

INFORME DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE PLANIFICACIÓN, ORDENACIÓN E INSPECCIÓN SANITARIA SOBRE LAS ALEGACIONES PRESENTADAS AL PROYECTO DE DECRETO DE ASISTENCIA FARMACÉUTICA EN LOS CENTROS SOCIOSANITARIOS.

En cumplimiento del principio de transparencia, el 18 de marzo de 2022 se publicó en el Diario Oficial de Castilla-La Mancha (DOCM) la Resolución de 10/03/2022, de la Secretaría General, por la que se dispone la apertura de un período de información pública sobre el proyecto de decreto de asistencia farmacéutica en los centros sociosanitarios, exponiéndose el mismo día el texto del proyecto en el tablón de anuncios de la sede electrónica de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha.

Finalizado el plazo de información pública, se han presentado las siguientes alegaciones y observaciones por las siguientes entidades, asociaciones, órganos y particulares:

A. Consejo de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de Castilla-La Mancha (en adelante el Consejo).

B. Asociación de Castilla-La Mancha de residencias y servicios de atención a los mayores (en adelante Acescam).

C. Asociación de Residencias Privadas de la Tercera Edad de Castilla-La Mancha (en adelante ARTECAM).

D. Federación de Empresarios Farmacéuticos de Castilla-La Mancha (en adelante FEFCAM).

E. Federación Empresarial de Farmacéuticos Españoles (en adelante FEFE).

F. Sociedad Castellano Manchega de Farmacia Hospitalaria (en adelante SCMFH).

G. Sociedad Española de Farmacia Clínica, Familiar y Comunitaria (en adelante SEFAC).

H. Sociedad Española de Farmacia Rural (en adelante SEFAR).

I. Consejería de Bienestar Social.

J. Dirección General de Asistencia Sanitaria del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (Sescam)- Área de Farmacia.

K. Asociación de farmacéuticos y usuarios en defensa de la libertad de Castilla-La Mancha.

L. Particulares:

1. AAQ.
2. AEP.



3. AMMA.
4. AMOG.
5. AMS.
6. AAA.
7. CIMG
8. EGM.
9. FCP.
10. FJML.
11. GFG.
12. IOC.
13. ICS.
14. JAS.
15. JMCA.
16. MAC.
17. YMM.
18. RAT.
19. RJCM.

A. Alegaciones presentadas por el Consejo.

1. En relación al **procedimiento de vinculación de los depósitos de medicamentos de un centro sociosanitario a una oficina de farmacia regulados en los artículos 16 y 17**, el Consejo alega que *“no ve adecuada la vinculación directa mediante acuerdo entre partes, que el borrador de Decreto establece como criterio prioritario en los artículos 16 y 17, y que en la inmensa mayoría de los casos es el que va a ser utilizado, siendo poco probable que pueda darse la vinculación de oficio, ya que el apartado 1 del artículo 17 limita a casos muy concretos y residuales.”*

“Este sistema de vinculación directa por acuerdo entre partes es el mantenido hasta la fecha y que, como es sabido, tantos problemas genera, por lo cual consideramos que debería ser suprimido del Decreto. No obstante, en el caso que la Administración persista en mantener este criterio es fundamental que se establezcan límites y controles que garanticen la mayor transparencia del mismo. El borrador de Decreto establece como medidas de control y limitación, - la vinculación a la zona farmacéutica, - el límite de una oficina de farmacia por depósito de medicamento y - una amplia batería de requisitos técnico-sanitarios a cumplir por los depósitos, lo cual nos parece acertado y muy positivo, pero creemos que se debería ir más allá y establecer el control en los acuerdos entre las partes como medio de garantizar una perfecta transparencia en los mismos.”

“...que el acuerdo firmado entre el centro sociosanitario y la oficina de farmacia sea puesto en conocimiento de la Administración, y ello atendiendo a lo dispuesto en el Proyecto de Decreto por el que se regula el procedimiento de autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios en Castilla-La Mancha, aún no vigente pero de próxima aprobación, al cual se remite en varias ocasiones el Proyecto de Decreto objeto de las presentes alegaciones, y que regula la documentación que debe aportar un centro, servicio o establecimiento sanitario para obtener la autorización de instalación y



funcionamiento y regula en su artículo 18 el correspondiente Registro de Centros (RCSES-CLM) al cual dota de naturaleza administrativa y carácter público.”

“...propone una vinculación de oficio en todos los casos, por un sistema en el que puedan participar de forma voluntaria todas las oficinas de farmacia de la misma zona farmacéutica y por un periodo de 2 años, no pudiendo repetir una misma oficina de farmacia en la vinculación hasta que pasara un periodo de tiempo por determinar o hasta que todas las oficinas de farmacia de la zona farmacéutica que lo desearan hubieran accedido a la vinculación.”

“En el caso que sean varias las oficinas de farmacia que concurran a este proceso de oficio, se establecería unos criterios para determinar la vinculación:

- 1º.- Farmacia ubicada en el núcleo de población del centro sociosanitario.
- 2º.- Núcleo de población con menor número de habitantes.
- 3º.- Proximidad.

Estos tres criterios se aplicarán a efectos de establecer el orden de prioridad de forma sucesiva. En el caso de que sean dos o más las farmacias interesadas en la participación dentro de cualquiera de estos tres criterios, el orden de preferencia entre ellas se determinaría por el número de actos de dispensación, ...”

El proyecto decreto regula de forma general la vinculación de los depósitos de medicamentos de centros sociosanitarios a oficinas de farmacia mediante un acuerdo de asistencia farmacéutica, de forma libre entre las partes implicadas, pero, tal y como indica el Consejo, ya se establecen medidas de control y limitación. Respecto a “creemos que se debería ir más allá”, se considera que dificultaría que la vinculación se realice de forma ágil y el cumplimiento del acuerdo de asistencia farmacéutica entre ambas partes.

En cuanto a que “el acuerdo firmado entre el centro sociosanitario y la oficina de farmacia sea puesto en conocimiento de la Administración”, ya se ha tenido en cuenta en este proyecto de decreto, puesto que el artículo 12.2 establece que “En el caso de los depósitos de medicamentos, la solicitud de funcionamiento deberá acompañarse de un acuerdo de asistencia farmacéutica”, que deberá cumplir los requisitos establecidos en el artículo 12.3.

En relación a que el periodo de vinculación sea de 2 años, se considera más adecuado que la vinculación al mismo coincida con la renovación de la autorización de funcionamiento del depósito de medicamentos, tal y como se establece en el artículo 16.3 del proyecto de decreto, “El periodo de vinculación de un depósito de medicamentos de un centro sociosanitario a una oficina de farmacia coincidirá con el periodo de autorización de funcionamiento del mismo”. Conforme se regula en el artículo 10.2 del proyecto de decreto y establece el artículo 14.1 del Decreto 125/2022, de 7 de diciembre, de autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios en Castilla-La Mancha y de derogación y modificación de otros decretos en materia sanitaria, la renovación se producirá cada 5 años como el resto de centros, servicios y establecimientos sanitarios.



En el artículo 18, de criterios de vinculación de oficio, se da prioridad en primer lugar a las oficinas de farmacia ubicadas en la misma zona farmacéutica y, en caso de las de zonas farmacéuticas adyacentes, a las situadas en zonas despobladas. Dentro de la misma zona farmacéutica, se da prioridad a las localizadas en núcleos de población con menor número de habitantes y luego a la proximidad. Esta regulación es similar a la utilizada en la vinculación de los botiquines (artículo 75 del Decreto 11/2019, de 18 de marzo, de planificación farmacéutica y requisitos, personal y autorización de las oficinas de farmacia y botiquines) y pretende favorecer la sostenibilidad de la oficina de farmacia rural, en especial a las ubicadas en zonas despobladas y, por tanto, la permanencia de las oficinas de farmacia en el medio rural.

2. En relación a lo establecido en el **artículo 3**, de **asistencia farmacéutica en los centros sociosanitarios**, el Consejo considera lo siguiente: *“Atendiendo al propio Proyecto de Decreto, que en su artículo 7.3 determina “los depósitos de medicamentos vinculados a una oficina de farmacia estarán bajo la responsabilidad del personal titular de la misma que ejercerá las funciones asignadas por sí misma o mediante delegación en el personal farmacéutico adjunto de dicha oficina de farmacia”, es obvio que estas funciones no pueden ser delegadas en personal no autorizado solo al objeto de dar cobertura de servicio 24 horas al día, por lo cual ante necesidades que se puedan plantear fuera del horario de apertura de la oficina de farmacia planteamos la siguiente redacción para el apartado 6 del artículo 3.”*

Propone la siguiente redacción del artículo 3.6: *“En el caso de depósitos de medicamentos vinculados a una oficina de farmacia, deberá garantizarse la disponibilidad de medicamentos durante el horario de apertura de la oficina de farmacia a la cual está vinculado el depósito. Fuera de ese horario la disponibilidad del medicamento será garantizada por la oficina de farmacia en servicio de urgencia de la zona farmacéutica”.*

En el artículo 3 se regula la asistencia farmacéutica en los centros sociosanitarios de forma general; por ello, lo regulado en el apartado 6 es independiente de que exista en el centro un servicio de farmacia o un depósito de medicamentos. La propuesta del Consejo solo hace referencia a los depósitos vinculados a las oficinas de farmacia.

Se debe garantizar el acceso al depósito de medicamentos de forma continuada en caso de necesidad para los medicamentos ya prescritos a los residentes y que se encuentran en el mismo, por lo que este aspecto ya se ha regulado en el anexo de proyecto de decreto, en los apartados II.B.1 y II.B.3 y II.C.1 y II.C.2. No obstante, en caso de necesidad de medicación urgente que no se encuentre en el mencionado depósito, la disponibilidad del medicamento será garantizada por la oficina de farmacia en servicio de urgencia de mismo núcleo de población o zona farmacéutica, conforme a lo establecido en el artículo 6 del Decreto 23/2013, de 26 de abril, por el que se establecen los horarios de atención al público, servicios de urgencia y vacaciones de las oficinas de farmacia y botiquines en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha.

Teniendo en cuenta lo expuesto, ya se garantiza la asistencia farmacéutica durante las 24 horas del día, por lo que no es necesario modificar el proyecto de decreto.



3. En relación al artículo 5.3.a), de organización de la asistencia farmacéutica en los centros sociosanitarios de menos de 100 camas, el Consejo propone la siguiente redacción: *“a) Los depósitos de medicamentos de centros sociosanitarios públicos estarán vinculados a un servicio de farmacia de la red pública de la misma área de salud o zona sanitaria de influencia correspondiente o a una oficina de farmacia.”*

El artículo 62.3 de la Ley 5/2005, de 27 de junio, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha, establece que: *“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 art. 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.”

El artículo 53.1 referenciado regula que: *“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.”*

Por lo anteriormente expuesto, no es posible modificar la redacción de este artículo, puesto que el artículo 5 del proyecto de decreto se desarrolla en base a lo establecido en el artículo 53.1 y 62.3 de la Ley 5/2005, de 27 de junio.

4. En relación al artículo 7, responsabilidad técnica, el Consejo alega que *“Sería conveniente que este artículo contemplara las tres figuras de profesional farmacéutico posiblemente adscritos a una oficina de farmacia y que recoge el artículo 26 de la Ley 5/2005, de 27 de junio, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha. Puesto que el titular y adjunto ya aparecen recogidos en el Proyecto de Decreto, pedimos simplemente incluir expresamente la figura del sustituto, de forma que la siguiente redacción para el apartado 3 de este artículo propuesta es:*

*3. Los depósitos de medicamentos vinculados a una oficina de farmacia estarán bajo la responsabilidad directa de la persona titular de la misma, que ejercerá las funciones que se establecen en el artículo 8 por sí misma o mediante delegación en el personal farmacéutico adjunto **o sustituto** de dicha oficina de farmacia.*

En el artículo 26 de la Ley 5/2005, de 27 de junio, se regulan las figuras de profesional farmacéutico que, además del titular, puedan estar adscritos a una oficina de farmacia: regente, sustituto y adjunto. En el caso del regente, al que no hace referencia el Consejo en su alegación, y del sustituto pueden asumir las mismas funciones que el farmacéutico titular, mientras que el adjunto solo lo puede hacer por delegación.

Por lo anteriormente expuesto, se considera que no es necesario hacer referencia expresa en el artículo 7.3 del proyecto de decreto al farmacéutico regente ni al farmacéutico sustituto, ya regulados en la Ley 5/2005, de 27 de junio.



5. En relación al artículo 8, funciones de la persona farmacéutica responsable:

a) En cuanto a las funciones del apartado 1, el Consejo sugiere las siguientes correcciones de mejora del texto: “la denominación “profesional técnico responsable”, incluir la posibilidad de “supervisión” en las funciones asignadas, y en el apartado i) la referencia al “uso racional de los medicamentos”.

La redacción que propone del apartado 1 es la siguiente:

“1. Para asegurar una asistencia farmacéutica de calidad en los centros sociosanitarios, el **profesional farmacéutico responsable**, realizará o supervisará, como mínimo, las siguientes funciones:

a) Asumir la responsabilidad técnica de la adquisición, correcta conservación, cobertura de las necesidades, custodia y dispensación de medicamentos, así como la preparación, la supervisión y la elaboración de fórmulas magistrales, preparados oficinales y sistemas de dispensación individualizada de medicamentos para las personas usuarias del centro.

b) Establecer un sistema eficaz y seguro de distribución de medicamentos y tomar las medidas que garanticen su correcta administración.

c) Velar por el cumplimiento de la legislación sobre medicamentos de sustancias psicoactivas o de cualquier otro medicamento que requiera un control especial.

d) Impulsar la coordinación y trabajo multidisciplinar con el equipo asistencial del centro sociosanitario y la cooperación con los diferentes ámbitos asistenciales de la zona básica y el área de salud, con la finalidad de contribuir mediante la asistencia farmacéutica a la atención integral de las personas usuarias y a la mejora de su calidad de vida.

e) Velar por el cumplimiento de las pautas establecidas en la prescripción y establecer un sistema coordinado para el seguimiento farmacoterapéutico de las personas usuarias, garantizando su confidencialidad.

f) Colaborar con el sistema de farmacovigilancia en la detección de los efectos adversos de los medicamentos.

g) Promover el uso racional de medicamentos en el centro sociosanitario mediante estrategias de colaboración entre el personal sanitario que interviene en la asistencia farmacéutica, garantizando la conciliación y la continuidad farmacoterapéutica para las personas residentes en los centros sociosanitarios.

h) Realizar actividades educativas sobre cuestiones de su competencia e informar a las personas usuarias del centro, así como a sus familiares sobre su medicación.

i) Informar al personal del centro sobre la correcta conservación, manipulación, administración, eficacia, efectividad, seguridad y **uso racional de los medicamentos** y otros productos farmacéuticos.

j) Colaborar en los programas que se establezcan en su área sanitaria, promovidos por la Administración sanitaria establecidos en el artículo 10 de la Ley 5/2005, de 27 de junio, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla La Mancha.

k) Elaborar y remitir a la Administración sanitaria la información y estadísticas sanitarias que le demande.

l) Colaborar en los programas relacionados con el servicio de alimentación o área de dietética del centro.”



En relación a la modificación de “*profesional técnico responsable*” en vez de “*persona farmacéutica responsable*”, se considera que debe permanecer la redacción actual de “*persona farmacéutica responsable*” conforme a lo indicado por la Unidad de Género de la Consejería.

En cuanto a la inclusión de que la persona farmacéutica responsable “*supervisará*” las funciones establecidas en el artículo 8, se considera que la redacción actual del apartado 1 es más adecuada, puesto que en los apartados 2 y 3 del artículo 7 ya se indica que las funciones establecidas en el artículo 8 pueden ser realizadas, en el caso de los servicios de farmacia, por la persona que ostente la jefatura u otro personal farmacéutico del servicio y, en el caso de las oficinas de farmacia, por la persona titular de la misma o personal farmacéutico adjunto.

En cuanto a la inclusión en el apartado i) del artículo 8.1 la referencia al “*uso racional de los medicamentos*”, se considera la propuesta adecuada, quedando redactado este apartado de la siguiente manera: “*i) Informar al personal del centro sobre la correcta conservación, manipulación, administración, eficacia, efectividad, seguridad, coste-efectividad y uso racional de los medicamentos.*”

b) En lo que respecta al **apartado 2** del artículo 8, el Consejo alega que “*en cuanto a las funciones asignadas para los servicios de farmacia, las cuales son más amplias, creemos necesario que se establezca el requisito de dotar al servicio de farmacia de un número de farmacéuticos responsables adicionales en proporcional al número de camas que se atiende desde el servicio de farmacia*”

Este aspecto ya se ha tenido en cuenta en los apartados III.B.1 y III.B.2 del anexo que establece que:

“1. Los servicios de farmacia de los centros sociosanitarios contarán con:

a) Una persona farmacéutica responsable especialista en Farmacia Hospitalaria, a jornada completa, que podrá ser sustituida por otra persona con la misma especialidad en caso de ausencia.

b) Una persona con el título de formación profesional de Técnico en Farmacia y Parafarmacia a jornada completa.

2. En función del número de camas y del volumen de actividad, se podrá contar con personal farmacéutico especialista en Farmacia Hospitalaria y con personal técnico en farmacia y parafarmacia adicional”.

Igualmente, en el caso de los depósitos de medicamentos vinculados a un servicio de farmacia u oficina de farmacia, tampoco se establece un número de personas farmacéuticas en función del número de camas del centro sociosanitario.

6. En cuanto al **artículo 9, coordinación entre profesionales**, el Consejo indica que “*Entendemos que en este sistema de actuación coordinada es fundamental la inclusión de estas dos herramientas:*

- *Comunicación médico-farmacéuticos. La interrelación entre la oficina de farmacia responsable del depósito de medicamentos del centro sociosanitario y el médico, al objeto de tener un flujo de información, es de gran importancia para el control de los*



pacientes crónicos y polimedcados que permita una reducción de las incidencias que pueden ser debidas a la farmacoterapia del paciente.

- Acceso al historial farmacoterapéutico. Es una herramienta que permite mejorar la asistencia en todos los ámbitos del paciente. El grado de conocimiento sobre la enfermedad y la medicación de los pacientes favorece el cumplimiento de los objetivos sanitarios, además de influir en su calidad de vida y grado de satisfacción del paciente. El farmacéutico por su accesibilidad y conocimiento es clave a la hora de potenciar la adherencia al tratamiento.”

El artículo 9 ya contempla la actuación coordinada del personal que interviene en la asistencia sanitaria en un centro sociosanitario entre sí y con el resto del Sistema de Salud de Castilla-La Mancha, para garantizar una correcta asistencia farmacéutica; en esta acción coordinada se entiende incluida la comunicación médico-farmacéutico, así como la coordinación con otros profesionales sanitarios, como el personal de enfermería o auxiliar, responsables de la administración de los medicamentos. En esta acción coordinada, tan importante es la coordinación médico-farmacéutico como la coordinación con otros profesionales sanitarios. Para incidir en la necesaria coordinación de la asistencia sanitaria de todos los profesionales con el fin de garantizar la correcta asistencia farmacéutica, se modifica el texto del artículo 9 con la siguiente redacción:

“Todo el personal que interviene en la asistencia sanitaria en un centro sociosanitario deberá actuar coordinadamente entre sí, así como con el resto del Sistema de Salud de Castilla-La Mancha, con el fin de garantizar una correcta asistencia farmacéutica.”

En relación al acceso a la historia farmacoterapéutica, es un aspecto ya regulado en el artículo 15 de la Ley 5/2005, de 27 de junio: *“Para un mejor cumplimiento de sus actividades sanitarias los establecimientos de asistencia farmacéutica podrán elaborar historias farmacoterapéuticas de usuarios en las condiciones básicas que se establezcan. El farmacéutico, como profesional sanitario, es el responsable de su contenido y confidencialidad. Los derechos del usuario respecto de la historia farmacoterapéutica serán los mismos que los regulados por la normativa vigente respecto de la historia clínica.”*

7. En relación a la *disposición transitoria segunda, vinculación progresiva de los depósitos de medicamentos a un servicio de farmacia de la red pública*, el Consejo alega que *“La vinculación transitoria a una oficina de farmacia deberá ser por un periodo de 2 años, en consonancia con el periodo de vinculación solicitado por esta parte, pues entendemos que no se puede vincular, aunque sea de forma transitoria, por un periodo inferior”*.

Se mantiene la redacción actual, pues será el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (Sescam) el que establezca, en base a los medios disponibles y a los acuerdos que suscriba a tal efecto, la planificación para la vinculación de un depósito de medicamentos concreto a un servicio de farmacia de la red pública del área de salud o zona sanitaria de influencia correspondiente.



8. En cuanto a la **disposición final primera, modificación del Decreto 23/2013, de 26 de abril, por el que se establecen los horarios de atención al público, servicios de urgencia y vacaciones de las oficinas de farmacia y botiquines en la comunidad autónoma de Castilla-La Mancha**, indica lo siguiente: *“Partiendo que el Decreto 23/2013, de 26 de abril, por el que se establecen los horarios de atención al público, servicios de urgencia y vacaciones de las oficinas de farmacia y botiquines en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha, establece el horario mínimo oficial de las oficinas de farmacia, en el artículo 2.2. a), en 7 horas, proponemos un quinto módulo: Módulo A. Las oficinas de farmacia que se acojan a este módulo de horario ampliado deberán permanecer abiertas al público ocho horas y media diarias de lunes a viernes en franja horaria de mañana y de tarde.”*

Los módulos de ampliación de horario se incluyeron en el Decreto 23/2013, de 26 de abril, así como el nuevo módulo A de 10 horas de lunes a viernes en el proyecto de decreto, tras ser consensuado con el Consejo.

Además, en el artículo 4.4 del Decreto 23/2013, de 26 de abril, sobre variaciones en el horario mínimo oficial, ya se regula ampliaciones hasta en un 20% sobre el horario mínimo oficial:

“4. El Colegio Oficial de Farmacéuticos podrá proponer la disminución del horario mínimo oficial para los núcleos de población de menos de 5.000 habitantes, así como ampliaciones para cualquier núcleo de población, a petición de los titulares que ejercen en el mismo, siempre que no suponga una reducción o ampliación superior al 20 % del horario mínimo semanal ni superior al 4% en una jornada. Esta ampliación de horario no tendría carácter de horario superior al mínimo oficial al afectar a todas las oficinas de farmacia del núcleo de población y no sólo a oficinas de farmacia concretas.”

Por todo lo expuesto, se considera que no es adecuado incluir un nuevo módulo en el que se incremente solo 1 hora y media con respecto al horario mínimo oficial de apertura.

