cuanto puede facilitar la respuesta a una situación de necesidad sanitaria y social que se puede plantear en un momento determinado de la vida.

Cuando estas necesidades no se presentan simultáneamente puede ser suficiente con articular fórmulas de colaboración puntuales entre ambas redes, mecanismos relativamente sencillos que, con una secuencia coherente, permitan solventar aquello que impide al usuario, temporalmente, disponer de una buena calidad de vida.

Sin embargo, existen una serie de personas que manifiestan necesidades prolongadas y simultáneas -de índole social y sanitaria- para quienes la máxima coordinación entre ambas redes resulta primordial para recibir una atención adecuada, eficaz y pertinente a los requerimientos complejos y diversos de su proceso asistencial, que requieren una actuación coordinada por dichas redes.

Son elementos clave de la atención sociosanitaria: la prevención, la integralidad, la coordinación interna y externa con otros niveles asistenciales, la continuidad asistencial, la interdisciplinariedad, la dimensión ética de la atención, la confidencialidad, la calidad y la atención a las necesidades y preferencias de las personas.

Lo regulado en esta norma afectaría a todo tipo de centros sociosanitarios, principalmente a las residencias de mayores en Castilla-La Mancha, por lo que con esta medida se mejoraría la atención farmacéutica en un total de 356 centros.

La asistencia farmacéutica es un aspecto fundamental de la asistencia sociosanitaria para el mantenimiento de la salud y autonomía de las personas mayores. El perfil de las personas de las residencias es una persona mayor de 75 años, con una mediana de edad 89 años, con pluripatología y con patología mental, polimedificada, con alto grado de dependencia (deterioro funcional y/o cognitivo), con problemas sociales y con mucha variabilidad interindividual, debido a los cambios biológicos y al envejecimiento, lo que causa frecuentes hospitalizaciones con escasas posibilidades de curación. Muchos de estos ingresos hospitalarios se deben a problemas de medicación, puesto que, de promedio, cada mayor está tratado con 6 medicamentos y el riesgo de que se produzca un acontecimiento adverso se incrementa con el número de medicamentos utilizados.



Lo anteriormente expuesto conlleva a una gran incidencia de problemas relacionados con la medicación y a un gran consumo de recursos sanitarios.

La contribución del farmacéutico de atención primaria y hospitalaria, al estar integrado en el equipo interdisciplinar, permitiría:

- Mejorar la utilización de los medicamentos, protocolizando y controlando todos los procesos desde la prescripción, validación, dispensación, conservación y administración de los medicamentos.
- Mejorar la capacidad de respuesta de los dispositivos asistenciales, sanitarios y sociales, ya que libera recursos para un uso más apropiado.
- Reducir la iatrogenia en los pacientes mayores complejos.
- Disminuir la duplicidad de medicamentos, así como las interacciones y reacciones adversas relacionadas con los mismos.
- Garantizar la continuidad de los cuidados y la mejora de la calidad.
- Garantizar un uso más racional de los recursos, evitando ingresos y estancias innecesarias y poco adecuadas a las características del hospital.
- Mejorar la calidad de vida de las personas que viven en las residencias e indirectamente también de sus familias.
- Incrementar la efectividad de la asistencia sanitaria, así como su eficiencia.

3. Desde el punto de vista económico, el desarrollo normativo de la asistencia farmacéutica en centros sociosanitarios va a suponer la disminución del gasto sanitario y farmacéutico, al realizar la compra centralizada y directa de los medicamentos en los centros atendidos por el Sescam y a la disminución en el número de ingresos hospitalarios. Además, se evitaría la duplicidad de medicamentos, se reducirían los costes asociados a la prescripción por receta, al poder sustituir la receta médica de pensionista por un único impreso que refleje el perfil farmacoterapéutico del paciente.

En la *“Memoria del Análisis de Impacto Normativo del Proyecto de Ley por la que se modifica la Ley 5/2005, de 27 de junio, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha”*, de fecha 7 de mayo de 2014, en el apartado del *“impacto presupuestario”* se realizaron las siguientes estimaciones de ahorro farmacéutico y sanitario, en el apartado de *“Reducción en el gasto farmacéutico y mejoras en la asistencia a los mayores en residencias”*:

“El 7% de los mayores de 65 años residen en un centro socio-sanitario, esto supone un colectivo de 24.795 personas. La asistencia farmacéutica es un aspecto fundamental para el mantenimiento de la salud y autonomía de las personas mayores. Los tratamientos con fármacos se multiplican en los mayores en residencias por su mayor edad y estado de salud. En promedio, cada mayor está tratado con 6 fármacos y el riesgo de que se produzca un acontecimiento adverso se incrementa con el número de medicamentos utilizados; los ingresos hospitalarios de personas mayores se deben en una proporción importante a los fármacos.”



La reordenación de la asistencia farmacéutica en los centros sociosanitarios supone distribuir la atención farmacéutica entre los servicios de farmacia hospitalarios y las oficinas de farmacia de la zona farmacéutica de la residencia en función del número de plazas del centro. Se estima que 98 centros con una población residente de 14.282 personas serán atendidos directamente por el Sescam (de esta población el Sescam atiende actualmente a 3.032 personas); mientras que otros 232 centros con 11.537 plazas serán atendidos por la farmacia más próxima.