9. En relación al **apartado II.B.3 y III.B.3 del anexo, requisitos de personal**, que establece que *“La persona que ostente la dirección del centro designará al personal sanitario responsable del depósito de medicamentos fuera del horario de apertura del mismo e informará de ello a la persona farmacéutica responsable para su coordinación”*, el Consejo alega que *“Es fundamental incluir que en caso del personal designado no podrá realizar las funciones descritas en el artículo 8”*.

Se considera que en los artículos 7 y 8 queda claro que las funciones establecidas en el artículo 8 solo podrán ser ejercidas, en el caso de un servicio de farmacia, por la persona que ostente la jefatura de servicio o por el personal farmacéutico integrante del mismo y, en caso de una oficina de farmacia, por la persona farmacéutica titular o personal farmacéutico adjunto de la misma en quien delegue.

Tal y como se determina en el artículo 3.6, con el fin de garantizar la disponibilidad de medicamentos durante las veinticuatro horas de todos los días, es por lo que, conforme se indica en el artículo 12.3.e), en el acuerdo de asistencia farmacéutica se debe incluir:



“e) Personal del centro sociosanitario responsable del depósito de medicamentos en ausencia del personal farmacéutico”. Por las mismas causas, en los requisitos de personal de los apartados II.B.3 y III.B.3 del anexo, se regula que la persona que ostente la dirección del centro designará al personal responsable del depósito de medicamentos o, en su caso, del servicio de farmacia fuera del horario de apertura del mismo e informará de ello a la persona farmacéutica responsable para su coordinación.

B. Alegaciones presentadas por Acescam.

1. Acescam realiza las siguientes **consideraciones previas**:

“1) EL SISTEMA ACTUAL DE ASISTENCIA FARMACÉUTICA ES VÁLIDO SIN QUE REQUIERA DE MAYOR INTERVENCIÓN ADMINISTRATIVA.

Se hace constar que los centros residenciales, de diferentes modos, vienen satisfaciendo las necesidades farmacológicas de los usuarios, bien a través de depósitos de farmacia propios, bien a través de la colaboración con oficinas de farmacia. Es por ello que no se encuentra justificación a la regulación que se pretende en centros sociosanitarios, pues, al menos en lo referido a centros residenciales de personas mayores, dicha prestación se gestiona de forma eficiente sin que se requiera de mayor regulación por parte de la Administración.

2) LA DEPENDENCIA DE UN SERVICIO DE FARMACIA DE LA RED PÚBLICA GENERA INSEGURIDAD POR LA FALTA DE COORDINACIÓN EN MATERIA DE PRESTACIONES SANITARIAS.

Se hace constar la falta de coordinación entre Sanidad y Centros Residenciales en asuntos tales como el deber de prestar asistencia sanitaria en centros privados, situación que encuentra su máximo exponente en las discrepancias que surgen periódicamente cuando se trata de que el SESCAM se desplaza a centros privados para realizar tareas comprendidas en la cartera básica de prestaciones sanitarias.

En el mismo sentido, se aprecian diferentes criterios interpretativos referidos a la dispensación de absorbentes para usuarios, sin que siga el mismo criterio en todas las Gerencias, en función de las indicaciones prescritas por las mismas.

Es por todo ello que, en centros de más de 100 usuarios, hacer depender el depósito de farmacia de un servicio de farmacia de la red pública genera dudas, dicho sea, con el máximo respeto, sobre el modo en el que se articularía tal sistema con el consiguiente riesgo para los usuarios; por enumerar algunas de ellas:

- Los tratamientos agudos y urgencias cómo serían dispensadas las medicaciones.
- Horario de apertura y dispensación por parte de la Farmacia hospitalaria; cómo se compatibilizaría con los horarios del Centro Residencial.
- Altas hospitalarias, Fines de Semana y Festivos; cómo se atendería estos casos a nivel de dispensar la medicación.
- La forma de dispensar, sería entregando las correspondientes cajas de medicamentos; esto supondría un retroceso en el avance de la preparación y dispensación de medicación desde las oficinas de farmacia en la actualidad.

3) NECESIDAD DE HACER CONSTAR LAS NECESIDADES DEL SECTOR SOCIOSANITARIO DE PERSONAS MAYORES.



Aun encontrándonos en periodo de audiencia pública, se hace constar, con el máximo respeto, que, de haberse tenido la oportunidad de transmitir la práctica y los pormenores de nuestros centros con antelación a la publicación del borrador, habría contribuido a que el texto inicial contemplara la realidad de los centros de personas mayores en la materia que nos ocupa.”

Es necesario este proyecto de decreto para dar cumplimiento a lo establecido, tanto a nivel estatal, en el artículo 6 del 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, de carácter básico, como, a nivel autonómico, a lo regulado en el artículo 62 de la Ley 5/2005, de 27 de junio. Asimismo, independientemente de cómo se esté realizando actualmente la asistencia farmacéutica en las residencias de personas mayores, siempre es importante introducir mejoras para garantizar una asistencia farmacéutica de calidad adecuada a las necesidades de las personas mayores.

El proyecto de decreto pretende mejorar la asistencia farmacéutica y unificar los criterios que deben cumplir todos los centros sociosanitarios de Castilla-La Mancha, en especial en las residencias de mayores. En la elaboración del borrador del proyecto de decreto se creó un grupo de trabajo en el que participaron, entre otros, una representante de las residencias dependientes de la Junta de Comunidades y otra de la Dirección General de Mayores de la Consejería de Bienestar Social. Previamente, en colaboración con los directores de las residencias públicas y privadas de Castilla-La Mancha se realizó una encuesta sobre la asistencia farmacéutica a las residencias de mayores y se celebró una “Jornada Regional sobre la Atención Farmacéutica a los Mayores en el ámbito residencial”, a la que asistieron representantes de asociaciones y entidades relacionadas con la asistencia farmacéutica en centros sociosanitarios, por lo que se ha garantizado en todo momento la participación de todos los sectores afectados por esta regulación.

2. Acescam realiza las siguientes **propuestas de modificación al borrador**:

a) En relación al **artículo 2.f)**, Acescam indica que el “...*número de camas del centro no pueden venir dadas por el número de plazas autorizadas, sino por el número “real” de usuarios que ocupen el centro y que, en consecuencia, generen, o no, la necesidad de contar con un tipo u otro de prestación farmacéutica (depósito o servicio)*”

Propone sustituir la expresión “*numero de plazas autorizadas*” por “*número de plazas ocupadas*”, quedando redactado de la siguiente manera: “*Número de camas: número de plazas ocupadas, con independencia del porcentaje que en cada momento destinen al régimen residencial y del nivel de ocupación temporal.*”

Se considera más adecuado indicar “*número de plazas autorizadas*”, porque el número de plazas ocupadas puede variar a lo largo del año. A modo de ejemplo, una residencia puede tener autorizadas 110 plazas y estar unos meses por encima o por debajo de 100 plazas ocupadas, por lo que, conforme a la normativa, tanto nacional como autonómica, unos meses debería tener un servicio de farmacia y otros un depósito de medicamentos.



b) En relación al **artículo 4.1**, referido a la organización de la asistencia farmacéutica en centros sociosanitarios de 100 o más camas, Acescam propone introducir el término “*camas ocupadas*” al considerar lo indicado en el apartado anterior, quedando redactado de la siguiente manera:

“De acuerdo con el artículo 62.2 de la Ley 5/2005, de 27 de junio, los centros sociosanitarios que dispongan de 100 camas ocupadas 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.”

Se considera más adecuada la redacción actual del proyecto de decreto por lo ya indicado en el apartado a). El proyecto de decreto es conforme a la normativa básica estatal y autonómica.

c) En relación al **artículo 5.1**, referido a la organización de la asistencia farmacéutica en los centros sociosanitarios de menos de 100 camas, Acescam propone introducir el término “*camas ocupadas*”, quedando redactado del siguiente modo: *“De acuerdo con el artículo 62.3 de la Ley 5/2005, de 27 de junio, los centros sociosanitarios de menos de 100 camas ocupadas que no dispongan de un servicio de farmacia contarán con un depósito de medicamentos que, por criterios de planificación farmacéutica y de asistencia farmacoterapéutica, estará vinculado a un servicio de farmacia del área de salud o a una oficina de farmacia de la zona farmacéutica.”*

Conforme a lo indicado anteriormente, se considera más adecuada la redacción actual del proyecto de decreto.

d) En relación al **artículo 12.3** Acescam propone suprimir el apartado d): *“suprimir la necesidad de disponer un horario de apertura del depósito de medicamentos”* y considera que *“el acceso al depósito de medicamentos no ha de someterse a horario, sino que el acceso al mismo ha de ser distribuido por los diferentes profesionales del centro durante los diferentes tramos horarios del día.*

Lo anterior se señala, sin perjuicio de hacer constar que la responsabilidad del depósito de farmacia ha de seguir recayendo en el titular de la oficina de farmacia en cuestión, que no en el personal del Centro.”

En el horario de apertura del depósito de medicamentos, conforme se indica en el apartado II.B.1 del anexo del proyecto de decreto, es en el que se contará con la presencia y actuación profesional de la persona farmacéutica responsable o de la persona farmacéutica o técnica en farmacia y parafarmacia.

El proyecto de decreto regula en este sentido, puesto que, aunque el farmacéutico titular sea la persona responsable del depósito de medicamentos y sea obligatoria la presencia de personal farmacéutico o técnico en farmacia y parafarmacia durante el horario de apertura, es necesario garantizar el acceso al depósito de medicamentos, de forma ordenada, fuera de este horario para poder administrar a cada residente la medicación ya prescrita.



Por ello, en el apartado II.B.3 del anexo, se determina que *“la persona que ostente la dirección del centro designará al personal responsable del depósito de medicamentos fuera del horario de apertura del mismo e informará de ello a la persona farmacéutica responsable para su coordinación”*; y establecer, en el apartado II.C.1 del anexo, que *“la organización y el régimen de funcionamiento de los depósitos de medicamentos deberán permitir la disponibilidad de medicamentos de forma continuada todos los días”*.

e) En relación al **artículo 12.3.e)** Acescam propone *“suprimir la exigencia de señalar al personal responsable del depósito de medicamentos en ausencia de personal farmacéutico.”*

Acescam considera que *“el personal del centro no puede asumir responsabilidad alguna referido al depósito. Tal responsabilidad no puede recaer sino en el personal de la oficina o servicio de farmacia en cuestión que suministre en el Centro.”*
Propone suprimir el apartado e) del artículo 12.3.

Como se ha indicado en la alegación anterior, el proyecto de decreto establece, en su artículo 3.6, que deberá garantizarse la disponibilidad de medicamentos durante las veinticuatro horas de todos los días del año, aunque la responsabilidad técnica es siempre del farmacéutico, tal y como establece el artículo 7.3 la responsabilidad técnica de un depósito de medicamentos es siempre de la persona farmacéutica responsable: *“Los depósitos de medicamentos vinculados a una oficina de farmacia estarán bajo la responsabilidad directa de la persona titular de la misma, que ejercerá las funciones que se establecen en el artículo 8 por sí misma o mediante delegación en el personal farmacéutico adjunto de dicha oficina de farmacia”*.

Por ello, como se ha indicado en la alegación anterior, se considera necesario que la dirección del centro designe al personal responsable del mismo fuera del horario de apertura, puesto que deberán coordinarse con el farmacéutico responsable de la oficina de farmacia o servicio de farmacia al que esté vinculado el depósito, dado que la responsabilidad última del depósito es de éstos.

f) Acescam propone *“incluir un **nuevo artículo 18.bis** en el que se regule la vinculación del depósito de medicamentos a varias oficinas de farmacia.*

En la práctica se sucede que la adquisición de productos farmacéuticos se realiza en ocasiones en más de una oficina de farmacia.”

“Es por ello que, considerando oportuno dar continuidad a dicha práctica por encontrarse consolidadas”

Propone la siguiente redacción: *“Art. 18 bis. Vinculación del depósito de medicamentos a varias oficinas de farmacia.*

Los centros que así lo decidan podrán vincular sus depósitos de medicamentos a más de una oficina de farmacia, de acuerdo con sus siguientes criterios:

a) *Se establecerá un calendario de periodos, tomando como referencia el año natural, para que el depósito esté vinculado el mismo tiempo a cada farmacia.*

b) *El depósito estará vinculado a una sola farmacia en cada periodo.”*



La redacción actual se ajusta a lo establecido en la Resolución de la Comisión Nacional de la Competencia (CNC) de fecha 14 de abril de 2009, que prohíbe la rotación de oficinas de farmacia y cuya parte dispositiva establece:

"PRIMERO.- Declarar la existencia de una conducta restrictiva de la competencia prohibida por el artículo 1 de la Ley 16/1989 de Defensa de la Competencia (LDC), de la que serían autores el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM) y el Consejo de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de Castilla-La Mancha, consistente en acordar que los Colegios Oficiales de Farmacéuticos de Castilla-La Mancha establecerán, entre las oficinas de farmacia que lo deseen, turnos rotatorios para el suministro directo a los centros socio sanitarios públicos y privados de la prestación farmacéutica incluida en el Sistema Nacional de Salud.

SEGUNDO.- Intimar al Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM) y al Consejo de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de Castilla-La Mancha para que en el futuro se abstengan de realizar dicha conducta prohibida.

TERCERO.- Ordenar al Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM) y al Consejo de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de Castilla-La Mancha la publicación, a su costa y en el plazo de dos meses a contar desde la notificación de esta Resolución, de la parte dispositiva de la misma en las páginas de información económica de dos diarios de información general de mayor circulación, uno de ámbito nacional y otro en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha. En caso de incumplimiento se impondrá a cada uno de ellos una multa coercitiva de 600 Eur. por cada día de retraso.

Asimismo, ordenar al Consejo de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de Castilla-La Mancha la comunicación de esta Resolución a todos los Colegios Oficiales de Farmacéuticos de Castilla-La Mancha, con el objeto de que sea objeto de difusión cierta entre todas las oficinas de farmacia."

Dicha resolución fue recurrida, pero se ratificó mediante sentencia firme del Tribunal Supremo-Sala de lo Contencioso, de fecha 9 de marzo de 2015.

g) Propone *"incluir un nuevo artículo 18. ter en el que se regule como excepción la vinculación de depósitos de medicamentos a oficinas de farmacia de otras zonas farmacéuticas"*.

"Sucede igualmente en la práctica que la adquisición de productos farmacéuticos se realiza en ocasiones en zonas farmacéuticas diferentes a la que se encuentra el centro residencial" "...considerando oportuno dar continuidad a dicha práctica por encontrarse también consolidadas..."

Propone la siguiente redacción: *"Art. 18. Ter: Excepcionalidad a la vinculación de depósitos de farmacia a oficinas de farmacia de otras zonas farmacéuticas:*

Excepcionalmente, cuando el centro acredite una relación comercial de más de dos años, podrá prestarse el servicio farmacéutico por una oficina que corresponda a otra zona farmacéutica."

Los depósitos de medicamentos solo pueden vincularse a una oficina de farmacia ubicada en su misma zona farmacéutica en cumplimiento de lo establecido tanto en la normativa básica estatal, en el artículo 6.3 del Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, como, a nivel autonómico, en el artículo 53.1 de la Ley 5/2005, de 27 de junio. No obstante lo anterior, el artículo 5.2 establece que *"Excepcionalmente y por*



motivos de planificación farmacéutica o de asistencia farmacoterapéutica justificados, podrá vincularse de oficio a una oficina de farmacia de la zona farmacéutica adyacente”.

h) En relación a la **disposición transitoria primera** Acescam propone “ampliar el plazo de adecuación a 18 meses.”

Acescam considera que “Dicha obligación de adecuación se suma a las diferentes obligaciones de adecuación impuesta por el reciente Decreto 2/2022, de 18 de enero, por el que se establecen las condiciones básicas de los centros de servicios sociales de atención especializada, destinados a las personas mayores en Castilla-La Mancha.

Es por ello que, considerándose del todo necesario contar con más tiempo para realizar las adaptaciones oportunas, se **PROPONE INCREMENTAR EL PLAZO DE ADAPTACIÓN A 18 MESES**, quedando redactada la disposición del siguiente modo:

1. Los servicios de farmacia y depósitos de medicamentos de los centros sociosanitarios que a la fecha de publicación de este decreto se encuentren ya en funcionamiento tendrán un plazo de 18 meses para la adecuación de los requisitos de planta física y equipamiento, personal y funcionamiento, así como de vinculación a lo regulado en este decreto desde el día siguiente de su entrada en vigor.

2. Antes de que transcurran 18 meses desde la entrada en vigor, la persona titular del centro sociosanitario deberá solicitar la autorización de instalación conforme a lo regulado en este decreto. Si no se solicita en dicho plazo esta autorización, la Delegación Provincial iniciará de oficio la vinculación con una oficina de farmacia.”

Se considera adecuada la modificación propuesta, por lo que la disposición transitoria primera quedaría redactada de la siguiente manera:

“Disposición transitoria primera. Adecuación a la norma de los depósitos de medicamentos, así como de los servicios de farmacia que se encuentren en funcionamiento.

1. Los servicios de farmacia y depósitos de medicamentos de los centros sociosanitarios que a la fecha de publicación de este decreto se encuentren ya en funcionamiento tendrán un plazo de 18 meses para la adecuación de los requisitos de planta física y equipamiento, personal y funcionamiento, así como de vinculación a lo regulado en este decreto desde el día siguiente de su entrada en vigor.

2. Antes de que finalicen los 18 meses de la entrada en vigor, la persona titular del centro sociosanitario deberá solicitar la autorización de instalación conforme a lo regulado en este decreto. Si no se solicita en dicho plazo esta autorización, la Delegación Provincial iniciará de oficio la vinculación con una oficina de farmacia.”

i) En relación al **apartado II.B del anexo**, Acescam alega lo siguiente:

“En relación al ANEXO Requisitos técnico-sanitarios de los servicios de farmacia y los depósitos de medicamentos de los centros sociosanitarios. REFERIDO A LOS REQUISITOS DE PERSONAL: SUPRIMIR LA NECESIDAD DE CONTAR CON LA PRESENCIA DE UN PROFESIONAL CON CARGO AL CENTRO SOCIOSANITARIO: En el apartado A del referido anexo establece lo siguiente:

A. Requisitos de personal.

1. El depósito de medicamentos contará con la presencia y actuación profesional durante el horario de apertura del mismo de la persona farmacéutica responsable o de



la persona farmacéutica o con el título de formación profesional de Técnico en Farmacia y Parafarmacia en quien delegue.

Será obligatoria la presencia de al menos una persona con el título de formación profesional de Técnico en Farmacia y Parafarmacia cuando el depósito esté situado en un centro sociosanitario con 100 camas o más, que será contratado a jornada completa por el centro sociosanitario.

Esta Asociación se manifiesta contraria a dicha exigencia por dos motivos:

- Los centros, en su mayoría, cuentan con diferentes profesionales sanitarios (DUE principalmente) que bien pudieran hacerse cargo de dicho cometido por acreditado conocimiento en la materia.*
- En el caso de exigirse dicho personal de Farmacia y Parafarmacia, en ningún caso resulta admisible que el coste de dicho profesional resulte imputable al Centro, pues ninguna prestación farmacológica presta como tal, más que la consistente en facilitar la administración de medicación a los usuarios.*

Dicho servicio ha de prestarse de forma directa por las oficinas de farmacia en cuestión pues son ellas las prestadoras del servicio y, en consecuencia, las obligadas a costear las exigencias de personal que pudieran establecerse.”

Conforme a lo establecido en la normativa básica estatal, la Ley 5/2005, de 27 de junio, en su artículo 62.2 regula lo siguiente: “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.”

Por tanto, la normativa básica estatal y autonómica establecen que los centros sociosanitarios mayores de 100 camas deberán tener un servicio de farmacia y solo se les exime de esta obligación si tienen un depósito de medicamentos vinculado a un servicio de farmacia de la red pública.

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, la posibilidad de poder eximirse estos centros sociosanitarios de tener un servicio de farmacia y poder contar con un depósito siempre que esté vinculado a un servicio de farmacia de la red pública supone un gran ahorro al centro sociosanitario, por lo que el gasto de la contratación de un técnico en farmacia y parafarmacia se ve ampliamente compensado con la disminución del gasto que le supone no tener que contratar a farmacéuticos ni dotar del equipamiento y del espacio necesario de un servicio de farmacia.

La contratación de un técnico en farmacia y parafarmacia contribuye a que los diferentes profesionales sanitarios del centro sociosanitario queden liberados para realizar las funciones propias de la asistencia sanitaria a los residentes.



Durante el periodo de tiempo que los depósitos de medicamentos de centros sociosanitarios estén vinculados a una oficina de farmacia, en lugar de a un servicio de farmacia de la red pública, no será exigido el requisito de personal establecido en el apartado II.B.1 del anexo, motivo por el que se modifica el apartado 2 de la disposición transitoria segunda y se añade un párrafo a la misma con la siguiente redacción:

“En este caso, no será obligatoria la contratación por parte del centro sociosanitario de la persona con el título de formación profesional de Técnico en Farmacia y Parafarmacia exigido en el apartado II.B.1 del anexo.”

C. Alegaciones presentadas por ARTECAM.

ARTECAM realiza las siguientes propuestas:

1. *“Tal y como se contempla en la Ley 14/2010, de 16 de diciembre, de Servicios Sociales, las residencias no son centros sociosanitarios sino centros residenciales.”*

Aunque la ley 14/2010, de 16 de diciembre, se refiere a las residencias como centros residenciales, el artículo 2.i) de la Ley 5/2005, de 27 de junio, define, a los efectos de esta Ley, centro sociosanitario como *“Todo aquel centro público o 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.”*

2. *“Los centros de más de 100 camas se verían obligados al modelo de depósito de medicamentos vinculado al servicio de farmacia hospitalario o de la red pública, de manera que:*

- *Los residentes de estos centros no asumirían el copago farmacéutico a diferencia de los residentes de los centros menores de 100 camas (agravio comparativo).*
- *La farmacia hospitalaria dispensaría los medicamentos en formatos blíster que generan mano de obra posterior para la administración al residente, cuya carga laboral asumiría la Residencia (incrementos del coste salarial).*
- *A priori, no se garantiza o no queda claro cómo se gestionaría la atención en fines de semana.”*

Como se ha indicado anteriormente, en cumplimiento de lo establecido tanto en la normativa estatal básica, en el artículo 6.2 del Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, como, a nivel autonómico, en el artículo 62.2 de la Ley 5/2005, de 27 de junio, los centros sociosanitarios que no tengan un servicio de farmacia propio, podrán tener un depósito de medicamentos, siempre que esté vinculado a un servicio de farmacia de la red pública del área de salud o zona sanitaria de influencia correspondiente.

En relación al copago farmacéutico, está fijado por la normativa nacional que regula las prestaciones sanitarias y, conforme al artículo 3.6 del proyecto de decreto, *“la asistencia farmacéutica que se regula en este decreto no altera el régimen jurídico ni el alcance de la prestación farmacéutica establecida en la normativa vigente. En todo caso, deberá garantizarse la disponibilidad de medicamentos durante las veinticuatro horas de todos los días”.*



Los requisitos específicos de los depósitos de medicamentos de los centros sociosanitarios son los mismos tanto si están vinculados a un servicio de farmacia como a una oficina de farmacia. Por lo que en ambos casos los farmacéuticos o técnicos en farmacia de los servicios de farmacia y oficina de farmacia serán los encargados de elaborar los sistemas de dispensación individualizada, conforme se determina en el articulado y en los anexos del proyecto de decreto.

En cuanto a la atención de los depósitos los fines de semana, el proyecto de decreto deja claro, como se ha indicado en anteriores alegaciones, que se deberá permitir la disponibilidad de medicamentos de forma continuada todos los días conforme se establece en el artículo 3.6 y en el apartado II.C.1 del anexo. Para ello, en el acuerdo de asistencia farmacéutica, regulado en el artículo 12.3.d) y e), se indicará el horario de apertura del depósito de medicamentos y el personal del centro responsable del mismo en ausencia del personal farmacéutico. Asimismo, en los apartados II.B.1 y II.B.3 del anexo, se indica el personal que se hará cargo del depósito de medicamentos, tanto durante el horario de apertura como fuera de ese horario.

3. *“Los centros de menos de 100 camas se verían obligados al vínculo habitual con las oficinas de farmacia, debiendo cumplirse que cada farmacia sólo puede atender a un centro sociosanitario, por lo que:*

- *Habría dificultades en caso de pueblos con 2 o más residencias y una sola farmacia.*
- *Habría dificultades cuando alguna farmacia no esté preparada y no permitan mejor alternativa.*
- *Las zonas rurales tienen grandes dificultades de encontrar personal de farmacia o sanitario.*

El proyecto de decreto no prioriza que la vinculación del depósito tenga que ser a una oficina de farmacia del mismo núcleo de población, sino que se podrán vincular a cualquier oficina de farmacia que se encuentre en su zona farmacéutica o excepcionalmente en la adyacente, tal y como establece en los apartados 1 y 2 del artículo 5, organización de la asistencia farmacéutica en los centros sociosanitarios de menos de 100 camas:

“1. De acuerdo con el artículo 62.3 de la Ley 5/2005, de 27 de junio, los centros sociosanitarios de menos de 100 camas que no dispongan de un servicio de farmacia contarán con un depósito de medicamentos que, por criterios de planificación farmacéutica y de asistencia farmacoterapéutica, estará vinculado a un servicio de farmacia del área de salud o a una oficina de farmacia de la zona farmacéutica.

2. Excepcionalmente y por motivos de planificación farmacéutica o de asistencia farmacoterapéutica justificados, podrá vincularse de oficio a una oficina de farmacia de la zona farmacéutica adyacente.”

Por otro lado, el artículo 16.2 del proyecto de decreto establece que *“Una oficina de farmacia solamente podrá tener vinculado un depósito de medicamentos, salvo que no exista ninguna de su misma zona farmacéutica que esté interesada”*, por lo que excepcionalmente una oficina de farmacia podría tener vinculado más de un depósito de medicamentos.



En relación a que *“habría dificultades cuando alguna farmacia no esté preparada y no permitan mejor alternativa”* y como se ha indicado anteriormente, se podría realizar la vinculación de forma voluntaria con cualquier oficina de farmacia de la misma zona farmacéutica. El proyecto de decreto establece en su artículo 12.3.f) que en el acuerdo de asistencia farmacéutica entre el centro sociosanitario y la oficina de farmacia se deberá indicar las causas de resolución del acuerdo; por lo que, en caso de incumplimiento de lo establecido en el mismo, se podrá resolver dicho acuerdo.

En el mismo sentido, el artículo 16.3 establece que *“El periodo de vinculación de un depósito de medicamentos de un centro sociosanitario a una oficina de farmacia coincidirá con el periodo de autorización de funcionamiento del mismo, salvo que se produzca la resolución del acuerdo de asistencia farmacéutica por las causas previstas en el mismo y no exista procedimiento de vinculación de oficio en los supuestos de revocación del artículo 19.4.”*

En cuanto a que *“las zonas rurales tienen grandes dificultades de encontrar personal de farmacia o sanitario”*, las oficinas de farmacia que quieran realizar la asistencia farmacéutica lo hacen de forma voluntaria, por lo que han de cumplir los requisitos de personal establecidos en este proyecto de decreto. No obstante, se ha incluido una disposición final primera por la que se modifica el artículo 4.2 del Decreto 23/2013, de 26 de abril, que queda redactado de la siguiente forma:

“2. La persona titular de oficina de farmacia que tenga a su cargo uno o más botiquines podrá optar a la reducción del horario mínimo oficial, distribuyendo dicha reducción entre los distintos botiquines en función de los días de atención sanitaria, población y dispersión. También podrán solicitar esta reducción cuando tenga vinculado un depósito de medicamentos de un centro sociosanitario, con el fin de garantizar la atención sanitaria del mismo.”

Por lo anteriormente expuesto, se facilita a la oficina de farmacia, sin tener que contratar más personal, el poder atender el depósito de medicamentos con la reducción de horario mínimo oficial, de igual modo que si tiene botiquines a su cargo.

Con esta medida, también se favorece el mantenimiento de las farmacias rurales de Castilla-La Mancha.

4. *“En cualquier tipo de centro se exigen: o Ratios de personal de farmacia y sanitario para atender los depósitos de medicamentos, dado que el horario de atención será durante las 24 horas y 365 días por lo que cuando se marche la farmacéutica, habrá que disponer de enfermeras en todos los turnos para poder acceder al depósito. (Dada la escasez de profesionales sanitarios y de farmacia, esto sería otro problema).”*

Se exigen dotaciones de planta física y equipamiento con áreas diferenciadas que podrían suponer reformas, ampliaciones, etc., para el almacenamiento, preparación, residuos, etc., con el consiguiente esfuerzo económico.”

Como se ha indicado en alegaciones anteriores, el proyecto de decreto ya regula en el apartado II.B del anexo los requisitos de personal de los depósitos de medicamentos durante el horario de apertura del mismo y fuera de ese horario. Establece la presencia del farmacéutico responsable o de otro farmacéutico o técnico en farmacia y parafarmacia en quien delegue durante el horario de apertura del mismo. Solo en el caso de centros sociosanitarios de más de 100 camas se deberá contratar un



técnico en farmacia y parafarmacia a jornada completa. Por otro lado, fuera de ese horario el titular del centro designará al personal responsable del depósito de medicamentos, como ya se hace actualmente, sin que la norma exija que el personal disponga del título de Enfermería. De esta forma, estaría cubierto el acceso a los medicamentos del depósito durante las 24 horas todos los días del año, tal y como establece el artículo 3.6 y el apartado II.C.1 del anexo.

En cuanto al esfuerzo económico para adaptarse a los requisitos del planta física y equipamiento, son los requisitos mínimos para garantizar una asistencia farmacéutica adecuada y de calidad en estos centros y, además, en la mayoría de los centros no será necesario el aumento de la planta física ni equipamiento, sino solo delimitar funcionalmente los espacios destinados a las diferentes áreas. No obstante lo anterior, para facilitar esta adaptación, el proyecto de decreto establece, en su disposición transitoria primera, un plazo de 1 año para la adecuación de los depósitos de medicamentos y servicios de farmacia que se encuentren ya en funcionamiento, como se ha indicado en una alegación anterior presentada por Acescam (apartado B.2.h) de este informe), se va a ampliar este plazo a 18 meses.

D. Alegaciones presentadas por FEFCAM.

FEFCAM realiza las siguientes alegaciones:

1. En relación al artículo 4, organización de la asistencia farmacéutica en los centros sociosanitarios de 100 camas o más, FEFCAM propone lo siguiente:

“Dice: 1.- De acuerdo con el artículo 62.2 de la Ley 5/2005, de 27 de junio, 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 de la red de salud o zona sanitaria de influencia correspondiente.

Proponemos: Que se elimine la posibilidad de que cuenten con un servicio de farmacia propio.

Justificación: el artículo 3.6 del 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 establece que “La custodia, conservación y dispensación de medicamentos de uso humano corresponderá exclusivamente a las oficinas de farmacia y los servicios de farmacia de los hospitales, de los centros de salud y de las estructuras de atención primaria del Sistema Nacional de Salud para su aplicación dentro de dichas instituciones o para los medicamentos que exijan una particular vigilancia, supervisión y control del equipo multidisciplinar de atención a la salud”. Los centros sociosanitarios no se pueden considerar hospitales, ni centros de salud ni una estructura de atención primaria del SNS, por lo que no podrían contar con un servicio de farmacia propio.”



Asimismo FEFCAM propone lo siguiente en relación al artículo 4:

“Proponemos: Que se incluya el depósito vinculado a una oficina de farmacia de la zona farmacéutica.

Justificación: La oficina de farmacia es un establecimiento privado de interés público que bajo la dirección de uno o varios farmacéuticos llevan a cabo las funciones que se describen en el artículo 19 de la Ley 5/2005, de 27 de junio, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha, entre las que cabe destacar la colaboración con la Administración sanitaria en los tratamientos farmacoterapéuticos, programas asistenciales para grupos específicos de pacientes, en los programas sanitarios, y una actuación coordinada a nivel de las áreas y zonas básicas de salud, así como la colaboración con la atención especializada para garantizar un uso racional del medicamento. Por todo ello, son los establecimientos sanitarios que están mejor capacitados para la dispensación, control y seguimiento de los medicamentos en los centros sociosanitarios, con independencia del número de camas con las que cuenten los mismos.”

La redacción de este artículo 4 es conforme a lo establecido en la normativa básica estatal y autonómica, y similar a lo regulado en el resto de comunidades autónomas, por lo que los centros sociosanitarios de más de 100 camas tienen que tener un servicio de farmacia propio y solo se les eximirá de dicha exigencia si tienen un depósito de medicamentos vinculado a un servicio de farmacia de la red pública del área de salud o zona sanitaria de influencia correspondiente.

Además, hay que tener en cuenta lo que establece la Sentencia número 846/2020, de 22 de junio de 2020, el Tribunal Supremo (sala de lo Contencioso-Administrativo), que estima recurso de interés casacional, casa y anula la sentencia del TSJ de Andalucía, que declaró la nulidad del Decreto del Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía 512/2015, de prestación farmacéutica en los centros sociosanitarios, y desestima el recurso contencioso-administrativo. El **apartado quinto**, de los fundamentos de derecho de esta sentencia, determina lo siguiente:

“...Es suficiente, por ello, reproducir lo que entonces se dijo a este respecto: "Abordando ya el motivo primero, la alegación de falta de competencia de la Generalitat Valenciana para dictar el Decreto 94/2010 fue ya rechazada por nuestra sentencia de 16 de junio de 2014. Baste recordar ahora que, de conformidad con el art. 49 del actual Estatuto de Autonomía de la Comunidad Valenciana, ésta tiene competencia en materia de "ordenación farmacéutica" sin perjuicio de lo establecido en el art. 149.1.16 CE (EDL 1978/3879); y, a tenor de la STC 109/2003 (EDJ 2003/11362), el ejercicio de dicha competencia está, en todo caso, sometido a la legislación básica estatal. De aquí que la cuestión no sea si la Generalitat Valenciana es competente, en términos generales, para dictar una disposición reglamentaria como la aquí considerada. Más bien, la cuestión es, como ya dijimos en aquella ocasión, si la mencionada disposición reglamentaria conculca, en algún extremo, lo establecido en la legislación básica del Estado." Que no hay vulneración de la legislación básica del Estado ha quedado ya establecido al tratar del art. 2.6 de la Ley 29/2006 (EDL 2006/98534), por lo que cabe remitirse de nuevo a lo dicho por esta Sala en aquellos otros casos: "Una vez que se ha establecido que la



Generalitat Valenciana tiene competencia en la materia, siempre con sujeción a la legislación básica del Estado, examinar si el Decreto 94/2010 tiene suficiente habilitación en una norma legal o si se excede de tal habilitación constituye una cuestión de derecho autonómico. La sentencia impugnada parece entender que la Ley 6/1998 de la Generalitat Valenciana, sobre ordenación farmacéutica, ofrece base a la regulación recogida en el Decreto 94/2010. Tratándose de la relación entre una ley y un reglamento autonómicos, esta Sala nada tiene que decir al respecto."

Queda claro, pues, que lo enjuiciado en las antedichas sentencias, Decreto 94/2010, de 4 de junio, del Consell de la Generalitat Valenciana (EDL 2010/83278), por el que se regulan las actividades de ordenación, control y asistencia farmacéutica en los centros sociosanitarios y en la atención domiciliaria, si atendemos a su ámbito de aplicación, art. 1, guarda relación como bien esgrimen las administraciones recurrentes con el supuesto de autos: Decreto del Consejo de Gobierno de la Junta de Andalucía 512/2015, de 29 de diciembre (EDL 2015/241636), de prestación farmacéutica en los centros sociosanitarios residenciales, de titularidad tanto pública como privada, que tengan residentes con derecho a la prestación farmacéutica del Sistema Sanitario Público de Andalucía..."

Y el **apartado sexto** lo siguiente:

"...Tal y como recuerda la STC 22/2012, de 16 de febrero (EDJ 2012/25984), "[...] este Tribunal ya se ha pronunciado en sus SSTC 32/1983, de 28 de abril (EDJ 1983/32), y 80/1984, de 20 de julio (EDJ 1984/80), acerca de la materia en que debe encuadrarse competencialmente el régimen jurídico de los establecimientos sanitarios, al señalar que 'la determinación con carácter general de los requisitos técnicos y condiciones mínimas para la aprobación, homologación, autorización, revisión o evaluación de instalaciones, equipos, estructuras, organización y funcionamiento de centros, servicios, actividades o establecimientos sanitarios [...] debe entenderse como una competencia de fijación de bases, que es, por tanto, en virtud del mandato del artículo 149.1.16 de la Constitución (EDL 1978/3879), de titularidad estatal en cuanto trata de establecer características comunes en los centros, servicios y actividades de dichos centros. En la citada Sentencia [STC 32/1983] (EDJ 1983/32) se decía también que tales requisitos y competencias debían considerarse siempre como mínimos y que, por consiguiente, por encima de ellos, cada Comunidad Autónoma que posea competencia en materia sanitaria [...] puede establecer medidas de desarrollo legislativo y puede añadir a los requisitos mínimos determinados con carácter general por el Estado, otros que entienda oportunos o especialmente adecuados' (STC 80/1984, FJ 1)" (FJ 6) (EDJ 1984/80)..."

"...El establecimiento de un procedimiento de concurso competitivo, que además se puede ampliar, en caso de resultar vacante, a las oficinas de unidades territoriales de farmacia colindantes con aquella en la que radique el centro sociosanitario, no resulta en modo alguno contrario a los principios de libertad de empresa ni vulnera la regulación de la libre competencia, ya que el establecimientos de limitaciones basadas en principios de servicio público, que tiene una base legal como la ya expuesta, no introduce distorsiones en el principio de libre competencia. Respecto al procedimiento de adjudicación, la demanda no desvirtúa la legalidad del sistema, estructurado en un proceso de concurrencia competitiva basado en los principios de publicidad y



transparencia, y con arreglo a criterios previamente fijados relativos al mejor servicio farmacéutico y mayor eficiencia, tal y como dispone el art. 5 del Decreto 515/2015...”

2. En relación al artículo 5.3.a), organización de la asistencia farmacéutica en los centros sociosanitarios de menos de 100 camas, FEFCAM propone lo siguiente:

“Dice: 3.a). - Los depósitos de medicamentos de centros sociosanitarios públicos estarán vinculados a un servicio de farmacia de la red pública de la misma área de salud o zona sanitaria de influencia correspondiente. No obstante, en situaciones excepcionales, cuando la asistencia farmacéutica no pueda ser realizada por un servicio de farmacia de la red pública de la misma área de salud, los depósitos se vincularán a una oficina de farmacia.

Proponemos: Que se incluya, igual que en el artículo anterior, el depósito vinculado a una oficina de farmacia de la zona farmacéutica, y no solo de manera excepcional.

Justificación: Reiteramos lo indicado en el artículo anterior, a ser la Oficinas de Farmacia las más capacitadas para la dispensación, control y seguimiento de los medicamentos en estos centros especiales, ya que forman parte de las funciones básicas encomendadas a las mismas.”

Esta alegación es similar a la realizada por el Consejo (apartado A.3 de este informe) y no es posible modificar la redacción de este artículo, dado que el artículo 5 del proyecto de decreto desarrolla en base a lo establecido en los artículos 53.1 y 62.3 de la Ley 5/2005, de 27 de junio.

3. En relación al artículo 16, vinculación de los depósitos de medicamentos de los centros sociosanitarios a una oficina de farmacia, FEFCAM propone lo siguiente:

“Dice: 2.- Una oficina de farmacia solamente podrá tener vinculado un depósito de medicamentos, salvo que no exista ninguna de su misma zona farmacéutica que esté interesada.

Proponemos: Que no se limite el número de depósitos que puedan estar vinculados a una oficina de farmacia.

Justificación: La oficina de farmacia interesada en vincularse a los depósitos de medicamentos de los centros sociosanitarios tienen que realizar una gran inversión tanto a nivel de personal (contratación de nuevos empleados), logístico, así como de elementos materiales para poder cumplir con todas las funciones recogidas en el artículo 8 del borrador del Decreto. Por esta cuestión, limitar sus servicios a un solo centro sociosanitario podría perjudicar la rentabilidad de la inversión y en su consecuencia la capacidad que pueda tener para seguir mejorando para que la prestación del servicio idónea a las necesidades de cada centro.”

Se considera que la vinculación de una oficina de farmacia a un solo depósito de medicamentos es más adecuada y la que más contribuye a la descentralización y



calidad, pues se garantiza una mejor asistencia farmacéutica. Asimismo, al facilitar el acceso a todas las oficinas de farmacia interesadas, se contribuye al mantenimiento de las oficinas de farmacia, principalmente en el medio rural.

Además, hay que tener en cuenta lo establecido en la Sentencia número 846/2020, de 22 de junio de 2020, el Tribunal Supremo (sala de lo Contencioso-Administrativo), que en el apartado sexto indica que *“...tales requisitos y competencias debían considerarse siempre como mínimos y que, por consiguiente, por encima de ellos, cada Comunidad Autónoma que posea competencia en materia sanitaria [...] puede establecer medidas de desarrollo legislativo y puede añadir a los requisitos mínimos determinados con carácter general por el Estado, otros que entienda oportunos o especialmente adecuados...”*

Asimismo FEFCAM propone lo siguiente en relación al artículo 16:

“Dice: 3.- El periodo de vinculación de un depósito de medicamentos de un centro sociosanitario a una oficina de farmacia coincidirá con el periodo de autorización de funcionamiento del mismo.

En este artículo, así como en otros del borrador del Decreto (artículo 19.6) se hace referencia al periodo de vigencia de la autorización del depósito de medicamentos, sin que se regule ni en la Ley 5/2005 ni en este Decreto, que sería su desarrollo reglamentario, cual es ese periodo, si es un plazo concreto, prorrogable, etc.”

Como se ha indicado en una alegación presentada anteriormente por el Consejo (apartado A.1 del informe), conforme a lo establecido en el artículo 10.2 y 16.3 del proyecto de decreto, el periodo de autorización de funcionamiento de un depósito de medicamentos es de 5 años, igual que el establecido para todos los centros, servicios y establecimientos sanitarios, tal y como determina el artículo 14.1 del Decreto 125/2022, de 7 de diciembre.

4. Finalmente FEFCAM alega lo siguiente: *“no se regula el procedimiento ni los protocolos que se han de seguir cuando se produzca un cambio de oficina de farmacia vinculada al depósito de medicamentos de los centros sociosanitarios. Es decir, no se desarrolla debidamente el procedimiento que se debería cumplir cuando finaliza el periodo de vigencia de la autorización del depósito o cuando el cambio sea simplemente de oficina de farmacia vinculada al mismo, conllevando una inseguridad jurídica al respecto...”*

El procedimiento de autorización de funcionamiento y comunicación se debe ajustar al Decreto 125/2022, de 7 de diciembre, conforme establece el artículo 10.2 del proyecto de decreto, así como a las especificaciones relacionadas en este decreto.

“...Asimismo, la infraestructura actual de la administración pública no tiene capacidad para hacerse cargo de la gestión de los servicios de farmacia o depósitos de medicamentos vinculados a los mismos, considerando que el plazo transitorio de un año es insuficiente en todo caso, aunque lo idóneo es, como se ha dejado constancia a lo



largo de todas las alegaciones aquí recogidas, que se continuara con el modelo en que la Farmacia Comunitaria Castellano Manchega siga ejerciendo este papel, ya que funciona correctamente, no le supone un coste adicional a la administración y es satisfactorio para todos los agentes que intervienes, y sobre todo y en última instancia, para los pacientes de los centros sociosanitarios.”

El proyecto de decreto ya establece un periodo transitorio de 18 meses en la disposición transitoria primera, para los depósitos de medicamentos que están ya en funcionamiento.

Además, en relación a la capacidad de la administración para hacerse cargo de la gestión de los depósitos de medicamentos, la disposición transitoria segunda, sobre la “*Vinculación progresiva de los depósitos de medicamentos a un servicio de farmacia de la red pública*”, establece lo siguiente:

“1. La vinculación a un servicio de farmacia de la red pública del área de salud o zona sanitaria de influencia correspondiente se realizará de forma progresiva, según la planificación que establezca el Sescam, en base a los medios disponibles y a los acuerdos que suscriba a tal efecto.

2. En tanto no se realice la vinculación de un depósito a un servicio de farmacia de la red pública, éste se vinculará a una oficina de farmacia de la misma zona farmacéutica o, en su caso, adyacente, conforme al procedimiento establecido en los artículos 16 y 17.”

Teniendo en cuenta lo anterior, la vinculación a los servicios de farmacia de la red pública se realizará progresivamente y, conforme regula la mencionada disposición, mientras se podrán vincular los depósitos de medicamentos a una oficina de farmacia.