Los ahorros proceden de dos fuentes: del menor gasto en la compra directa de fármacos en los centros atendidos por el Sescam y de la disminución en el número de ingresos hospitalarios derivado de la mayor intensidad de la atención farmacéutica.

El gasto en medicamentos en promedio de las personas en residencias es de 1.195€/año y el ahorro por gestión directa es del 40%. Por tanto se estima un ahorro de 5,3 millones de €.

El 4,7% de los ingresos de las personas entre 64 y 74 años y el 6,8% de las personas mayores de 74 de nuestra región ingresó en el hospital por causa de un problema relacionado con el medicamento; en total 4.711 ingresos que son evitables con una mejor atención farmacéutica. Si se atribuye a la población residente en centros el 10% de estos ingresos evitables (toda vez que la edad media de las personas en residencias es mayor que la de las personas en el domicilio), la mejora de la asistencia farmacéutica en residencias supone un potencial de 470 ingresos hospitalarios evitables. El coste medio por alta en el año 2012 fue de 4.611. Por tanto el coste estimado de los ingresos evitables es de 2,2 M €.

4. Resumen con los datos de 2021.

En la siguiente tabla se muestra un resumen global, por gerencia, del número de residencias, número de plazas, tanto de las atendidas como de las que se podrían atender en cada una de las fases en las que el Sescam podría ir asumiendo el suministro de medicamentos.

La implantación sería de manera escalonada, pudiendo diferenciarla en tres fases:

1. La primera fase correspondería a residencias públicas de 100 camas o más.
2. La segunda fase correspondería a residencias de titularidad privada de 100 camas o más.
3. La tercera fase correspondería a residencias de titularidad públicas de menos de 100 camas.
4. Las residencias de titularidad privada de menos de 100 camas tendrían vinculado el suministro de medicamentos a través de oficinas de farmacia.

Como se ha comentado anteriormente, en Castilla-La Mancha, y según datos suministrados por la Consejería de Bienestar Social, hay un total de 356 residencias de mayores con un total de 27.121 plazas.

Actualmente hay 41 residencias atendidas por el Sescam, lo que supone un 11,5% de total, y 4636 plazas, lo que supone un 17,10 del total.

En función de las categorías en la que se ha dividido el proceso de implementación del suministro, hablamos de residencias y plazas “posibles”, es decir, todas aquellas



contempladas en las fases, a excepción de las que serían vinculadas a oficinas de farmacia, siendo un total de 224 residencias, que suponen el 62,9 % del total, con 19.754 plazas, que suponen el 72,8 del total.

GERENCIAS	Nº RESIDENCIAS		PLAZAS RESIDENCIAS		ATENDIDAS		FASE 1		FASE 2		FASE 3		AHORRO ACTUAL	AHORRO FUTURO
	Nº RESIDENCIA	R. POSIBLES	PLAZAS TOTALES	PLAZAS POSIBLES	Nº RESIDENCIA	PLAZAS	Nº RESIDE	PLAZAS	Nº RESIDE	PLAZAS	Nº RESIDENC	PLAZAS		
TOLEDO	91	60	6551	4903	4	632	7	870	13	2079	36	1322	442.400 €	2.989.700 €
TALAVERA	49	38	3035	1841	1	125	1	120	10	1124	16	467	87.500 €	1.201.200 €
ALBACETE	27	16	2489	1919	6	942	0	0	4	763	6	214	659.400 €	683.900 €
ALMANSA	5	5	357	357	5	357	0	0	0	0	0	0	242.900 €	0 €
HELLIN	8	6	546	528	6	368	0	0	1	160	0	0	257.600 €	112.000 €
VILLARROBLEDO	13	4	815	373	0	0	2	240	1	117	1	16	0 €	261.100 €
CUENCA	30	12	2416	1548	3	476	0	0	7	881	5	191	333.200 €	750.400 €
GUADALAJARA	45	29	4019	3280	3	360	3	385	16	2227	7	308	252.000 €	2.044.000 €
ALCAZAR DE SAN JUAN	19	11	1641	1166	1	140	2	240	6	744	2	42	98.000 €	718.200 €
CIUDAD REAL	32	20	2736	1943	5	690	1	120	7	910	7	223	483.000 €	877.100 €
MANZANARES	5	5	348	348	5	334	0	0	0	0	0	0	233.800 €	0 €
PUERTOLLANO	12	6	857	517	1	167	0	0	2	227	3	123	116.900 €	245.000 €
TOMELLOSO	5	4	482	426	1	45	1	120	2	261	0	0	31.500 €	266.700 €
VALDEPEÑAS	15	8	829	605	0	0	0	0	3	416	5	189	0 €	423.500 €
TOTALES	356	224	27121	19754	41	4636	17	2095	72	9909	88	3095	3.238.200 €	10.572.800 €
PORCENTAJES TOTALES	100%	62,90%	100%	72,80%	11,50%	17,10%	4,80%	7,70%	20,20%	36,50%	24,70%	11,40%		
PORCENTAJES POSIBLES	100%	62,90%	100%	72,80%	18,70%	23,50%	7,8%	10,60%	32,90%	50,16%	40,20%	15,70%		
													AHORRO TOTAL:	13.811.000 €

En la primera fase se asumiría por parte del Sescam y total de 17 residencias (7,8% de las posibles) con 2095 plazas (10,6% de las posibles). Las gerencias de Toledo y Guadalajara sería las prioritarias en esta fase, seguidas de Villarrobledo y Alcázar de San Juan.