E. Alegaciones presentadas por FEFE.

FEFE realiza las siguientes alegaciones:

1. FEFE realiza una alegación previa sobre *“Inadecuación de la norma al 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.-*

“Esta Federación es consciente que el proyecto de Decreto del que se nos ha dado traslado para evacuar nuestras alegaciones, sigue los dictados de la Ley 5/2005, de 27 de junio, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha, la cual fue modificada mediante la Ley 2/2015, de 19 de febrero, la cual modificó, entre otros, el artículo 62, para darle la siguiente redacción:...”

“...Dicha regulación, como la que ahora se pretende perpetuar, no es conforme con lo regulado en el artículo 6 del Real Decreto-ley 16/2012, ya que en las disposiciones autonómicas se omite la referencia o expresión (recogida en la norma estatal básica) “en régimen de asistidos”.



“...A este respecto se ha pronunciado, entre otras la sentencia núm.47/2021, de fecha 18 de febrero, de la Sección núm. 1 de la Sala de lo Contencioso-Administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Aragón (ECLI:ES:TSJAR:2021:194) , al indicar:

«QUINTO- Vulneración del principio de jerarquía normativa del art. 4.

Se alega que hay un exceso reglamentario en cuanto se añade una exigencia que no está prevista en la ley, habiendo un exceso reglamentario. Así, en el RDL 16/2012, art. 6.1.c, se impone un servicio de farmacia propio a los centros sociales con cien camas o más “en régimen de asistidos”, expresión que se ha suprimido en el Decreto. Se estimará esta pretensión, siguiendo la argumentación vertida por la parte.”

“...De todo ello se desprende que la Comunidad Autónoma puede ejercer una competencia de desarrollo de las bases estatales [...] debiendo respetar en todo caso lo establecido con carácter básico por la normativa estatal”

“...En este supuesto la infracción es si cabe todavía mayor, ya que el Estatuto de Autonomía (Ley Orgánica 9/1982, de 10 de agosto, de Estatuto de Autonomía de Castilla-La Mancha), establece claramente: «Artículo 32. ...”

“...En efecto, este artículo 32 del Estatuto de Autonomía establece la plena sujeción de la normativa autonómica a la legislación básica del Estado, sin ningún tipo de paliativos. Entendemos que en este caso no es de aplicación el desplazamiento de la norma autonómica y la aplicación prevalente de la norma estatal básica (como determinaba la sentencia aludida), sino que siendo posterior la modificación y redacción del vigente artículo 62 de la Ley de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha al 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, precede su nulidad y, por tanto, también la del Decreto que se fundamente en dicha norma o la desarrolle, si es que llega a publicarse en el Diario Oficial.

El artículo 62.2 de la Ley 5/2005, de 27 de junio, establece que “los centros sociosanitarios que dispongan de 100 camas o más tendrán un servicio de farmacia propio” y no indica en régimen de asistidos. Asimismo en Castilla-La Mancha la mayoría de las personas que residen en las residencias de mayores son asistidas.

En el “Informe de la Dirección General de Calidad, Planificación, Ordenación e Inspección sobre las alegaciones presentadas al anteproyecto 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 5 de agosto de 2014, FEFCAM presentó una alegación a la redacción del artículo 62.2 del anteproyecto, en relación al mismo inciso de “régimen de asistidos” y se indicó lo siguiente:

“En relación a la inclusión del inciso “en régimen de asistidos”, no se acepta esta alegación puesto que, aunque el Real Decreto Ley 16/2012 lo regula así en su artículo 6, se considera que la norma estatal establece unos mínimos y que la comunidad autónoma puede aumentar los requisitos. El número de camas autorizado para un centro sociosanitario es más objetivo y constante que el criterio de número de camas en régimen de asistidos, ya que este número puede variar con frecuencia. Además, la diferencia de camas en régimen o no de asistidos es mínima y la mayoría de CCAA que han regulado recientemente la asistencia farmacéutica en centros sociosanitarios lo han



hecho en este sentido; es decir, sin diferenciar entre camas de asistidos o no asistidos.”

En relación a lo indicado en este informe de alegaciones, no se presentó ninguna observación ni por el Gabinete Jurídico de la JCCM, ni por el Consejo Consultivo de Castilla-La Mancha, ni tampoco dicho precepto ha sido impugnado judicialmente. Por ello el proyecto de decreto se adapta a lo regulado en el artículo 62.2 de la Ley 5/2005, de 27 de junio.

Además, hay que tener en cuenta la Sentencia número 846/2020, de 22 de junio de 2020, el Tribunal Supremo (sala de lo Contencioso-Administrativo), que establece lo siguiente en su **apartado sexto** de los fundamentos de derecho:

“...Tal y como recuerda la STC 22/2012, de 16 de febrero (EDJ 2012/25984), “[...] este Tribunal ya se ha pronunciado en sus SSTC 32/1983, de 28 de abril (EDJ 1983/32), y 80/1984, de 20 de julio (EDJ 1984/80), acerca de la materia en que debe encuadrarse competencialmente el régimen jurídico de los establecimientos sanitarios, al señalar que ‘la determinación con carácter general de los requisitos técnicos y condiciones mínimas para la aprobación, homologación, autorización, revisión o evaluación de instalaciones, equipos, estructuras, organización y funcionamiento de centros, servicios, actividades o establecimientos sanitarios [...] debe entenderse como una competencia de fijación de bases, que es, por tanto, en virtud del mandato del artículo 149.1.16 de la Constitución (EDL 1978/3879), de titularidad estatal en cuanto trata de establecer características comunes en los centros, servicios y actividades de dichos centros. En la citada Sentencia [STC 32/1983] (EDJ 1983/32) se decía también que tales requisitos y competencias debían considerarse siempre como mínimos y que, por consiguiente, por encima de ellos, cada Comunidad Autónoma que posea competencia en materia sanitaria [...] puede establecer medidas de desarrollo legislativo y puede añadir a los requisitos mínimos determinados con carácter general por el Estado, otros que entienda oportunos o especialmente adecuados’ (STC 80/1984, FJ 1)” (FJ 6) (EDJ 1984/80)...”

2. En relación al **artículo 2**, en cuanto al término de “personal farmacéutico”, FEFE alega lo siguiente:

“En el preámbulo de la norma proyectada así como en los apartados 2 y 3 del artículo 7; letra e) del apartado 3 del artículo 12; título y apartado 4 del artículo 15; Apartado III Requisitos específicos de los servicios de farmacia de los centros sociosanitarios; B. Requisitos de personal del Anexo; se utiliza la siguiente expresión: “personal farmacéutico”, que parece quiere significar o con el que se pretende designar a las personas que poseen la titulación de grado o licenciado en farmacia, pero debería precisarse, para evitar equívocos, y que dentro del mismo (utilizado de forma genérica) no puede darse cabida al “personal técnico”.

“Así en el apartado 2 del artículo 7 se indica:

“2. Los depósitos de medicamentos vinculados a un servicio de farmacia estarán bajo la responsabilidad directa de la persona que ostente la jefatura de servicio, que ejercerá las funciones establecidas en el artículo 8 por sí misma o por el personal farmacéutico integrante del servicio de farmacia, en el marco de las directrices de funcionamiento del mismo”.



Y en el apartado 3 de ese mismo artículo se establece:

“3. Los depósitos de medicamentos vinculados a una oficina de farmacia estarán bajo la responsabilidad directa de la persona titular de la misma, que ejercerá las funciones que se establecen en el artículo 8 por sí misma o mediante delegación en el personal farmacéutico adjunto de dicha oficina de farmacia”.

Como puede observarse en el apartado tercero se añade el calificativo “adjunto”, frente al apartado segundo que se califica como “integrante del servicio de farmacia”. Por lo que la responsabilidad técnica de los depósitos de medicamentos en los centros sociosanitarios podrá ser asumida por el titular (ya del Servicio ya de la Oficina de Farmacia), o por el personal farmacéutico (integrante del Servicio ya adjunto a la Oficina de Farmacia), lo que es independiente de cómo se gestiona dicho depósito y la presencia de personal (integrante del Servicio o empleado en la Oficina de Farmacia), durante las horas de apertura del depósito, como se indica en el Anexo:

II. Requisitos específicos de los depósitos de medicamentos de los centros sociosanitarios.

[...]

B. Requisitos de personal.

1. El depósito de medicamentos contará con la presencia y actuación profesional durante el horario de apertura del mismo de la persona farmacéutica responsable o de la persona farmacéutica o con el título de formación profesional de Técnico en Farmacia y Parafarmacia en quien delegue.

Será obligatoria la presencia de al menos una persona con el título de formación profesional de Técnico en Farmacia y Parafarmacia cuando el depósito esté situado en un centro sociosanitario con 100 camas o más, que será contratado a jornada completa por el centro sociosanitario.”

Se considera que el término “*personal farmacéutico*” no induce a confusión, puesto que solo incluye en el mismo a las personas licenciadas o graduadas en farmacia. Además, este término no puede hacer referencia a los técnicos en farmacia y parafarmacia, puesto que, tal y como se establece en el artículo 30 de la Ley 5/2005, de 27 de junio, y en el artículo 20 del Decreto 11/2019, de 18 de marzo, se denominan como “personal auxiliar” de la oficina de farmacia. Finalmente, a lo largo del texto del proyecto de decreto, cuando se quiere hacer referencia expresa al personal técnico se indica: “*una persona con el título de formación profesional de Técnico en Farmacia y Parafarmacia*”, con lo que se evitaría cualquier tipo de confusión al respecto.

En relación a los adjuntos, en los servicios de farmacia no existe la figura del farmacéutico adjunto, por lo que se indica “*el personal farmacéutico integrante del servicio de farmacia*”. Si se quisiera hacer referencia a los técnicos, se tendría que hacer referencia al personal auxiliar, como ya se ha indicado anteriormente.

Finalmente se informa que el término “*personal farmacéutico*” se utiliza a lo largo del texto del proyecto de decreto conforme a lo indicado por la Unidad de Género de la Consejería.



Por lo anteriormente expuesto, se considera que no es necesario incluir un apartado para definir “personal farmacéutico” e indicar que “no puede darse cabida al “personal técnico”.

3. En relación al apartado f) del artículo 2, número de camas, FEFE alega lo siguiente:

“Ya hemos indicado anteriormente (ver Alegación Previa, a la que nos remitimos), que 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, en su artículo 6, indica con respecto a los centros sociosanitarios o de asistencia social:

«1. Será obligatorio el establecimiento de un servicio de farmacia hospitalaria propio en: [...]

b) Los centros de asistencia social que tengan cien camas o más en régimen de asistidos [...].»

Es decir, las camas que tienen que computarse son las camas en régimen de asistidos, y no cualesquiera camas autorizadas.

En efecto, para cumplir con lo dispuesto en ese artículo 6, que tiene carácter de legislación básica del estado al haberse dictado al amparo del artículo 149.1.16ª de la Constitución Española.”

Esta alegación está relacionada con la realizada por FEFE en el apartado 1, por lo que se realizan las mismas consideraciones anteriormente indicadas. Como se ha indicado anteriormente, en el apartado sexto de fundamentos de derecho de la Sentencia número 846/2020, de 22 de junio de 2020, el Tribunal Supremo (sala de lo Contencioso-Administrativo), “...tales requisitos y competencias debían considerarse siempre como mínimos y que, por consiguiente, por encima de ellos, cada Comunidad Autónoma que posea competencia en materia sanitaria [...] puede establecer medidas de desarrollo legislativo y puede añadir a los requisitos mínimos determinados con carácter general por el Estado, otros que entienda oportunos o especialmente adecuados...”

4. En relación al apartado h) del artículo 2, zona sanitaria de influencia, FEFE alega:

“El proyecto que estamos estudiando establece una nueva categoría dentro de las zonas sanitarias, que no se corresponde con las establecidas en Decreto 13/1994, de 8 de febrero, de Ordenación Territorial de la Sanidad en Castilla-La Mancha, ni en las Órdenes en las que se establece el Mapa Sanitario de Castilla-La Mancha.

La “zona sanitaria de influencia”, se hace coincidir en este Decreto con el territorio delimitado a efectos sanitarios por las zonas básicas de salud, y el hospital de referencia para cada una de ellas de acuerdo con la Orden de 18/12/2012, de la Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales, de las Gerencias de Atención Integrada del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.

En el articulado constantemente se señala que: “[...] servicio de farmacia de la red pública de la misma área de salud o zona sanitaria de influencia correspondiente”, como



si fuesen sinónimos cuando, en realidad no lo son. Lo que provoca inseguridad jurídica, ya que las áreas de salud son más amplias (territorialmente hablando) que las “zonas sanitarias de influencia”, o por mejor decir, las gerencias de atención integrada.

Las “Zonas Básicas de Salud”, coinciden con las “Zonas Farmacéuticas” a tenor de lo dispuesto en el Decreto 102/2006, de 12 de septiembre, de planificación farmacéutica y requisitos, personal y autorizaciones de las oficinas de farmacia y botiquines.”

El artículo 6.2 del Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, hace referencia a la zona sanitaria de influencia correspondiente: *“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.”*

Asimismo el artículo 62.2 de la Ley 5/2005, de 27 de junio, establece que *“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.”

Para evitar confusiones con las zonas farmacéuticas y no generar inseguridad jurídica, es por lo que se define el término *“zona sanitaria de influencia”* en el artículo 2.h) de este proyecto de decreto, ya que aparece en la normativa básica estatal y autonómica anteriormente referida.

5. En relación a los **artículos 4 y 5**, así como al **anexo**, FEFE alega lo siguiente: *“se refieren sólo a “cien camas o más”, sin añadir como corresponde “en régimen de asistidos”, por imposición del artículo 6 del Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril,...”* *“Como ya hemos indicado en las Alegaciones Previa y segunda -a las que nos remitimos-, la norma autonómica no puede abstraerse de lo establecido en la norma estatal de carácter básico.*

El hecho de que el artículo 62 de la Ley 5/2005, de 27 de junio, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha siga vigente, siga vigente no es obstáculo para la impugnación del Decreto que se dicte en desarrollo del citado artículo 62.

Así se infiere del artículo 26 de la Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-administrativa:

«Artículo 26.

1. Además de la impugnación directa de las disposiciones de carácter general, también es admisible la de los actos que se produzcan en aplicación de las mismas, fundada en que tales disposiciones no son conformes a Derecho.



2. *La falta de impugnación directa de una disposición general o la desestimación del recurso que frente a ella se hubiera interpuesto no impiden la impugnación de los actos de aplicación con fundamento en lo dispuesto en el apartado anterior.»*

Esta alegación es similar a las anteriores en relación al régimen de asistidos, por lo que se considera lo anteriormente indicado.

6. En relación al **artículo 9**, FEFE alega lo siguiente: *“Omisión del establecimiento o indicación de las líneas generales de coordinación.*

Se echa en falta, que no se haya aprovechado este Decreto para regular esa coordinación en la asistencia farmacéutica, especialmente cuando concurra la Oficina de Farmacia en esa prestación.

La coordinación ha de realizarse a través de una comunicación que ha de ser direccional y en plano de igualdad entre los responsables técnicos de los Servicios de Farmacia o depósitos de medicamentos y la dirección del Centro a atender, ya que no basta con lo indicado en las letras d), f) y g) del apartado 1 del artículo 8 del texto proyectado.”

Se considera que lo establecido en este proyecto de decreto en relación a la coordinación es suficiente, pues ya está recogida en el acuerdo de asistencia farmacéutica del artículo 12.3 y en los siguientes apartados del anexo del proyecto del decreto:

- El apartado II.B.3 establece que en los depósitos de medicamentos *“La persona que ostente la dirección del centro designará al personal responsable del depósito de medicamentos fuera del horario de apertura del mismo e informará de ello a la persona farmacéutica responsable para su coordinación.”*

- El apartado II.C.3.b) regula que todos los depósitos de medicamentos dispondrán de *“Procedimientos normalizados de trabajo de asistencia farmacéutica, en los que se especifiquen, como mínimo, los objetivos, las actividades a desarrollar y el tiempo de dedicación a cada una de ellas, así como el procedimiento de coordinación entre los diferentes profesionales que intervienen en la asistencia farmacéutica.”*

- El apartado III.B.3 establece que *“La persona que ostente la dirección del centro designará al personal responsable del servicio de farmacia fuera del horario de apertura del mismo e informará de ello a la persona farmacéutica responsable para su coordinación.”*

- El apartado III.C.a) establece que los servicios de farmacia *“Dispondrán de una memoria en la que se incluya, como mínimo: número de plazas autorizadas, programas y actividades terapéuticas que se desarrollan y un organigrama de personal implicado en la asistencia farmacéutica, indicando sus funciones específicas, así como procedimiento de coordinación entre los mismos.”*

7. En relación al **apartado 3 del artículo 12**, FEFE alega lo siguiente: *“Inclusión un compromiso de colaboración y apoyo al desempeño de las actividades del personal farmacéutico responsable técnico por parte del centro sociosanitario y de su personal. Como indicamos en el propio título de esta Alegación, entendemos que en el acuerdo*



de asistencia farmacéutica debe de incluirse dentro de sus requisitos mínimos, un compromiso por parte del centro sanitario, en especial, de su personal, en el que se comprometan a colaborar en el desarrollo de las funciones que el Decreto proyectado le atribuye al responsable técnico (art. 8). Esto reforzaría el procedimiento normalizado de trabajo y de coordinación entre los diferentes profesionales que intervienen en la asistencia farmacéutica, al que hace referencia el Anexo, en su apartado II. Requisitos específicos de los depósitos de medicamentos de los centros sociosanitarios, letra C. Requisitos de funcionamiento.”

Se entiende que este compromiso de colaboración está incluido al firmar el acuerdo de asistencia farmacéutica, puesto que la persona titular del centro sociosanitario se compromete a cumplir y que se cumplan por el personal del mismo los requisitos técnico-sanitarios del anexo, conforme se establece en el artículo 12.3.a), y la persona farmacéutica responsable del depósito se compromete a cumplir las funciones establecidas en el artículo 8.

8. En relación al **artículo 16**, FEFE alega lo siguiente: “Supresión de limitaciones.- “Los apartados 1 y 2 de este artículo 16, vienen a imponer limitaciones que no vienen exigidas ni están reguladas en la Ley 5/2005, de 27 de junio, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha ni en 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.

La limitación de vincular un único depósito de medicamentos a la Oficina de Farmacia como regla general o principio, no tiene ningún fundamento, ya que están específicamente reguladas tanto las funciones, como la cualificación del personal distribución de espacios, etcétera, que garantizan la prestación de un servicio óptimo.

Esta limitación no rige para el Servicio de Farmacia Hospitalario, sino antes bien al contrario, sin embargo los condicionantes -como indicamos en el párrafo anterior- son los mismos que para la Oficina de Farmacia, lo que le impide a esta tener un rendimiento económico óptimo que es el que a través de los Servicios de Farmacia está buscando el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.

Porque no nos olvidemos las medidas de Uso Racional del Medicamento adoptadas por los diferentes gobiernos ya autonómicos ya de la nación, ha tenido un componente más economicista que de salud, y a las pruebas nos remitimos.”

En relación a esta alegación sobre la limitación de vincular un único depósito a la oficina de farmacia, se realizan las mismas consideraciones indicadas anteriormente en la alegación realizada por el FEFCAM (apartado D.3 de este informe). La redacción de este artículo 16 es conforme a lo establecido en la normativa básica estatal y autonómica.

F. Alegaciones presentadas por SCMFH.

1. En relación al **artículo 7.2**, la SCMFH realiza las siguientes consideraciones:

“1. Artículo 7 Responsabilidad técnica, punto 2 de depósitos de medicamentos vinculados a un servicio de farmacia: consideramos que también debe constar, al igual



que en el punto 1, que la “presencia y actuación profesional del personal farmacéutico es necesaria”. Si bien no vemos necesaria la presencia en la totalidad del horario de apertura del depósito, si creemos que es necesario un mínimo de asistencia farmacéutica presencial motivado por criterios de Calidad Asistencial y Seguridad en el uso de medicamentos. Esta presencia física debería quedar definida en el acuerdo de asistencia farmacéutica correspondiente.”

El apartado II.B.1 del anexo del proyecto de decreto ya establece que “el depósito de medicamentos contará con la presencia y actuación profesional durante el horario de apertura del mismo de la persona farmacéutica responsable o de la persona farmacéutica o con el título de formación profesional de Técnico en Farmacia y Parafarmacia en quien delegue.

Será obligatoria la presencia de al menos una persona con el título de formación profesional de Técnico en Farmacia y Parafarmacia cuando el depósito esté situado en un centro sociosanitario con 100 camas o más, que será contratado a jornada completa por el centro sociosanitario”.

Además, en el acuerdo de asistencia farmacéutica se ha de indicar el horario de apertura del depósito de medicamentos.

2. En cuanto al apartado II.C.4 del anexo:

“Anexo. Apartado II. Requisitos específicos de los depósitos de medicamentos de los centros sociosanitarios, punto C.4. de registros necesarios: consideramos que NO es necesario un registro de adquisición y entrega de medicamentos, productos sanitarios y productos dietéticos con especificación del lote y la caducidad. Sin embargo, Sí consideramos necesario asegurar la identificación permanente de los medicamentos con su lote y caducidad. Con este requisito y contando con un protocolo de caducidades y un protocolo de gestión de alertas farmacéuticas evitaríamos un trámite administrativo que supone el consumo de recursos.”

Al tratarse de requisitos de un depósito de medicamentos, que depende de un servicio de farmacia o de oficina de farmacia, y dado que son éstos los responsables de la adquisición y ya realizan estos registros, no sería necesario el registro de adquisición de medicamentos y entrega al usuario de productos sanitarios y productos dietéticos, pero sí de un registro de los mismos en el centro, con especificación del lote y la caducidad. Por ello, se modifica el apartado II.C.4.a) del anexo, que tendrá la siguiente redacción:

“a) De medicamentos, productos sanitarios y productos dietéticos, con especificación del lote y caducidad.”

G. Alegaciones presentadas por SEFAC.

SEFAC realiza las siguientes alegaciones:

1. “A nivel general se proponen los siguientes cambios terminológicos: que en lugar de hablar de oficina de farmacia se hable de Farmacia Comunitaria, y que en lugar de



“depósito de medicamentos” se utilice la expresión “área farmacéutica” o “botiquín farmacéutico”.

Justificación:

La denominación de “farmacia comunitaria” se ajusta mejor que la de “oficina de farmacia” a la realidad de la labor sanitaria y asistencial que desempeña el farmacéutico en el ámbito de la comunidad. La primera es una denominación más actual que expresa mejor su integración en su zona de actividad como recurso sanitario de mayor proximidad para el paciente. La utilización del término “farmacia comunitaria” es común desde hace tiempo en otros países de nuestro entorno, identifica mejor el espacio de actuación de la oficina de farmacia en contraposición al que abarcan los servicios de farmacia hospitalaria (el ámbito de esta última es el hospitalario, mientras que el de la farmacia comunitaria es la comunidad donde se halla ubicada) y resulta también más adecuado desde la perspectiva de la salud pública, al concretar mejor el territorio de actuación. Por lo demás, se emplea abiertamente en otros textos normativos autonómicos, como, por ejemplo, en el Decreto 188/2018, de 19 de octubre, de la Comunidad Valenciana, que regula la concertación de los servicios profesionales farmacéuticos asistenciales y la acreditación de las oficinas de farmacia para su prestación.

Por lo que se refiere las denominaciones de “área farmacéutica” o “botiquín farmacéutico”, en lugar de “depósito de medicamentos”, se considera que son más adecuadas porque el término “depósito” no refleja su función asistencial, sino solo la vertiente logística.

El término de oficina de farmacia y el de depósito de medicamento son los utilizados en la normativa estatal y autonómica:

a) Normativa estatal:

- Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, establece lo siguiente en su artículo ciento tres:

“1. La custodia, conservación y dispensación de medicamentos corresponderá:

a) A las oficinas de farmacia legalmente autorizadas.

b) A los servicios de farmacia de los hospitales, de los Centros de Salud y de las estructuras de Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud para su aplicación dentro de dichas instituciones o para los que exijan una particular vigilancia, supervisión y control del equipo multidisciplinario de atención a la salud.

2. Las oficinas de farmacia abiertas al público se consideran establecimientos sanitarios a los efectos previstos en el título IV de esta Ley.

3. Las oficinas de farmacia estarán sujetas a la planificación sanitaria en los términos que establezca la legislación especial de medicamentos y farmacias.

4. Sólo los farmacéuticos podrán ser propietarios y titulares de las oficinas de farmacia abiertas al público.”

- Ley 16/1997, de 25 de abril, de Regulación de Servicios de las Oficinas de Farmacia, “Artículo 1. Definición y funciones de las oficinas de farmacia.

En los términos recogidos en la Ley 14/1986, General de Sanidad, de 25 de abril, y la Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento, las oficinas de farmacia son



establecimientos sanitarios privados de interés público, sujetos a la planificación sanitaria que establezcan las Comunidades Autónomas, en las que el farmacéutico titular-propietario de las mismas, asistido, en su caso, de ayudantes o auxiliares, deberá prestar los siguientes servicios básicos a la población:

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.

- Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios, en su anexo I y II, incluye como “establecimientos sanitarios” a las oficinas de farmacia y como “oferta asistencial” a los depósitos de medicamentos, en concreto regula lo siguiente:

“E.1 Oficinas de farmacia: establecimientos sanitarios privados de interés público, sujetos a la planificación sanitaria que establezcan las comunidades autónomas, en las que el farmacéutico titular-propietario de aquéllas, asistido, en su caso, de ayudantes o auxiliares, debe prestar a la población los servicios básicos recogidos en el artículo 1 de la Ley 16/1997, de 25 de abril, de regulación de los servicios de las oficinas de farmacia.”

“...La oferta asistencial de los centros sanitarios anteriormente indicados podrá estar integrada por uno o varios de los siguientes servicios o unidades asistenciales:...

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

- 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, no los define, pero hace referencia siempre a oficina de farmacia y a depósito de medicamentos.

b) Normativa autonómica:

- Ley 5/2005, de 27 de junio, establece lo siguiente en los apartados b) y f) del artículo 2:

“...b) «Oficina de farmacia»: El establecimiento sanitario privado de interés público autorizado, en el que bajo la dirección de uno o varios farmacéuticos se llevan a cabo las funciones que se describen en el art. 19 de esta Ley...”

“...f) «Depósito de medicamentos»: La unidad de asistencia farmacéutica dependiente de una oficina de farmacia o servicio de farmacia, ubicada fuera de su espacio físico, en la que se conservan y dispensan medicamentos a pacientes atendidos en el centro en el que está situada...”

Por lo anteriormente indicado, las definiciones y denominaciones de oficina de farmacia y depósito de medicamentos se ajustan a la normativa básica estatal y autonómica vigente.

2. SEFAC propone las siguientes modificaciones:



a) Respecto al **artículo 3.4**, SEFAC propone la siguiente redacción: *“4. La dispensación de medicamentos para las personas usuarias de los centros sociosanitarios se realizará por una persona licenciada o graduada en Farmacia ~~o, bajo su supervisión, por una persona con el título de formación profesional de Técnico en Farmacia y Parafarmacia, con el apoyo y colaboración cuando sea preciso de una persona con el título de formación profesional de Técnico en Farmacia y Parafarmacia~~, prohibiéndose la intermediación con ánimo de lucro de terceras personas, entidades o empresas.*

Justificación:

La dispensación de medicamentos es una facultad exclusiva de los farmacéuticos, tal y como se desprende, entre otros preceptos, de lo establecido en la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (art. 6.2, d). Los técnicos en Farmacia y Parafarmacia pueden colaborar con el farmacéutico en el citado servicio profesional pero no realizar la dispensación propiamente dicha.”

El artículo 6.2.b) de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, al que hace referencia SEFAC, no establece las funciones de los técnicos en farmacia y parafarmacia y con respecto a los farmacéuticos establece lo siguiente:

“...2. Sin perjuicio de las funciones que, de acuerdo con su titulación y competencia específica corresponda desarrollar a cada profesional sanitario ni de las que puedan desarrollar otros profesionales, son funciones de cada una de las profesiones sanitarias de nivel de Licenciados las siguientes: ...”

“...b) Farmacéuticos: corresponde a los Licenciados en Farmacia las actividades dirigidas a la producción, conservación y dispensación de los medicamentos, así como la colaboración en los procesos analíticos, farmacoterapéuticos y de vigilancia de la salud pública...”

Este artículo establece las funciones de los farmacéuticos, pero *“Sin perjuicio de las funciones que, de acuerdo con su titulación y competencia específica corresponda desarrollar a cada profesional sanitario ni de las que puedan desarrollar otros profesionales”*.

El Real Decreto 1689/2007, de 14 de diciembre, por el que se establece el título de Técnico en Farmacia y Parafarmacia y se fijan sus enseñanzas mínimas, establece en su artículo 5 las competencias profesionales, personales y sociales de este título, y en concreto su apartado b) y c) indican lo siguiente:

“b) Asistir en la dispensación de productos farmacéuticos informando de sus características y de su uso racional.

c) Realizar la venta de productos parafarmacéuticos, atendiendo las demandas e informando con claridad a los usuarios.”

En este real decreto queda claro que una de las competencias profesionales adquiridas al estar en posesión del título de Técnico en Farmacia y Parafarmacia es el asistir en la dispensación de productos farmacéuticos.

La Ley 5/2005, de 27 de junio, establece, en el artículo 5.2, que *“La dispensación de medicamentos se realizará por un farmacéutico o bajo su supervisión”*; en el artículo 26.d), define al personal auxiliar, entre el que se encuentra el técnico en farmacia y parafarmacia, como *“el que ejerce sus funciones en colaboración con los profesionales*



farmacéuticos y bajo su supervisión”; y, en su artículo 30.1, que “En el desempeño de las funciones que no requieran la titulación específica, los farmacéuticos podrán ser ayudados por el personal auxiliar que consideren necesario, para el ejercicio de las funciones que les están reconocidas”.

Por todo lo anteriormente expuesto, se considera que la redacción del proyecto de decreto se ajusta a la normativa vigente.

b) En relación al **artículo 3.5**, SEFAC propone la siguiente redacción: “5. El transporte y entrega de los medicamentos, productos sanitarios y productos dietéticos deberá realizarse de manera que se asegure que no sufre ninguna alteración ni merma en su calidad. En el caso de que el transporte lo realice un tercero, deberá existir un contrato, por escrito, donde estarán establecidas las responsabilidades de cada una de las partes y las condiciones del servicio y las previsiones exigidas por la normativa de protección de datos de carácter personal. La persona farmacéutica responsable deberá informar al transportista contratado de las condiciones de transporte requeridas y asegurarse de que se garantiza el mantenimiento de dichas condiciones durante el mismo, especialmente en el caso de medicamentos termolábiles. En todo caso, el proceso de transporte y entrega de medicamentos debe ser objeto de un protocolo de dispensación.”

Justificación:

Se debería definir un protocolo de dispensación que, además de garantizar que la dispensación la realiza siempre el farmacéutico, abarque los aspectos relacionados con el transporte y la entrega, que habrán de perfilarse bajo su supervisión.”

La dispensación de medicamentos ya está regulada, tanto en la normativa nacional como autonómica, y a ella se hace referencia en el apartado 4 del artículo 3. En el apartado 5 de este artículo solo se regula el transporte y entrega de los medicamentos, productos sanitarios y productos dietéticos, para no crear confusión al respecto; por ello, se considera que la redacción actual es más adecuada que la propuesta.

c) Respecto al **artículo 3.6**, SEFAC propone la siguiente redacción: “6. La asistencia farmacéutica que se regula en el presente Decreto no altera el régimen jurídico ni el alcance de la prestación farmacéutica establecida en la normativa vigente. En todo caso, deberá garantizarse la disponibilidad que el área botiquín farmacéutico dispone de un stock de los medicamentos esenciales para cubrir las necesidades habituales que puedan surgir durante las veinticuatro horas de todos los días.”

Justificación:

No es realista pensar que la farmacia a la que esté vinculado el depósito (área o botiquín farmacéutico) se halle las 24 horas del día pendiente de las faltas que pueda haber, por lo que se considera que es más adecuado matizar este precepto en el sentido de que la obligación se refiera a los aspectos logísticos, es decir, a que esté debidamente abastecido para las necesidades diarias, al menos de los medicamentos esenciales.”



Esta alegación es similar a una realizada anteriormente por el Consejo (apartado A.2 del informe), por los motivos ya expuestos se mantiene la redacción actual del proyecto de decreto.

d) En relación al **artículo 4.1**, SEFAC propone la siguiente redacción: *“De acuerdo con el artículo 62.2 de la Ley 5/2005, de 27 de junio, 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 o, en su defecto, a una farmacia comunitaria de la zona farmacéutica.”*

Justificación:

Se trataría de dejar abierta la puerta a que la farmacia comunitaria pueda cubrir la eventual falta de disponibilidad del servicio de farmacia hospitalario contemplado en el precepto. Debe tenerse en cuenta que en la práctica los centros sociosanitarios de más de 100 camas atendidos desde la farmacia hospitalaria recurren, por su agilidad, a la farmacia comunitaria para las urgencias y los cambios de tratamiento.”

Como se ha indicado en anteriores alegaciones, el artículo 4.1 está redactado conforme a lo establecido en la normativa básica estatal y autonómica.

No obstante, la disposición transitoria segunda, sobre la *“Vinculación progresiva de los depósitos de medicamentos a un servicio de farmacia de la red pública”*, establece lo siguiente:

“1. La vinculación a un servicio de farmacia de la red pública del área de salud o zona sanitaria de influencia correspondiente se realizará de forma progresiva, según la planificación que establezca el Sescam, en base a los medios disponibles y a los acuerdos que suscriba a tal efecto.

2. En tanto no se realice la vinculación de un depósito a un servicio de farmacia de la red pública, éste se vinculará a una oficina de farmacia de la misma zona farmacéutica o, en su caso, adyacente, conforme al procedimiento establecido en los artículos 16 y 17.”

El proyecto de decreto ya incluye la posibilidad de que los depósitos de más de 100 camas se puedan vincular, de manera excepcional y transitoria, a una oficina de farmacia. Por lo tanto, se considera que la redacción actual es más adecuada que la propuesta.

En relación a *“las urgencias y los cambios de tratamiento”*, se mantiene la redacción actual por los motivos ya expuestos anteriormente en las alegaciones del Consejo (apartado A.2 del informe).

e) Respecto al **artículo 5.3**, SEFAC propone la siguiente redacción: *“3. La vinculación se concretará mediante acuerdo de asistencia farmacéutica, formalizado por escrito entre ambas partes, que tendrá una duración máxima de 2 años, teniendo en cuenta que:*

a) Los depósitos de medicamentos de centros sociosanitarios públicos estarán vinculados a un servicio de farmacia de la red pública de la misma área de salud o zona



sanitaria de influencia correspondiente. No obstante, en situaciones excepcionales, cuando la asistencia farmacéutica no pueda ser realizada por un servicio de farmacia de la red pública de la misma área de salud, estos depósitos se vincularán a una oficina de farmacia.

b) Los depósitos de medicamentos de centros sociosanitarios privados se vincularán a una oficina de farmacia o, en su caso, a un servicio.

Justificación:

Se considera que la duración de los acuerdos entre las farmacias y los centros sociosanitarios no debería exceder de dos años, con el fin de favorecer la rotación de las farmacias de la zona básica de salud.”

Como se ha indicado en alegaciones anteriores, el artículo 16.3 de este proyecto de decreto establece que “El periodo de vinculación de un depósito de medicamentos de un centro sociosanitario a una oficina de farmacia coincidirá con el periodo de autorización de funcionamiento del mismo, salvo que se produzca la resolución del acuerdo de asistencia farmacéutica por las causas previstas en el mismo y no exista procedimiento de vinculación de oficio en los supuestos de revocación del artículo 19.4”, que, conforme se regula en el artículo 10.2 y establece el artículo 14.1 del Decreto 125/2022, de 7 de diciembre, y será de 5 años.

Tal y como se ha indicado anteriormente en la alegación presentada por Acescam (apartado B.2.f) de este informe), la redacción actual se ajusta a lo establecido en la Resolución de la Comisión Nacional de la Competencia (CNC) de fecha 14 de abril de 2009, que prohíbe la rotación de oficinas de farmacia.

f) En relación al **artículo 16.2**, SEFAC propone la siguiente redacción: “Se podrán vincular hasta tres depósitos de medicamentos (área farmacéutica o botiquín farmacéutico) por farmacia comunitaria, siempre que la atención farmacéutica que deba prestar esta última no supere en conjunto las 150 plazas.”

Justificación:

Por las características geográficas de Castilla-La Mancha, donde hay zonas rurales en que una farmacia tiene que ocuparse inevitablemente de atender a varias residencias de pequeño tamaño, se considera más apropiado dejar el precepto aludido de la manera que se propone, poniendo como límite la atención global de 150 plazas por farmacia, en consonancia con lo contemplado en el art. 18.5 del Decreto 92/2019, de 27 de junio, del Gobierno de Aragón, por el que se regula la atención farmacéutica en los centros sociales de dicha comunidad y se establece el modelo de gestión de la prestación farmacéutica para los usuarios con derecho a la misma.”

En relación a esta alegación sobre la limitación de vincular un único depósito a la oficina de farmacia, se realizan las mismas consideraciones indicadas anteriormente en la alegación realizada por el FEFCAM (apartado D.3 de este informe).

g) Respecto al **nuevo artículo: 18 bis**, SEFAC propone la siguiente redacción:

“Documento de Actuaciones farmacéuticas.



1.- El Documento de Actuaciones Farmacéuticas incluirá las actividades a realizar en relación con el tratamiento farmacoterapéutico, el mantenimiento de los depósitos (área farmacéutica o botiquín farmacéutico) y aspectos formativos sobre conservación y administración de los fármacos en los centros sociales a los que se presta atención farmacéutica.

2. Dicho documento será elaborado de forma consensuada entre el Departamento responsable de Sanidad y los Colegios Oficiales de Farmacéuticos de Castilla-La Mancha, con la participación de las sociedades científicas, en su caso; y publicado en la sede electrónica de la Administración de la Comunidad Autónoma, en la dirección electrónica <https://www.XXXXX>.

Justificación:

Para el caso de los depósitos (área farmacéutica o botiquín farmacéutico) vinculados a una farmacia comunitaria, resultaría de gran ayuda establecer las funciones, PNTs y los criterios de calidad de la prestación farmacéutica, a través de un Documento de Actuaciones Farmacéuticas, como el que se prevé también en el art. 15 del mencionado Decreto 92/2019, de 27 de junio, del Gobierno de Aragón. Para la elaboración del documento resultaría muy importante que se contara con las sociedades científicas y profesionales, particularmente con las del ámbito de la farmacia comunitaria como SEFAC.”

En el artículo 8.1 del proyecto de decreto ya se establecen las funciones de la persona farmacéutica responsable y en el anexo, en concreto en los apartados II.C y III.C, los requisitos de funcionamiento de los depósitos de medicamentos y servicios de farmacia respectivamente, entre los que se incluyen procedimientos normalizados de trabajo, protocolos, etc. Por ello, se considera que no es necesario incluir un nuevo artículo 18.bis sobre “documento de actuaciones farmacéuticas”.

h) En relación a la **disposición transitoria segunda, apartado 2**, SEFAC propone la siguiente redacción: “2. Respecto de los centros de 100 o más camas, en tanto no se realice la vinculación de un depósito a un servicio de farmacia de la red pública, éste se vinculará a una oficina de farmacia de la misma zona farmacéutica o, en su caso, adyacente, conforme al procedimiento establecido en los artículos 16 y 17.”

Justificación:

El art. 62 de la Ley 5/2005, de 27 de junio, solo excluye a las farmacias comunitarias cuando se trata de depósitos de centros sociosanitarios de 100 o más camas, y eso debe matizarse en esta disposición para que no pueda interpretarse que en los de menos camas quedan excluidas.”

Tal y como se ha indicado en una alegación anterior presentada por el Consejo, el proyecto de decreto, de conformidad con lo establecido en los artículos 53.1 y 62.3, establece en su artículo 5.3.a) que “Los depósitos de medicamentos de centros sociosanitarios públicos estarán vinculados a un servicio de farmacia de la red pública de la misma área de salud o zona sanitaria de influencia correspondiente. No obstante, en situaciones excepcionales, cuando la asistencia farmacéutica no pueda ser realizada



por un servicio de farmacia de la red pública de la misma área de salud, estos depósitos se vincularán a una oficina de farmacia.

El proyecto de decreto se redacta conforme se establece en la Ley, manteniendo la posibilidad de que los depósitos puedan vincularse a una oficina de farmacia, de forma excepcional, cuando la asistencia farmacéutica no pueda ser realizada por un servicio de farmacia de la red pública de la misma área de salud.

i) Respecto al **anexo, letra C, nuevo apartado 6**, SEFAC propone la siguiente redacción: “6.- *El farmacéutico responsable podrá acceder a la información clínica del paciente que sea necesaria para el desempeño de su labor.*”

Justificación:

Con el fin de poder detectar los problemas relacionados con los medicamentos (PRM) y los resultados negativos asociados a los medicamentos (RNM), el farmacéutico comunitario debe poder acceder a los apartados de la historia clínica que contengan las prescripciones de medicamentos, así como a cualquier otro que guarde relación con la terapia farmacológica o que pueda resultar necesario para el desempeño de su función. El respaldo a esta solicitud se encontraría, entre otros, en lo establecido en la mencionada Ley 44/2003, de ordenación de las profesiones sanitarias, que aboga porque el equipo de trabajo sea la unidad básica asistencial, y porque se trabaje de manera interdisciplinaria entre los distintos profesionales en aras de la mejor atención al paciente.”

El acceso a la historia clínica del paciente ya está regulado en la normativa estatal (artículo 16 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica) y autonómica (artículo 28 de la Ley 5/2010, de 24/06/2010, sobre derechos y deberes en materia de salud de Castilla-La Mancha, y el Decreto 24/2011, de 12 de abril, de la documentación sanitaria en Castilla-La Mancha).

H. Alegaciones presentadas por SEFAR.

1. SEFAR propone la siguiente modificación del **artículo 4.1**: “...De acuerdo con el artículo 62.2 de la Ley 5/2005, de 27 de junio, los centros sociosanitarios que dispongan de 100 camas o más en régimen de asistidos 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...”

Justificación:

Cumplimiento del artículo 6 del Real Decreto-ley 16/2012, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones, que establece:

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.

Esta norma establece, con carácter vinculante para la Administración Autonómica, que el servicio de farmacia hospitalaria se exija a los centros de asistencia social que tengan cien camas o más en régimen de asistidos, es decir, no a cualquier centro de asistencia social que tenga más de cien camas sino solo a aquellos que tengan más de cien camas para personas no válidas, con algún grado de dependencia, y que estén catalogadas como plazas de asistidos.”

Esta alegación también la realiza FEFE (apartado E.1 del informe) y por los motivos expuestos en la misma se mantiene la redacción actual.

Como se ha indicado en anteriores alegaciones, el artículo 4.1 está redactado conforme a lo establecido en la normativa básica estatal y autonómica.

2. SEFAR propone la modificación del **artículo 4.2**: *“La vinculación se concretará mediante acuerdo de asistencia farmacéutica, formalizado por escrito entre las partes interesadas siempre que no se altere el régimen de derechos y obligaciones que tienen los beneficiarios del Sistema Nacional de Salud”.*

Justificación:

Evitar la sustitución de la prestación farmacéutica, que forma parte de la Cartera Común Suplementaria del Sistema Nacional de Salud, por un servicio de tratamiento con medicamentos integrado en la Cartera Común Básica de Servicios Asistenciales del Sistema Nacional de Salud, y por tanto, que ni el contenido ni el modo de acceso a la prestación farmacéutica pueda ser objeto de los convenios que suscriban las entidades de asistencia social con el hospital público de referencia.”

Ya está regulado en el artículo 3.6 del proyecto de decreto que establece que *“La asistencia farmacéutica que se regula en el presente Decreto no altera el régimen jurídico ni el alcance de la prestación farmacéutica establecida en la normativa vigente. En todo caso, deberá garantizarse la disponibilidad de medicamentos durante las veinticuatro horas de todos los días del año.”*

3. SEFAR propone la modificación del **artículo 16.3**: *“El periodo de vinculación de un depósito de medicamentos de un centro sociosanitario a una oficina de farmacia **será de X años**, salvo que se produzca la resolución del acuerdo de asistencia farmacéutica por las causas previstas en el mismo y no exista procedimiento de vinculación de oficio en los supuestos de revocación del artículo 19.4.”*

Justificación:

Creemos que sería conveniente, para mantener en el tiempo la calidad en la asistencia a los pacientes de un centro sociosanitario, el establecer un periodo limitado en el tiempo para esa vinculación de modo que la oficina de farmacia vinculada no “relaje” los parámetros de calidad en la prestación y, a su vez, se estimule en el futuro a aquellas oficinas de farmacia que no hubiesen obtenido dicha vinculación.”



Tal y como se ha indicado en una alegación similar presentada por FEFCAM (apartado D.3 de este informe), el periodo de vinculación será de 5 años puesto que el artículo 16.3 establece que coincidirá con el periodo de autorización de funcionamiento del depósito de medicamentos, ya que el procedimiento de autorizaciones administrativas se ajustará a lo dispuesto en el Decreto 125/2022, de 7 de diciembre.