Como se puede observar en la tabla, el mayor volumen de plazas a atender sería en la 2ª fase, con un total de 72 residencias (32,90 % de las posibles) con 9909 plazas (50,16% de las posibles). Las gerencias de Toledo, Talavera, Guadalajara, Cuenca, Albacete, Alcázar de San Juan y Ciudad Real serían las prioritarias en esta fase, seguidas de Valdepeñas, Tomelloso y Puertollano,

En la tercera fase se asumiría por parte del Sescam un total de 88 residencias (40,2% de las posibles) con 3095 plazas (15,7% de las posibles). Como se observa en la tabla, Toledo y Talavera siguen siendo las de mayor número de residencias y plazas a atender, pero también destacarían, Albacete, Ciudad Real, Cuenca, Guadalajara, Puertollano y Valdepeñas.

En la gerencia de Almansa y Manzanares están todas atendidas y en la Gerencia de Hellín solo falta por asumir el suministro de 1 residencia de 160 plazas.



A continuación, se muestra una tabla con el ahorro por fases:

TABLA AHORRO POR FASES					
	ATENDIDAS	1ª FASE	2ª FASE	3ª FASE	ACUMULADO TOTAL
TOLEDO	442.400 €	609.000 €	1.455.300 €	925.400 €	2.989.700 €
TALAVERA	87.500 €	84.000 €	786.800 €	326.900 €	1.201.200 €
ALBACETE	659.400 €	0 €	534.100 €	149.800 €	683.900 €
ALMANSA	242.900 €	0 €	0 €	0 €	0 €
HELLIN	257.600 €	0 €	112.000 €	0 €	112.000 €
VILLARROBLEDO	0 €	168.000 €	81.900 €	11.200 €	261.100 €
CUENCA	333.200 €	0 €	616.700 €	133.700 €	750.400 €
GUADALAJARA	252.000 €	269.500 €	1.558.900 €	215.600 €	2.044.000 €
ALCAZAR DE SAN JUAN	98.000 €	168.000 €	520.800 €	29.400 €	718.200 €
CIUDAD REAL	483.000 €	84.000 €	637.000 €	156.100 €	877.100 €
MANZANARES	233.800 €	0 €	0 €	0 €	0 €
PUERTOLLANO	116.900 €	0 €	158.900 €	86.100 €	245.000 €
TOMELLOSO	31.500 €	84.000 €	182.700 €	0 €	266.700 €
VALDEPEÑAS	0 €	0 €	291.200 €	132.300 €	423.500 €
	3.238.200 €	1.466.500 €	6.936.300 €	2.166.500 €	10.572.800 €

A continuación, se muestra el ahora acumulado por fases:

TABLA AHORRO ACUMULADO POR FASES				
	ATENDIDAS	1ª FASE	1ª + 2ª FASE	1ª+ 2ª + 3ª FASE
TOLEDO	442.400 €	609.000 €	6.064.300 €	2.989.700 €
TALAVERA	87.500 €	84.000 €	870.800 €	1.201.200 €
ALBACETE	659.400 €	0 €	534.100 €	683.900 €
ALMANSA	242.900 €	0 €	0 €	0 €
HELLIN	257.600 €	0 €	112.000 €	112.000 €
VILLARROBLEDO	0 €	168.000 €	249.900 €	261.100 €
CUENCA	333.200 €	0 €	616.700 €	750.400 €
GUADALAJARA	252.000 €	269.500 €	1.828.400 €	2.044.000 €
ALCAZAR DE SAN JUAN	98.000 €	168.000 €	688.800 €	718.200 €
CIUDAD REAL	483.000 €	84.000 €	721.000 €	877.100 €
MANZANARES	233.800 €	0 €	0 €	0 €
PUERTOLLANO	116.900 €	0 €	158.900 €	245.000 €
TOMELLOSO	31.500 €	84.000 €	266.700 €	266.700 €
VALDEPEÑAS	0 €	0 €	291.200 €	423.500 €
	3.238.200 €	1.466.500 €	12.402.800 €	10.572.800 €



A continuación, se muestran los % de ahorro por fases y acumulado por fases:

% DE AHORRO POR FASES	1ª FASE	2ª FASE	3ª FASE
	13,90%	65,60%	20,50%
% AHORRO ACUMULADO POR FASES	13.90%	79,50%	100%

Como se observa en la tabla, el mayor porcentaje de ahorro, aunque también la mayor carga de trabajo inicial, corresponde a la segunda fase.

Toledo 29 de octubre de 2021