I. Alegaciones presentadas por la Consejería de Bienestar Social.

La Consejería de Bienestar Social, en su correo electrónico de 20 de abril de 2022, realiza las siguientes consideraciones:

1. *“En primer lugar, poner de manifiesto que nuestros centros no son centros sociosanitarios, son centros de servicios sociales de carácter residencial (así los cataloga la Ley 14/2010, de 16 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla-La Mancha); por lo que este decreto, a nuestro juicio, no sería de aplicación”.*

Tal y como se ha indicado en la alegación anteriormente presentada por ARTECAM (apartado C.1 del informe), aunque la ley 14/2010, de 16 de diciembre, se refiere a las residencias como centros residenciales, el artículo 2.i) de la Ley 5/2005, de 27 de junio, define, a los efectos de esta Ley, centro sociosanitario como *“Todo aquel centro público o 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.”*

2. *“En todo caso, si la interpretación es que nuestros centros se van a ver comprometidos con este decreto, habría un problema grave de incumplimiento con lo estipulado en el texto en materia de personal, en concreto en lo que se refiere a “la dispensación de medicamentos para las personas usuarias de los centros sociosanitarios se realizará por una persona licenciada o graduada en Farmacia o, bajo su supervisión, por una persona con el título de formación profesional de Técnico en Farmacia y Parafarmacia”. Ninguno de nuestros centros dispone de este tipo de personal y nos parece desproporcionada su exigencia”.*

Como se ha indicado en alegaciones anteriores este proyecto de decreto es conforme a la normativa básica estatal y la Ley 5/2005, de 27 de junio, y, conforme a la misma, la dispensación de medicamentos solo puede ser por una persona licenciada o graduada en Farmacia o, bajo su supervisión, por una persona con el título de formación profesional de Técnico en Farmacia y Parafarmacia. No obstante, para evitar otras interpretaciones, se modifica el apartado 4 del artículo 3 con la siguiente redacción: *“4. La dispensación de medicamentos para las personas usuarias de los centros sociosanitarios se realizará conforme se establece en la normativa estatal y autonómica vigente, prohibiéndose la intermediación con ánimo de lucro de terceras personas, entidades o empresas.”*

3. *“Por otro lado, la definición de centro sociosanitario de la Ley 5/2005, de 27 de junio, de Ordenación Farmacéutica es confusa, porque puede entenderse que también lo son*



las viviendas de mayores o viviendas con apoyo de atención a personas con discapacidad. Se debería aclarar si también entran estas viviendas en el ámbito de aplicación regulado en el artículo 1”.

Este aspecto queda aclarado en el artículo 6 del proyecto de decreto de *“Organización de la asistencia farmacéutica en los centros sociosanitarios no residenciales”* que regula lo siguiente:

“Los centros sociosanitarios no residenciales podrán disponer de un depósito de medicamentos vinculado a un servicio de farmacia del área de salud o zona sanitaria de influencia o a una oficina de farmacia, conforme a lo establecido en el artículo 5.3.”

Por lo anteriormente expuesto, los centros sociosanitarios no residenciales, entre los que se encuentran las viviendas de mayores o viviendas con apoyo de atención a personas con discapacidad, podrán, si lo estiman conveniente, disponer o no de un depósito de medicamentos. En caso de disponer del mismo, deberá ajustarse a lo regulado en el artículo 5.3, así como cumplir los requisitos técnico-sanitarios de este proyecto de decreto.

4. *“La titulación “farmacia” no entra entre las delimitadas en el Consejo Territorial para las Residencias de Servicios Sociales que, por otra parte, propugna que “las personas en centros sociales no son enfermos”, pese que tengan sus medicaciones como todos tenemos.”*

Este proyecto de decreto no establece que las personas en centros sociales sean enfermas, tiene por objeto *“regular la asistencia farmacéutica en los centros sociosanitarios, así como establecer el procedimiento para la autorización administrativa y los requisitos técnico-sanitarios de los servicios de farmacia y depósitos de medicamentos ubicados en estos centros”*, en cumplimiento de lo establecido en la normativa básica estatal y autonómica, como ya se ha indicado en alegaciones anteriores.

5. *“Por otro lado, los requisitos que se estipulan para los espacios de almacenamiento de la medicación también van a ser difíciles de cumplir en muchos de los centros.”*

Tal y como se ha indicado en una alegación anterior presentada por ARTECAM (apartado C.4 de este informe), el proyecto de decreto lo que establece son los requisitos mínimos para garantizar una asistencia farmacéutica adecuada y de calidad en estos centros y, además, en la mayoría de los centros no será necesario el aumento de la planta física ni equipamiento, sino solo delimitar funcionalmente los espacios destinados a las diferentes áreas. No obstante lo anterior, para facilitar esta adaptación, el proyecto de decreto establece, en su disposición transitoria primera, un plazo de 1 año para la adecuación de los depósitos de medicamentos y servicios de farmacia que se encuentren ya en funcionamiento, que, como se ha indicado en una alegación anterior presentada por Acescam (apartado B.2.h) de este informe), se va a ampliar este plazo a 18 meses.



6. *“Se debería sustituir la referencia al número de plazas autorizadas del artículo 2, apartado f) por la del número de plazas ocupadas”.*

Tal y como se ha indicado en la alegación presentada anteriormente por Acescam (apartado B.2.a) del informe), se considera más adecuado indicar *“número de plazas autorizadas”*, porque el número de plazas ocupadas puede variar a lo largo del año. A modo de ejemplo, una residencia puede tener autorizadas 110 plazas y estar unos meses por encima o por debajo de 100 plazas ocupadas, por lo que conforme a la normativa, tanto nacional como autonómica, unos meses debería tener un servicio de farmacia y otros un depósito de medicamentos.

7. *“Se propone suprimir del artículo 12.3 el apartado d) “Horario de apertura del depósito de medicamentos”. El objetivo es que el acceso al depósito de medicamentos no se condicione a un horario”.*

Esta la alegación es igual que la presentada por Acescam (apartado B.2.d) de este informe) por lo que se realizan las mismas consideraciones indicadas anteriormente.

8. *“Con relación a los traslados regulados en el artículo 13.5 del borrador, estos traslados que precisan de la realización de obras probablemente requieran también de autorización administrativa de modificación sustancial por parte de Bienestar Social, para asegurar que las obras no alteran lo autorizado con anterioridad y se siguen cumpliendo con las condiciones mínimas establecidas para este tipo de centros. Para esta autorización, con la regulación próxima a aprobar por Bienestar Social, hay un plazo de 4 meses para resolver. Por lo que puede ocurrir que Sanidad otorgue su autorización de traslado y posteriormente Bienestar Social deniegue la modificación sustancial de las obras porque incumpla las condiciones mínimas. Para evitar esta situación, se propone la siguiente redacción:*

“...se concederá un plazo de 3 meses para realizar las obras o, en su caso, el plazo necesario hasta la obtención de la autorización de modificación sustancial prevista en el Decreto XXX/2022, de XXXX, del régimen de autorización administrativa y comunicación, acreditación, registro e inspección de los servicios sociales en Castilla-La Mancha.”

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, en el artículo 25.1 establece la exigencia de autorizaciones sanitarias y en el artículo 29.1 determina que los centros y establecimientos sanitarios, cualquiera que sea su nivel y categoría o titular, precisarán autorización administrativa previa para su instalación y funcionamiento, así como para las modificaciones respecto de su estructura.

El Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios, determina en su artículo 3.3 lo siguiente: *“3. Cuando la normativa vigente atribuya competencias para autorizar la puesta en marcha de un centro en el que se realizan actividades sanitarias a otras instituciones u órganos no sanitarios de la Administración, éstos tendrán que recabar que aquél cuente previamente con la autorización de*



funcionamiento de las autoridades sanitarias de la correspondiente comunidad autónoma.”

J. Alegaciones presentadas por la Dirección General de Asistencia Sanitaria del Sescam- Área de Farmacia.

La Dirección General de Asistencia Sanitaria del Sescam realiza los siguientes comentarios:

“En relación con el texto del borrador de decreto de asistencia farmacéutica en centros socio-sanitarios en Castilla-La Mancha, nuestra valoración general es FAVORABLE.

Conforme a la normativa nacional y autonómica, el texto regula la asistencia farmacéutica en estos centros a través de servicios de farmacia propios, o de depósitos vinculados a servicios de farmacia del SESCAM (obligatorio en centros de más de 100 camas y de titularidad pública) o a oficinas de farmacia. En todo caso, la vinculación a servicios de farmacia públicos se indica que se realizará de forma progresiva, según la planificación que establezca el SESCAM, en base a los medios disponibles. La disponibilidad de técnicos de farmacia en los depósitos (obligatoria a jornada completa en centros de más de 100 camas) será a cargo de los centros sociosanitarios.

Nos gustaría realizar unos comentarios respecto a algunas cuestiones concretas

- a) No entendemos el punto 3.6 y proponemos su eliminación. A nivel de concertación son las oficinas de farmacia, el SESCAM establecerá que salvo situaciones urgentes, los depósitos de los centros sociosanitarios serán suministrados por las oficinas de farmacia vinculadas.*
- b) En el artículo 8, tratándose de la regulación mínima de funciones del farmacéutico responsable (tanto de servicios de farmacia como de oficina de farmacia), parece excesivo las previstas de actividades educativas y dietéticas (apartados h) y l)). Sí vemos un papel en regímenes especiales, particularmente en texturas modificadas para pacientes con problemas de deglución.*
- c) Respecto al anexo, sin entrar en profundidad a analizar los requisitos, no nos queda claro si realmente hay una obligación de un horario de apertura mínimo de los depósitos.*
- d) En cuanto a la preparación de SPD entendemos que aunque hay previsión de que se realice en depósitos, también será posible realizarla en servicios de farmacia aprovechándose de los futuros sistemas de robotización.*

En cuanto al **artículo 3.6**, como ya se ha indicado en la alegación similar presentada por el Consejo (apartado A.2 de este informe), se debe garantizar el acceso al depósito de medicamentos de forma continuada en caso de necesidad para los medicamentos ya prescritos a los residentes y que se encuentran en el mismo, por lo que este aspecto ya se ha regulado en el anexo de proyecto de decreto, en los apartados II.B.1 y II.B.3 y II.C.1 y II.C.2. No obstante, en caso de necesidad de medicación urgente que no se encuentre en el mencionado depósito, la disponibilidad del medicamento será garantizada por la oficina de farmacia en servicio de urgencia de mismo núcleo de población o zona farmacéutica, conforme a lo establecido en el artículo 6 del Decreto



23/2013, de 26 de abril, por el que se establecen los horarios de atención al público, servicios de urgencia y vacaciones de las oficinas de farmacia y botiquines en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha.

Teniendo en cuenta lo expuesto, ya se garantiza la asistencia farmacéutica durante las 24 horas del día por lo que no es necesario modificar el proyecto de decreto.

En relación a que lo establecido en el **artículo 8, apartados h) y l)**, las funciones reguladas en el artículo 8 del proyecto de decreto fueron consensuadas por el grupo de trabajo, tomando como base la normativa estatal y autonómica. Además, todos los profesionales sanitarios tienen que realizar actividades de educación para la salud y, en este caso, solo deberán realizarla *“sobre cuestiones de su competencia”* tal y como establece el apartado h); y el apartado l) regula que el farmacéutico responsable solo tiene que *“colaborar en los programas relacionados con el servicio de alimentación o área de dietética del centro”*, por lo que en ningún momento se obliga a realizar dichos programas solo a colaborar.

Respecto al **anexo** y la duda de la obligación de un horario de apertura mínimo de los depósitos, se informa que tanto en el artículo 12.d) como en el apartado I.4 del anexo se indica que los depósitos de medicamentos tienen que tener un horario de apertura. El artículo 12.d) regula que en el acuerdo de asistencia farmacéutica se tiene que indicar *“d) Horario de apertura del depósito de medicamentos”*. El apartado I.4 del anexo establece lo siguiente: *“En la puerta de entrada habrá un cartel en el que se indique que se trata de un servicio de farmacia o depósito de medicamentos y el horario de apertura. Esta puerta permanecerá cerrada fuera del horario de apertura.”*

En cuanto a la **preparación de SPD**, efectivamente se podrán realizar también en los servicios de farmacia, así como en las oficinas de farmacia, como ya se ha indicado en alegaciones anteriores.

K. Alegaciones presentadas por la Asociación de farmacéuticos y usuarios en defensa de la libertad de Castilla-La Mancha.

Esta asociación realiza las siguientes alegaciones:

“PRIMERA.- El Partido Socialista Obrero Español (PSOE), a través de declaraciones efectuadas en las Cortes de Castilla-La Mancha, manifestó su deseo explícito de derogar la 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. Alegación hacia la coherencia del discurso político...”

“...SEGUNDA.- El Tribunal Superior de Justicia de Castilla-La Mancha y la Comisión Nacional de los Mercados y de la competencia determinan explícitamente la ilegalidad consistente en limitar o suprimir la libre elección de oficina de farmacia...”

“...TERCERA.- Supresión del derecho general de los castellanomanchegos a la libre elección de oficina de farmacia...”



“...CUARTA.- Simultaneidad y contraste entre cercanía y dispensación mediante comercio electrónico...”

“...QUINTA.- La supresión de la libertad de elección de oficina de farmacia condiciona, limita y expulsa a otros agentes económicos no relacionados con la dispensación de medicamentos con prescripción médica...”

“...SEXTA.- El proyecto de decreto de asistencia farmacéutica en los centros sanitarios de Castilla-La Mancha desorienta a la opinión pública al socavar considerablemente la sostenibilidad de las farmacias ubicadas en las zonas despobladas de la región...”

“...SEPTIMA.- El proyecto de decreto y, subsidiariamente, la Ley 2/2015, expulsa del mercado de las residencias sociosanitarias privadas de menos de 100 camas autorizadas a un tercio de las oficinas de farmacia de la región...”

“...OCTAVA.- La dispensación de medicamentos a las residencias de más de 100 camas autorizadas desde los servicios ubicados en los hospitales públicos de las áreas de salud implica una sistemática extraordinariamente compleja y, probablemente, imposible...”

“...NOVENA.- La importancia de la Ley 2/2015 así como del proyecto de decreto objeto de estas alegaciones radica en el hecho de que la Administración Pública pretende crear un grave precedente que justifique una futura regulación de la demanda farmacéutica...”

“...DECIMA.- Sobre la especialización de las oficinas de farmacia y las razones de su procedencia...”

Las alegaciones presentadas por esta asociación ya han sido consideradas anteriormente en este informe y se reitera que lo regulado en este proyecto de decreto es conforme a la legislación básica estatal y autonómica anteriormente indicada.

Además, la Ley 5/2005, de 27 de junio, modificada por la Ley 2/2015, de 19 de febrero, se ajusta al contenido del artículo 6 del Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril, y tanto los Servicios Jurídicos de esta Consejería como la mayoría de las Comunidades Autónomas han interpretado este artículo de la misma manera. En concreto Andalucía, Aragón, Asturias, Murcia, Valencia, Castilla y León y País Vasco han regulado la vinculación de los depósitos de CSS tras la publicación de dicho Real Decreto-Ley. En Asturias se limita la vinculación de estos depósitos a una oficina de farmacia (OF) de la misma zona básica de salud (ZBS) para los CSS públicos y en Murcia a una OF de la misma zona farmacéutica (ZF) para los públicos y privados. En el caso de Valencia, solo se regula la vinculación de los depósitos de CSS privados a OF, ya que los depósitos de CSS públicos se vinculan a un servicio de farmacia público. En el caso de Castilla y León se regula que en los centros y servicios sanitarios integrados en organizaciones no sanitarias (en nuestro caso, los CSS) la atención farmacéutica se prestará a través de depósitos de medicamentos debidamente autorizados, vinculados a una OF ubicada en la misma ZF o a un servicio de farmacia ubicado en la misma área de salud.



El contenido de los artículos modificados por la Ley 2/2015, de 19 de febrero, en relación a la asistencia farmacéutica en los centros sociosanitarios, cuenta con el informe favorable, como el resto del proyecto, tanto del Consejo Consultivo de Castilla-La Mancha como del Gabinete Jurídico de la Junta de Comunidades.

Tal y como se ha indicado en alegaciones anteriores, el artículo 2.2.f) de la Ley 17/2009, de 23 de noviembre, sobre el libre acceso a las actividades de servicios y su ejercicio, exceptúa de su ámbito de aplicación los servicios sanitarios. Además, como se ha indicado en una alegación del FEFCAM (apartado D.1 de este informe), el apartado sexto de fundamentos de derecho de la Sentencia número 846/2020, de 22 de junio de 2020, el Tribunal Supremo (sala de lo Contencioso-Administrativo), establece que *“...tales requisitos y competencias debían considerarse siempre como mínimos y que, por consiguiente, por encima de ellos, cada Comunidad Autónoma que posea competencia en materia sanitaria [...] puede establecer medidas de desarrollo legislativo y puede añadir a los requisitos mínimos determinados con carácter general por el Estado, otros que entienda oportunos o especialmente adecuados...”*.

“...El establecimiento de un procedimiento de concurso competitivo, que además se puede ampliar, en caso de resultar vacante, a las oficinas de unidades territoriales de farmacia colindantes con aquella en la que radique el centro sociosanitario, no resulta en modo alguno contrario a los principios de libertad de empresa ni vulnera la regulación de la libre competencia, ya que el establecimientos de limitaciones basadas en principios de servicio público, que tiene una base legal como la ya expuesta, no introduce distorsiones en el principio de libre competencia. Respecto al procedimiento de adjudicación, la demanda no desvirtúa la legalidad del sistema, estructurado en un proceso de concurrencia competitiva basado en los principios de publicidad y transparencia, y con arreglo a criterios previamente fijados relativos al mejor servicio farmacéutico y mayor eficiencia, tal y como dispone el art. 5 del Decreto 515/2015...”

Asimismo, la redacción actual se ajusta a lo establecido en la Resolución de la Comisión Nacional de la Competencia (CNC), de fecha 14 de abril de 2009, puesto que dicha resolución prohibía la rotación de oficinas de farmacia para el suministro de medicamentos en residencias de mayores.

Este proyecto de decreto en ningún momento vulnera la libre elección de oficina de farmacia de todo ciudadano; lo que regula es la vinculación del depósito de medicamentos de un centro sociosanitario que, de conformidad con lo establecido en la normativa básica estatal y autonómica, podrá vincularse a un servicio de farmacia o una oficina de farmacia de la misma farmacéutica, independiente que haya normas que regulen la venta a distancia de medicamentos no sujetos a prescripción médica de manera particular.

Como se ha indicado en alegaciones anteriores, el proyecto de decreto pretende favorecer la sostenibilidad de la oficina de farmacia rural, en especial a las ubicadas en zonas despobladas y, por tanto, la permanencia de las oficinas de farmacia en el medio rural, para ello, como se ha indicado en una alegación similar presentada por el Consejo (apartado A.1 de este informe), en el artículo 18 de este proyecto de decreto se da prioridad en primer lugar a las oficinas de farmacia ubicadas en la misma zona farmacéutica y, en caso de las de zonas farmacéuticas adyacentes, a las situadas en zonas despobladas. Dentro de la misma zona farmacéutica, se da prioridad a las



localizadas en núcleos de población con menor número de habitantes y luego a la proximidad. Esta regulación es similar a la utilizada en la vinculación de los botiquines (artículo 75 del Decreto 11/2019, de 18 de marzo, de planificación farmacéutica y requisitos, personal y autorización de las oficinas de farmacia y botiquines) y pretende favorecer la sostenibilidad de la oficina de farmacia rural, en especial a las ubicadas en zonas despobladas y, por tanto, la permanencia de las oficinas de farmacia en el medio rural.

L. Alegaciones presentadas por Particulares:

1. AAQ.

a) En relación al **artículo 16.2**, alega que *“La Zona Sanitaria Cuenca, integra no solo a la capital, sino a poblaciones como Arcas del Villar, Villar de Olalla, Chillarón de Cuenca, entre otras, lo que da lugar que se sitúa en el mismo nivel las oficinas de farmacia de la capital, que las de estas pequeñas poblaciones, con menos pacientes que aquéllas. Considero que, en aras de dar más relevancia a las oficinas de farmacia de las zonas rurales, aunque se encuentren dentro de la zona sanitaria mayor, como es el caso, se modifique el artículo referido, en orden de autorizar hasta tres depósitos de medicamentos vinculados a la oficina de farmacia que estén dentro de la misma zona farmacéutica, de la misma manera que se pueden llevar tres botiquines según el Decreto 11/2019.”*

En relación a esta alegación sobre la limitación de vincular un único depósito a la oficina de farmacia, también ha sido presentada por FEFCAM (apartado D.3 de este informe), por lo que se realizan las mismas consideraciones y se mantiene la redacción actual del proyecto de decreto para favorecer la sostenibilidad de la farmacia rural.

b) En relación al **artículo 17**, alega que *“De igual manera, será más adecuado que en la vinculación de oficio (art. 17 y concordantes) de un depósito de medicamentos a una oficina de farmacia, dentro de la misma zona farmacéutica, se bareme y forme parte de la puntuación a dar a la oficina de farmacia, además de lo contemplado en el borrador de Decreto, la proximidad de la oficina de farmacia al centro sociosanitario frente al número de habitantes del núcleo de población, sobre todo en zonas rurales y, principalmente cuando el centro sociosanitario esté en el mismo núcleo poblacional que el consultorio médico de la zona rural y la oficina de farmacia. De esta manera, al ser la oficina de farmacia más cercana al centro sociosanitario, y estando junto al consultorio, se va a favorecer la atención farmacéutica y promover la coordinación entre los diferentes ámbitos sanitarios para mejorar la calidad asistencial y mejorar la calidad de vida de los usuarios ante cualquier urgencia que pueda surgir, que es el fin principal que se busca.”*

Se prioriza el menor número de habitantes frente a la cercanía, de igual manera que se hace con los botiquines (artículo 75.1 del Decreto 11/2019, de 18 de marzo, de planificación farmacéutica y requisitos, personal y autorizaciones de las oficinas de farmacia y botiquines), porque se pretende contribuir a la sostenibilidad de las oficinas de farmacia rurales, en especial a las ubicadas en zonas más despobladas. No obstante,



también se da alguna preferencia a la cercanía, como se establece en el apartado 3.b) del artículo 18, que indica: “en caso de igual número de habitantes, tendrá preferencia la oficina de farmacia más cercana”.

c) En relación al **artículo 18**, alega que “De igual forma, sería conveniente que en esta vinculación de oficio de centros sociosanitarios de más de 100 camas puedan participar farmacias rurales que tengan ya vinculado un depósito de medicamentos previo, porque estos centros se van a vincular con la red pública de forma progresiva, según la planificación que establezca el Sescam, pero en ese periodo transitorio, se debe favorecer la atención farmacéutica y la coordinación entre los profesionales, y eso se va a favorecer dejando la libertad de poder elegir al centro centrosanitario la oficina de farmacia más cercana si así lo desea, sin excluirlo por tener ya asociado un depósito de medicamentos al ser transitorio.

De esta manera se van a evitar situaciones incoherentes y que pueden afectar gravemente a la calidad de la atención farmacéutica, dado que podría asignarse el servicio a una farmacia más lejana del centro sociosanitario, y rechazando a la oficina de farmacia que esté a 5 minutos, junto al consultorio médico donde está el médico que les corresponde, por el único hecho de no ser el núcleo más pequeño, o tener un depósito de medicamentos ya vinculado.

Por lo antedicho, se considera adecuado cambiar los criterios que refiere el art. 18 del borrador, de tal forma que se prime:

1. La proximidad entre centro sociosanitario y oficina de farmacia.
2. Proximidad entre los dos anteriores y el consultorio/centro sanitario para favorecer la coordinación entre todos los ámbitos sanitarios.
3. Tamaño del núcleo de población: i) zonas de extrema despoblación, ii) zonas de intensa despoblación, y, iii) zonas en riesgo de despoblación.”

La disposición transitoria segunda sobre la vinculación progresiva establece, en su apartado 2, que “En tanto no se realice la vinculación de un depósito a un servicio de farmacia de la red pública, éste se vinculará a una oficina de farmacia de la misma zona farmacéutica o, en su caso, adyacente, conforme al procedimiento establecido en los artículos 16 y 17”. En función de lo establecido en el 16.1, como indica el particular, el “centro sociosanitario se podrá vincular de forma voluntaria a una oficina de farmacia de la misma zona farmacéutica”, pero no exime del cumplimiento de lo regulado en el artículo 16.2, en cuanto a la vinculación de la oficina de farmacia a un solo depósito de medicamentos. Como se ha indicado en alegaciones anteriores, se mantiene la redacción del proyecto de decreto para favorecer la sostenibilidad de la farmacia rural.

d) “En cuanto a los centros sociosanitarios de más de 100 camas, se considera adecuado que tengan la posibilidad de elegir entre: 1) si quieren tener un servicio de farmacia propio, o 2) tener un depósito de medicamentos vinculado a un servicio de farmacia de la red pública o a una oficina de farmacia de la misma zona farmacéutica, siempre de forma voluntaria entre ambas partes.

Creemos que debe primar la libertad de los centros sociosanitarios para poder elegir a qué oficina de farmacia se vincula, sobre todo si se trata de zonas rurales, porque si no se dan estas posibilidades, va a afectar gravemente a su sostenibilidad y es posible, que muchas tengan que cerrar, con el perjuicio que ello ocasionaría a la población de dichas zonas rurales, que es precisamente lo que las normas reguladoras deben evitar



y que el servicio de farmacia sea accesible al mayor número de habitantes posible, con independencia de su lugar de residencia.”

Como se ha indicado en alegaciones anteriores, la regulación de la asistencia farmacéutica de los centros sociosanitarios de más de 100 camas de este proyecto de decreto es conforme a lo establecido en la normativa básica estatal y en la normativa autonómica; por ello, los centros sociosanitarios de más de 100 camas tienen que tener un servicio de farmacia propio y solo se les eximirá de dicha exigencia si tienen un depósito de medicamentos vinculado a un servicio de farmacia de la red pública del área de salud o zona sanitaria de influencia correspondiente.

2. AEP.

a) En relación al **artículo 3** alega que *“En el borrador se habla de desarrollar la ley 5/2005, de 27 de junio, en cuanto a determinar los centros sociosanitarios cuya asistencia se deba llevar a cabo mediante, o bien servicio de farmacia, o bien depósito de medicamentos.*

Si bien, habría que especificar qué centros deben acogerse a esto y cuáles no, o si deben acogerse a una de las dos opciones todos, ya que hasta ahora algunas residencias han trabajado con oficinas de farmacia sin por ello tener que establecer un depósito de medicamentos como tal.

Es decir, habría que aclarar si este decreto afectaría a futuras adjudicaciones o de lo contrario afectaría disolviendo contratos y acuerdos previos privados con carácter retroactivo.

Puede ser que este aspecto haga referencia a como se trabaje en un futuro y deje intacta la forma de trabajar de los pequeños centros sociosanitarios menores de 100 camas, por ejemplo.

La forma de trabajar con centros sociosanitarios desde la farmacia rural es un modelo más personalizado y centrado en el paciente, llevando a cabo todos los procesos el propio farmacéutico titular directamente, que conoce a cada paciente y los trabajadores del centro, así como el funcionamiento y necesidades de estos. Por ello si hay algo que ya funciona, y además beneficia a farmacias de zonas despobladas, sería un error privarlas de ciertos privilegios que las ayudan a mantenerse.”

Como se ha indicado en alegaciones anteriores, la regulación de la asistencia farmacéutica de este proyecto de decreto es conforme a lo establecido en la normativa básica estatal y en la normativa autonómica.

b) En relación al **artículo 5.3.b)** alega lo siguiente: *“dice así: “Los depósitos de medicamentos de centros sociosanitarios privados se vincularán a una oficina de farmacia o, en su caso, a un servicio de farmacia hospitalaria del área de salud o zona sanitaria de influencia correspondiente.”*

Aquí se debe aclarar si los centros privados pueden trabajar con una farmacia de su área de salud o solo se refiere al área de salud en cuanto al servicio de farmacia del hospital.

En mi caso, que soy una farmacia rural con menos de 500 habitantes, trabajo con un centro sociosanitario fuera de mi área de salud, ya que está en otra provincia, pero a 15



kilómetros de la oficina de farmacia. Dada esta circunstancia, me parece poco apropiado que se intenten regular todos los aspectos de esta ley tan compleja, basándose en el área o zona de salud, cuando lo que realmente prima es la cercanía y, como bien dice el decreto, la priorización de la atención farmacéutica por parte de la farmacia rural.”

En el artículo 5 del proyecto de decreto se establece, conforme a lo regulado en la normativa básica estatal y autonómica, lo siguiente en sus apartados 1 y 2:

“1. De acuerdo con el artículo 62.3 de la Ley 5/2005, de 27 de junio, los centros sociosanitarios de menos de 100 camas que no dispongan de un servicio de farmacia contarán con un depósito de medicamentos que, por criterios de planificación farmacéutica y de asistencia farmacoterapéutica, estará vinculado a un servicio de farmacia del área de salud o a una oficina de farmacia de la zona farmacéutica.

2. Excepcionalmente y por motivos de planificación farmacéutica o de asistencia farmacoterapéutica justificados, podrá vincularse de oficio a una oficina de farmacia de la zona farmacéutica adyacente.”

Por lo anteriormente expuesto, las oficinas de farmacia a las que se vinculan los depósitos de medicamentos tienen que estar ubicadas en la misma zona farmacéutica o excepcionalmente de la zona farmacéutica adyacente.

c) En relación al **artículo 16, apartado 2** alega que “una oficina de farmacia solamente podrá tener vinculado un depósito de medicamentos, salvo que no exista ninguna de su misma zona farmacéutica que esté interesada.

En este apartado, una vez más, limitan la capacidad que tiene de crecer, o subsistir, de la farmacia rural. Considero que se debe tener en cuenta, de esta forma, tanto el número de camas, como el de habitantes del núcleo de población de las farmacias, ya que dentro de la zona de influencia del centro sociosanitario puede haber farmacias que no tengan los problemas que por ejemplo una VEC, que puede estar cerca de dicho centro sociosanitario a pesar incluso de no estar en la misma zona o área farmacéutica, como expongo en el caso del punto anterior.”

Esta alegación también la ha presentado FEFCAM (apartado D.3 de este informe), por lo que se realizan las mismas consideraciones indicadas anteriormente.

d) “Otra cuestión importante para tener en cuenta son los casos en los que se comparte residencia en 2 o más farmacias en un mismo centro sociosanitario. Habría que aclarar en el decreto si esto contase como tener adjudicada una residencia o no. Sería necesario hablar de número de camas adjudicadas, en lugar de números de residencias o centros con los que se trabaja.”

Este proyecto de decreto es de aplicación a todos los servicios de farmacia y depósitos de medicamentos de los centros sociosanitarios de Castilla-La Mancha, y un depósito de medicamentos solo puede estar vinculado a una oficina de farmacia, conforme a la normativa básica estatal y autonómica. No obstante, mediante la disposición transitoria primera, “los centros sociosanitarios que a la fecha de publicación de este decreto se encuentren ya en funcionamiento tendrán un plazo de 18 meses para la adecuación de los requisitos de planta física y equipamiento, personal y



funcionamiento, así como de vinculación a lo regulado en este decreto desde el día siguiente de su entrada en vigor”.

3. AMMA.

a) En relación al **artículo 5.3** alega lo siguiente: “Deberíamos tener más en cuenta la Ley 2/2021, de 7 de mayo, de Medidas Económicas, Sociales y Tributarias frente a la Despoblación y para el Desarrollo del Medio Rural en Castilla-La Mancha y las zonas Farmacéuticas despobladas o en riesgo de despoblación, regulando mecanismos que favorezcan la pervivencia de la farmacia rural.

En este sentido debería primarse la vinculación de una farmacia de la zona de salud y no tanto del área de salud, máxime si es una zona farmacéutica despoblada, con los depósitos de medicamentos de centros sociosanitarios sitos en la misma zona farmacéutica. Se propone, en síntesis, priorizar y vincular farmacia rural con los centros sociosanitarios existentes de la misma zona farmacéutica si es posible, generando procesos de economía circular todas las veces que sea posible para crear un valor añadido, vital para la supervivencia de la farmacia rural y zona despoblada.”

Como se ha indicado en una alegación anterior de un particular, AEP (apartado L.2 de este informe), el apartado 1 y 2 del artículo 5 establece que se tendrán que vincular a oficinas de farmacia de la misma zona farmacéutica o adyacentes de manera excepcional, como regula la normativa básica estatal y autonómica. Además, en el artículo 18.2 del proyecto de decreto, ya se tiene en cuenta los siguientes criterios de despoblación:

“2. Cuando la vinculación se realice a una oficina de farmacia de las zonas farmacéuticas adyacentes, se dará prioridad a las ubicadas en zonas farmacéuticas despobladas, de acuerdo con lo establecido en la normativa vigente en relación con la clasificación de zonas rurales, con el siguiente orden:

- a) Zonas de extrema despoblación.
- b) Zonas de intensa despoblación.
- c) Zonas en riesgo de despoblación.”

b) **Artículo 16.2** alega: “Deberíamos tener en más cuenta Artículo 9 de la Constitución Española de 1.978, en su apartado 2: “Corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad y la igualdad del individuo y de los grupos en que se integra sean reales y efectivas; remover los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud y facilitar la participación de todos los ciudadanos en la vida política, económica, cultural y social.

En este sentido y atendiendo al principio de igualdad y oportunidad para todas las farmacias existentes en una misma zona de salud, si se tiene en cuenta que una farmacia solo puede tener vinculado un depósito de medicamentos, para posibilitar otras vinculaciones con otras farmacias de la zona y evitar la concentración de la riqueza, también debería tenerse en cuenta aquellas farmacias que tienen vinculados botiquines. Se propone para favorecer la pervivencia de la farmacia rural que queden excluidas del proceso de vinculación las farmacias que tengan adjudicados botiquines y aquellas que ya dispongan de una vinculación con un depósito de medicamentos.”



En el apartado 3.a) del artículo 18 del proyecto de decreto ya se ha tenido en cuenta si la oficina de farmacia tiene vinculado algún botiquín:

“3. En caso de empate en la prioridad de vinculación establecida en los apartados 1 y 2, tendrá preferencia:

a) La oficina de farmacia del núcleo de población con menor número de habitantes. Para el cómputo del número de habitantes se tendrá en cuenta si la oficina de farmacia tiene vinculado algún botiquín; en cuyo caso, se sumará el número de habitantes del núcleo de población donde se encuentra la oficina de farmacia con los habitantes de los núcleos de población donde se encuentran ubicados los botiquines vinculados a ella.”

4. AMOG.

a) Alega que “Con el fin de, en primer lugar, atender de la mejor manera posible a las personas que viven en los centros sociosanitarios que existen en tales zonas y, en segundo lugar, evitar discriminaciones de estas oficinas de farmacia con las situadas en grandes poblaciones, que son mayoritariamente capitales de provincia o son grandes núcleos industriales, se propone la siguiente modificación en el citado Borrador:

Opción A) de inserción de un nuevo artículo

Artículo XX. Vinculación del depósito de medicamentos a varias oficinas de farmacia en zonas sociosanitarias rurales o con una población inferior a los 7.500 habitantes.

1. En las zonas sociosanitarias rurales o con una población inferior a los 7.500 habitantes, los centros que así lo decidan podrán vincular sus depósitos de medicamentos a más de una oficina de farmacia, de acuerdo con los siguientes criterios:

- a) Se establecerá un calendario de periodos iguales, tomando como referencia el año natural, para que el depósito esté vinculado el mismo tiempo a cada farmacia.*
- b) El depósito estará vinculado a una sola farmacia en cada periodo.*

Opción B) de modificación del texto publicado.

Artículo 3. Asistencia farmacéutica en los centros sociosanitarios.

3. Los depósitos de medicamentos de los centros sociosanitarios estarán vinculados a un servicio de farmacia o a una oficina de farmacia, salvo en las zonas sociosanitarias de las zonas rurales o con una población inferior a 7.500 habitantes, en cuyo caso podrán ser dos oficinas de forma simultánea/mancomunada o rotatoria, mediante el procedimiento que se establece en este decreto.

Artículo 4. Organización de la asistencia farmacéutica en los centros sociosanitarios de 100 camas o más.

1. De acuerdo con el artículo 62.2 de la Ley 5/2005, de 27 de junio, 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, salvo en las zonas sociosanitarias de las zonas rurales o con una población inferior a 7.500 habitantes, en cuyo caso podrán ser dos oficinas de forma simultánea/mancomunada o rotatoria.

2. La vinculación se concretará mediante acuerdo de asistencia farmacéutica, formalizado por escrito entre las partes interesadas.

Artículo 5. Organización de la asistencia farmacéutica en los centros sociosanitarios de menos de 100 camas.

1. De acuerdo con el artículo 62.3 de la Ley 5/2005, de 27 de junio, los centros sociosanitarios de menos de 100 camas que no dispongan de un servicio de farmacia contarán con un depósito de medicamentos que, por criterios de planificación ~~céutica~~ y de asistencia farmacoterapéutica, estará vinculado a un servicio de farmacia del área de salud o a una oficina de farmacia de la zona farmacéutica, salvo en las zonas sociosanitarias de las zonas rurales o con una población inferior a 7.500 habitantes, en cuyo caso podrán ser dos oficinas de forma simultánea/mancomunada o rotatoria.

3. La vinculación se concretará mediante acuerdo de asistencia farmacéutica, formalizado por escrito entre ambas partes, teniendo en cuenta que:

a) Los depósitos de medicamentos de centros sociosanitarios públicos estarán vinculados a un servicio de farmacia de la red pública de la misma área de salud o zona sanitaria de influencia correspondiente. No obstante, en situaciones excepcionales, cuando la asistencia farmacéutica no pueda ser realizada por un servicio de farmacia de la red pública de la misma área de salud, estos depósitos se vincularán a una oficina de farmacia, salvo en las zonas sociosanitarias de las zonas rurales o con una población inferior a 7.500 habitantes, en cuyo caso podrán ser dos oficinas de forma simultánea/mancomunada o rotatoria.

b) Los depósitos de medicamentos de centros sociosanitarios privados se vincularán a una oficina de farmacia, salvo en las zonas sociosanitarias de las zonas rurales o con una población inferior a 7.500 habitantes, en cuyo caso podrán ser dos oficinas de forma simultánea/mancomunada o rotatoria, o, en su caso, a un servicio de farmacia hospitalaria del área de salud o zona sanitaria de influencia correspondiente.

Y así en el resto de los artículos del texto del "Borrador del Decreto de asistencia farmacéutica en los centros sociosanitarios".

Como se ha indicado en alegaciones anteriores, la regulación de la asistencia farmacéutica de este proyecto de decreto es conforme a lo establecido en la normativa básica estatal y en la normativa autonómica. Además, tal y como se ha indicado también anteriormente en la alegación presentada por Acescam (apartado B.2.f) de este informe), la redacción actual se ajusta a lo establecido en la Resolución de la Comisión Nacional de la Competencia (CNC) de fecha 14 de abril de 2009, que prohíbe la rotación de oficinas de farmacia.



b) Alega que “De igual modo y en aras de la seguridad jurídica, al amparo del control que competencialmente pertenece a la Consejería de Sanidad de los centros sociosanitarios y respetando la autonomía que corresponde a los centros de iniciativa privada, se propone la inclusión de otro artículo o apartado en el texto del Borrador citado:

Art. XX. Los centros sociosanitarios privados podrán organizar la prestación del servicio farmacéutico en la forma que resulte más acorde con sus características, ya sea con servicios de farmacia de carácter exclusivo prestados por una oficina de farmacia o de forma simultánea/mancomunada o rotatoria por dos oficinas en las zonas sociosanitarias de las zonas rurales o con una población inferior a 7.500 habitantes.

Entendiendo que de esta manera estarán mejor atendidas y se asegura la prestación sanitaria a las personas que residen en dichos centros, al tiempo que se presta una razonable atención a las oficinas de farmacia de las zonas rurales o en las que su población es muy reducida.”

Como se ha indicado en la alegación anterior, la regulación de la asistencia farmacéutica de este proyecto de decreto es conforme a lo establecido en la normativa básica estatal y en la normativa autonómica y la rotación de oficinas de farmacia está prohibida.

5. AMS.

Alega lo siguiente: “En la actualidad con las zonas farmacéuticas el municipio donde ejerzo la actividad profesional estaba unido a la zona de [...] junto a otros municipios lo que conllevaba que [...] rotaba una de cada seis semanas en el turno de guardia, en las cuales garantizamos el acceso a la ciudadanía al medicamento, un servicio al que no nos negamos a realizar en ningún momento.

Con la entrada en vigor del Decreto 23/2013 estableció en dos zonas socio-sanitarias los municipios de [...] lo que conlleva que debemos distribuir las guardias entre dichos municipios y por tanto ahora son una de cada tres semanas las que debemos cubrir dichas guardias, esto es, el doble que antes de 2013 [...]”

“[...] Esto es, desde la fecha de la actual regulación hasta hoy la población de estos municipios se ha reducido en un 20% aproximadamente.

Si bien las oficinas de farmacia son centros socio sanitarios de regulación pública, no debemos olvidar su gestión privada que en todo caso debe conllevar su viabilidad para que permanezcan en el tiempo, so pena de abocarlas al cierre por su falta de rentabilidad.

A tal efecto, dadas de las características de la población y zona circundante donde se ubica la oficina de farmacia que regento y que seguramente podemos reproducir en otras zonas de la comunidad de Castilla-La Mancha veo conveniente una ligera modificación del Decreto 23/2013, de 26/04/2013, y en concreto en lo relativo a la



organización conjunta de los servicios sanitario de urgencia que contempla en su artículo 9.

Así en el apartado 9.1.c. donde habla los núcleos de población con centro de salud contarán como máximo con dos oficinas de farmacia, habría que modificar este número de dos oficinas por tres.

En consonancia el apartado 9.3.c donde expresa las agrupaciones de dos zonas farmacéuticas habría modificarlo estableciendo tres zonas de farmacia, y entre ellas fijar turnos rotatorios, de tal manera que el servicio quede cubierto. Ello conllevaría a que no se realicen guardias excesivas como hasta ahora sin prestar apenas ninguna asistencia y de este modo poder conciliar el servicio público con el descanso y rentabilidad de los farmacéuticos que ejercitamos en poblaciones de este tipo.”

Este proyecto de decreto se ajusta a lo establecido en la normativa básica estatal y autonómica, independientemente de como están regulados los servicios de urgencia de las oficinas de farmacia.

6. AAA.

Alega que “*haciendo interpretación del Artículo 6 del Real Decreto Ley 16/2021, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejora de la calidad y seguridad de sus prestaciones, Ley Estatal a la que debería ceñirse Castilla-La Mancha, habla de 100 camas o más en 'régimen asistidos'. Por lo que aprobar un Decreto Ley que habla de más de cien plazas o menos de cien plazas es ir en contra del citado Artículo 6.*”

Esta alegación ya ha sido contestada en otra anterior presentada por FEFE (apartado E.1 de este informe), por lo que se realizan las mismas consideraciones anteriormente indicadas.

7. CIMG.

a) En relación a la **introducción** alega que: “*Cuando se dice en el párrafo segundo y siguientes que "es necesario que el proceso de asistencia farmacéutica se realice por profesionales que participen de forma coordinada y realicen un seguimiento farmacoterapéutico bajo un modelo centrado en la persona y sus necesidades...(…) conjunto de actuaciones encaminadas a que reciban de forma adecuada su medicación y en las dosis adecuadas (...) uso de sistemas personalizados de dosificación (...)", ESO YA EXISTE con el servicio que prestamos las oficinas de farmacia a centros sociosanitarios, por lo que NO ES NECESARIO REGULARLO en este sentido que indican. Como prueba de ello le expongo el caso de mi farmacia, especializada en SPD robotizado, autorizada por la Delegación Provincial de Sanidad, y que en la actualidad sirvo con gran dedicación, mucho esfuerzo y mucha responsabilidad, SIEMPRE PENSANDO EN EL BIENESTAR DE LOS RESIDENTES. Para asegurar una asistencia farmacéutica de calidad, llevo innovando, mejorando instalaciones y formando a personal (farmacéuticos y técnicos en farmacia) durante más de cinco años...*”



“La labor coordinada que exponen en la introducción, ya se hace desde mi oficina de farmacia:

- comunicación constante del farmacéutico con el personal responsable del centro, tanto el médico como los enfermeros o técnicos, así como con el médico responsable de la población correspondiente. Y cuando hablo de "comunicación constante" me refiero a establecer una comunicación escrita o hablada 6 o 7 veces diarias, comunicación que es recíproca entre el médico, el centro y la oficina de farmacia, y de la cual siempre queda rastro.

- Atender a las demandas del centro en lo que a medicación o a productos sanitarios se refiere, demanda que se realiza varias veces al día.

- Atender a los cambios de medicación de los residentes, que se producen a diario y a los que se debe dar solución a la mayor brevedad posible.

- Atender las dudas de los residentes, familiares, personal del centro o director del mismo en todo lo que está relacionado con la medicación y colaborar con ellos para facilitar su labor

- Establecer un servicio, en mi caso automatizado, de Sistemas Personalizados de Dosificación que permite minimizar errores y controlar la trazabilidad de los medicamentos al máximo. Un servicio que está aprobado por la Delegación Provincial de Sanidad, que además manifestó su reconocimiento en la correspondiente visita de inspección tras observar y comprobar cuan protocolizado y serio es el trabajo que desarrollo en mi farmacia.”

Es necesario el desarrollo normativo conforme a lo establecido en la normativa básica estatal y en la normativa autonómica, independientemente de que las oficinas de farmacia actualmente realicen una asistencia farmacéutica adecuada.

b) En relación al párrafo "Se prioriza la atención farmacéutica desde la oficina de farmacia rural", alega lo siguiente: *“Esta afirmación no se ajusta a la realidad, ya que precisamente mi farmacia se encuentra en una población rural y sería la más perjudicada por este decreto, puesto que las residencias que están en mi zona básica de salud son de más de 100 camas y no se me permitiría servir las, tirando por tierra toda esta labor anteriormente expuesta, fruto del trabajo de muchos años que precisamente he ido realizando con mucho sacrificio, inversión y tesón para poder sobrevivir en el entorno rural.”*

Como se ha indicado en alegaciones anteriores, este proyecto de decreto es conforme a lo establecido en la normativa básica estatal y en la normativa autonómica, por lo que los centros sociosanitarios con más de 100 camas deben tener servicio de farmacia propio, excepto en los casos que tengan un depósito de medicamentos vinculado a un servicio de farmacia de la red pública.

En relación a las oficinas de farmacia rurales, el artículo 18, *“criterios para la vinculación de oficio de un depósito de medicamentos a una oficina de farmacia”*, da prioridad a las oficinas de farmacia ubicadas en núcleos de población con menor número de habitantes y, además, en el caso de oficinas de farmacias ubicadas en zonas farmacéuticas adyacentes, se da prioridad a las ubicadas en zonas farmacéuticas despobladas.



c) En relación al **artículo 3** alega *“Que la asistencia farmacéutica a determinados centros sociosanitarios sólo pueda ser mediante "servicios de farmacia " deja fuera a las oficinas de farmacia, ya que los "servicios de farmacia", se aclara posteriormente, tienen la consideración de "farmacia hospitalaria". Esta forma de excluir a las oficinas de farmacia es injusta e inadmisible, ya que los residentes tienen todo el derecho a recibir su medicación desde la farmacia del pueblo, como cualquier otro ciudadano usuario del sistema sanitario español. Además, no hay motivo para pensar que el servicio desde el hospital sea mejor o mejore la calidad del servicio.”*

Esta alegación ya se ha contestado en la alegación anterior, por lo que el proyecto de decreto debe cumplir la normativa básica estatal y la autonómica.

d) En relación al **artículo 4** alega *“Que se proponga la distinción entre residencias de 100 o más camas, y las de menos de 100, me parece un criterio arbitrario ya que mi oficina de farmacia, como ya he expuesto en la alegación primera, está capacitada para servir sin problemas a centros de más de 100 camas.*

En mi opinión, basada en mi experiencia, el hecho de que los centros de más de 100 camas tengan que ser servidas por hospitales ocasionaría más trastornos que beneficios a los pacientes, los cuales se pretende que sean los más beneficiados de este decreto. En mi farmacia tienen todos un trato personalizado muy valorado por las familias, que creo que no se conseguiría en hospitales. Insisto, no hay nada que impida a una oficina de farmacia dar un servicio de máxima calidad a un centro sociosanitario sea cual sea su tamaño. La cercanía y el cariño que aporta la farmacia es impagable e inigualable por ningún otro servicio.”

Esta alegación ya se ha contestado en la alegación anterior, por lo que el proyecto de decreto debe cumplir la normativa básica estatal y la autonómica.

e) Realiza alegación sobre la **libre elección de oficina de farmacia**: *“Como ya he expuesto en la alegación tercera, este decreto vulnera la libertad de todo ciudadano a la libre elección de oficina de farmacia, reflejada en la Ley 5/2005.”*

Este proyecto de decreto no vulnera la libre elección de oficina de farmacia de todo ciudadano; lo que regula es la vinculación del depósito de medicamentos de un centro sociosanitario que, de conformidad con lo establecido en la normativa básica estatal y autonómica, podrá vincularse a un servicio de farmacia o una oficina de farmacia de la misma farmacéutica.

f) De nuevo realiza alegación sobre la **libre competencia**: *“Suprimir la libre elección de oficina de farmacia es ilegal e inconstitucional, según algunas sentencias del Tribunal Superior de Justicia de Castilla La Mancha (TSJCM) y la Comisión Nacional de Mercados y Competencia (CNMC), las cuales debe tener conocimiento esta Consejería-*

Limitar el servicio de un centro por oficina de farmacia según dice el Capítulo IV artículo 16.2 también restringe la libertad de elección de farmacia y limita la libre competencia,



ya que si una farmacia como la mía es capaz de dar un servicio excelente a varias residencias no se entiende por qué los residentes estarán obligados a prescindir de él”

Esta alegación ya se ha contestado en la alegación anterior, por lo que el proyecto de decreto debe cumplir la normativa básica estatal y la autonómica.

Además, el artículo 2.2.f) de la Ley 17/2009, de 23 de noviembre, sobre el libre acceso a las actividades de servicios y su ejercicio, exceptúa de su ámbito de aplicación los servicios sanitarios: *“f) Los servicios sanitarios, incluidos los servicios farmacéuticos, realizados o no en establecimientos sanitarios e independientemente de su modo de organización y de financiación a escala estatal y de su carácter público o privado, prestados por profesionales de la salud a sus pacientes, con objeto de evaluar, mantener o restaurar su estado de salud, cuando estas actividades estén reservadas a profesiones sanitarias reguladas.”*

8. EGM.

“En la introducción del Reglamento se dice “Se prioriza la atención farmacéutica desde la oficina de farmacia rural y más específicamente de las zonas farmacéuticas despobladas para contribuir a su sostenibilidad”.

Desde estas farmacias rurales se garantiza, además, una asistencia farmacéutica adecuada y de calidad en los centros sociosanitarios, ya que la población a la que tienen que atender es mucho menor que en grandes núcleos de población y así poder garantizar que se responde a las necesidades específicas de las personas que residen en los mismos.

Que en el Capítulo IV. Art. 16. Vinculación de los depósitos de medicamentos de los centros sociosanitarios, del citado borrador de Decreto de fecha 8 de febrero de 2022 en su punto 2, se indica literalmente lo siguiente, “Una oficina de farmacia solamente podrá tener vinculado un depósito de medicamentos, salvo que no exista ninguna de su misma zona farmacéutica que esté interesada”.

En el medio rural pueden y de hecho existen diferencias entre unos centros y otros. No es equitativo, vincular una farmacia a un depósito cuando estamos ante residencias con un escaso número de usuarios. Tener que renunciar a uno de los centros, cuando se tienen vinculados dos o más centros, puede conllevar una reducción de facturación importante teniendo en cuenta el volumen de negocio por comparación con el medio urbano. Es por ello, que esa norma debería matizarse y atender más al número de usuarios de los centros que al número de centros, a fin de hacer económicamente viable la vinculación.

Cuando menos debería respetarse a través del derecho transitorio el estado de situación vigente en la actualidad, no obligando a deshacer las vinculaciones en vigor, a fin de evitar un quebranto en el volumen de negocio de las actuales farmacias rurales. Es netamente insuficiente el período de un año para adaptar la situación actual a las exigencias de la norma.

Es especialmente gravoso que en caso de recientes adquisiciones de oficinas farmacéuticas, en las que se calculó el precio teniendo en cuenta un determinado importe de facturación, ahora se reduzca el valor de la adquisición notablemente por la vía de reducir la facturación de la formación, no ya por el propio comportamiento del mercado, sino por una decisión normativa. Así farmacias que se compraron a un



determinado precio ahora vería incrementado su valor y otras disminuido, no por el comportamiento del mercado, sino por una decisión administrativa que no tiene en cuenta que alterará los valores de adquisición y facturación.”

Esta alegación es similar a otras que solicitan que una oficina de farmacia pueda tener vinculado varios depósitos de medicamentos en función del número de plazas de las residencias, por lo que se realizan las mismas consideraciones indicadas por el FEFCAM (apartado D.3 de este informe).

9. FCP.

a) En relación al **artículo 4** alega que: *“En el artículo 4 se establece que los centros de más de 100 camas puedan disponer de un Servicio de Farmacia propio o de un depósito de medicamentos si éste está vinculado a un servicio de farmacia de la red pública del área de salud o zona sanitaria. Sin embargo, en el caso de los centros de menos de 100 camas se abre la puerta a que la vinculación pueda ser realizada también a una oficina de farmacia, establecimiento privado. Tratándose de prestaciones públicas entiendo que es necesario mantener la gestión de la prestación de la asistencia farmacéutica dentro del Servicio Público de Salud, no abriendo la puerta a la posibilidad de vinculación con una oficina de farmacia. En cualquier caso, excepcionalmente, se debería determinar que el Centro Sociosanitario, para poder estar vinculado a una oficina de farmacia, deba estar ubicado en una zona despoblada conforme a las definiciones establecidas en los artículos 12 y 13 de la Ley 2/2021, de 7 de mayo, de Medidas Económicas, Sociales y Tributarias frente a la Despoblación y para el Desarrollo del Medio Rural en Castilla La Mancha.*

En Castilla La Mancha hay 347 residencias. De ellas, 246 son de menos de 100 plazas. No se debe ceder la gestión de la prestación farmacéutica a través de una oficina de farmacia a tal volumen de residencias, salvo a aquellas que justifiquen que están en una zona despoblada. Todas las demás, las de más de 100 residentes y las de menos de 100 residentes no ubicadas en zonas despobladas deben ser objeto de gestión de la prestación farmacéutica desde los Servicios de Farmacia del Área de Salud donde esté ubicada la residencia.”

Como se ha indicado en anteriores alegaciones, lo establecido en este proyecto de decreto es conforme con lo regulado en la normativa básica estatal y autonómica. Por otro lado, en el artículo 18.2 ya se da prioridad a las oficinas de farmacia ubicadas en núcleos de población de zonas farmacéuticas despobladas.

b) En relación al **artículo 5** alega que *“El art. 5, sobre la organización de la asistencia farmacéutica en los centros sociosanitarios de menos de 100 camas, diferencia entre depósitos de medicamentos de centros sociosanitarios públicos y depósitos de medicamentos de centros sociosanitarios privados. Bajo mi punto de vista, la gestión y organización de la prestación farmacéutica ha de mantenerse dentro del sistema público de salud ya que son prestaciones del sistema público de salud y para ello, tanto los depósitos de medicamentos de centros sociosanitarios públicos como los depósitos de centros sociosanitarios privados han de estar vinculados necesariamente a un Servicio de Farmacia de la red pública del Área de Salud o zona sanitaria de influencia*



correspondiente. La única excepción, nuevamente, ha de ser la ubicación del centro sociosanitario en una zona despoblada conforme al criterio ya señalado y que curiosamente lo nombra el borrador de Decreto en su motivación inicial, pero no lo nombra posteriormente en el articulado, con lo cual, es una cuestión que no queda incorporada en la práctica.”

Esta alegación está relacionada con la indicada en el apartado a). Como se ha indicado en anteriores alegaciones, lo establecido en este proyecto de decreto es conforme con lo regulado en la normativa básica estatal y autonómica.

c) En relación al **artículo 6** alega que *“En el art.6, sobre organización de la asistencia farmacéutica en los centros sociosanitarios no residenciales, se abre la posibilidad nuevamente de establecer depósitos de medicamentos vinculados a una oficina de farmacia. Creo, nuevamente, que esta posibilidad de vinculación con una oficina de farmacia debe ser la excepción. La norma debe ser la vinculación con el Servicio de Farmacia de la red pública del Área de Salud o zona sanitaria correspondiente.”*

Esta alegación ya se ha contestado en el apartado a). Se considera suficiente que la asistencia farmacéutica a los centros sociosanitarios no residenciales sea realizada por una oficina de farmacia, puesto que son centros de día en el que las personas que no residen en el mismo solo pasan unas horas.

d) En relación al **artículo 7** alega que *“El art. 7 se ve igualmente afectado en su punto 3 una vez puestas en consideración las alegaciones anteriores.”*

Esta alegación está relacionada con la indicada en el apartado a). Como se ha indicado en anteriores alegaciones, lo establecido en este proyecto de decreto es conforme con lo regulado en la normativa básica estatal y autonómica.

e) En relación al **artículo 8.1.g)** alega: *“Propongo una nueva redacción del art.8.1 en su apartado g) que quedaría de la siguiente forma:*

g) Promover el uso racional de medicamentos en el centro sociosanitario mediante la implementación de estrategias coordinadas con la enfermera responsable del equipo asistencial con el fin de garantizar la conciliación y la continuidad farmacoterapéutica para las personas residentes en los centros sociosanitarios.”

Es más adecuado el término *“personal sanitario”* que interviene en la asistencia farmacéutica, puesto que es más amplio al incluir a todo el personal sanitario que trabaje en el centro, no solo de enfermería, sino también al personal facultativo, técnicos en farmacia y parafarmacia y auxiliares de enfermería.

f) En relación al **artículo 8.1** alega: *“Propongo una función adicional en el art.8.1 que sería la siguiente:*

m) Recabar de la enfermera responsable del equipo asistencial aquella información relevante de la asistencia farmacéutica prestada en el Centro y dar respuestas a las demandas planteadas.”



Se considera que no es necesario añadir esta función, puesto que ya estaría incluida en el apartado 1.g) del artículo 8.

g) En relación al **artículo 11** alega: *“Nuevamente, el art. 11, sobre criterios específicos para la autorización de instalación, se ve afectado por todo lo comentado anteriormente de manera que la vinculación a una oficina de farmacia sólo ha de ser posible en el caso de que el centro sociosanitario esté ubicado en una zona despoblada.”*

Esta alegación está relacionada con la indicada en el apartado a). Como se ha indicado en anteriores alegaciones, lo establecido en este proyecto de decreto es conforme con lo regulado en la normativa básica estatal y autonómica.

h) En relación al **artículo 12** alega que *“De igual manera, el art. 12 se ve afectado por lo dicho anteriormente en lo relativo a la posibilidad de vinculación con oficinas de farmacias privadas sin la justificación de que el centro sociosanitario esté en una zona despoblada.”*

Esta alegación está relacionada con la indicada en el apartado a). Como se ha indicado en anteriores alegaciones, lo establecido en este proyecto de decreto es conforme con lo regulado en la normativa básica estatal y autonómica.

i) En relación al **artículo 12.3.e)** alega que *“Adicionalmente, en el art. 12.3, apartado e) se propone la siguiente redacción alternativa:
e) Enfermera responsable del equipo asistencial del Centro Sociosanitario responsable del depósito de medicamentos en ausencia del personal farmacéutico.”*

Esta alegación está relacionada con lo indicado en el apartado e), por lo que es mejor indicar *“personal del centro”*.

j) En relación al **artículo 16** alega que *“El art. 16 ha de precisar las condiciones en las cuales un centro sociosanitario puede vincularse a una oficina de farmacia. Señalando lo dicho en párrafos anteriores, esta vinculación a una oficina de farmacia sólo ha de ser posible en el caso de centros ubicados en zonas despobladas. En todos los demás casos ha de vincularse a un Servicio de Farmacia de la red pública del Área de Salud.”*

Esta alegación está relacionada con la indicada en el apartado a). Como se ha indicado en anteriores alegaciones, lo establecido en este proyecto de decreto es conforme con lo regulado en la normativa básica estatal y autonómica.

k) En relación al **artículo 17** alega que *“El art. 17, sobre vinculación de oficio de un depósito de medicamentos de un centro sociosanitario a una oficina de farmacia ha de ser modificado en la línea de la alegación anterior, especificando el único criterio bajo el cual debe realizarse dicha vinculación. La vinculación de oficio procedería realizarse en mi opinión al Servicio de Farmacia de la red pública del Área de Salud y excepcionalmente a una oficina de farmacia del Área de Salud en aquellos casos de centros ubicados en zonas despobladas.”*



Esta alegación está relacionada con la indicada en el apartado a). Como se ha indicado en anteriores alegaciones, lo establecido en este proyecto de decreto es conforme con lo regulado en la normativa básica estatal y autonómica.

l) En cuando al **artículo 18** alega *“Sobre el art. 18, criterios para la vinculación de oficio de un depósito de medicamentos a una oficina de farmacia, nuevamente, realizamos la alegación de que dicha posibilidad de vinculación a una oficina de farmacia debe restringirse al caso de depósitos de medicamentos de centros sociosanitarios ubicados en zonas despobladas, siendo la norma habitual la vinculación del resto de depósitos de medicamentos al Servicio de Farmacia de la red pública del Área de Salud correspondiente.”*

Esta alegación está relacionada con la indicada en el apartado a). Como se ha indicado en anteriores alegaciones, lo establecido en este proyecto de decreto es conforme con lo regulado en la normativa básica estatal y autonómica.

m) En relación al **artículo 19** alega que *“También el art. 19 debe ser objeto de revisión a la luz de todo lo dicho hasta ahora.”*

Esta alegación está relacionada con la indicada en el apartado a). Como se ha indicado en anteriores alegaciones, lo establecido en este proyecto de decreto es conforme con lo regulado en la normativa básica estatal y autonómica.

n) En cuando a la **disposición transitoria primera en su punto 2** alega: *“En la Disposición transitoria primera en su punto 2, se propone que la vinculación de oficio practicada por la Delegación Provincial sea a un Servicio de Farmacia Hospitalaria de la red pública del área de Salud y no a una oficina privada de farmacia.”*

Esta alegación está relacionada con la indicada en el apartado a). Como se ha indicado en anteriores alegaciones, lo establecido en este proyecto de decreto es conforme con lo regulado en la normativa básica estatal y autonómica.

o) En relación a la **disposición transitoria segunda** alega: *“La Disposición transitoria segunda viene a corroborar el argumento central de todas las alegaciones planteadas: la prestación farmacéutica en los centros sociosanitarios ha de canalizarse a través de Servicios de Farmacia Hospitalaria de la red pública de salud. Tal como está redactada dicha disposición transitoria segunda, esta Disposición puede no ser transitoria, sino perpetua por cuanto no plantea un periodo cerrado de transitoriedad. Propongo un período máximo de un año.”*

Esta disposición transitoria no establece un periodo cerrado de transitoriedad pues, tal y como se ha indicado en la alegación del Consejo (apartado A.7 de este informe), será el Sescam el que establezca, en base a los medios disponibles y a los acuerdos que suscriba a tal efecto, la planificación para la vinculación de un depósito de medicamentos concreto a un servicio de farmacia de la red pública del área de salud o zona sanitaria de influencia correspondiente.



p) En cuanto a la **disposición final tercera** alega: *“Dada la complejidad de la tarea abordada se plantea que la disposición final tercera, sobre la entrada en vigor, sea modificada en el sentido de que el Decreto entre en vigor a los seis meses de su publicación en el Diario Oficial de Castilla La Mancha, dando un mayor margen de tiempo al estudio de la vinculación de todos los depósitos de medicamentos de los centros sociosanitarios, que será la figura probablemente elegida por todos ellos, a los Servicios de Farmacia Hospitalaria de la red pública de las respectivas Áreas de Salud.”*

Se considera adecuado el plazo de un mes para la entrada en vigor, puesto que la disposición transitoria primera del proyecto de decreto ya establece un periodo transitorio de 18 meses para la adecuación a la norma de los depósitos de medicamentos y servicios de farmacia que se encuentren en funcionamiento.

q) En relación al **anexo, apartado IIB**, alega: *“En el ANEXO, apartado IIB, sobre requisitos de personal, es paradójico que no se nombre la actual organización en materia de prestación farmacéutica imperante en la inmensa mayoría de los centros sociosanitarios en los que es una profesional enfermera la que recibe, organiza y establece las condiciones bajo las cuales tiene lugar la prestación farmacéutica efectiva. En su punto 3 apunta nuevamente sin nombrar a la profesión enfermera ya que obviamente la profesional que por formación, competencias y funciones puede ser responsable de un depósito de medicamentos es una enfermera. Es preciso apuntar este hecho explícitamente.”*

Esta alegación está relacionada con la indicada en el apartado e). Como se ha indicado en anteriores alegaciones, lo establecido en este proyecto de decreto es conforme con lo regulado en la normativa básica estatal y autonómica.

r) *“La misma cuestión, relatada en los mismos términos aparece en el **ANEXO, apartado IIIB**. Es preciso preguntarse quién, en la práctica, en todos los centros hospitalarios ostenta la condición de responsable de los Servicios de farmacia cuando éstos están cerrados: las enfermeras supervisoras. Es preciso apuntar este hecho explícitamente.”*

Esta alegación está relacionada con la indicada en el apartado e). Como se ha indicado en anteriores alegaciones, lo establecido en este proyecto de decreto es conforme con lo regulado en la normativa básica estatal y autonómica.

10. FJML.

En relación al **artículo 4** alega *“que existen algunas poblaciones en la zona rural, en las que el servicio a las residencias ayuda a su sostenibilidad y viabilidad económica tal y como se indica en la exposición de motivos. Además, suponen un centro de creación de empleo, y empleo cualificado, ya que el servicio que se realiza en los centros sociosanitarios requiere la dedicación de un farmacéutico durante bastantes horas diarias para realizar los Sistemas Personalizados de Dosificación.*



Al tratarse de poblaciones de pequeño tamaño, la relación con los demás profesionales sanitarios de la zona es fluida y fácil, mucho más de lo que sería probablemente desde un servicio de farmacia hospitalario.

También podría ser motivo de desigualdad para el paciente institucionalizado, que es el mismo, con los mismos derechos y opciones de elección independientemente del tamaño del centro donde se encuentre, sea este de 99 camas o de 101.

La atención farmacéutica en residencias, independientemente de su número de camas, es más personalizada si es realizada por la farmacia más próxima al centro, el farmacéutico conoce a los pacientes, muchas veces a los familiares. Normalmente cuenta con varios repartos diarios desde las distintas entidades de distribución por lo que también es más rápida en su respuesta ante cambios de tratamientos crónicos o procesos agudos que pueda sufrir el paciente, con modificaciones de sus tratamientos en el mismo día que estas se producen.

Por lo anterior solicita “que se tenga en cuenta en la redacción final del Decreto la posibilidad de mantener la asistencia sanitaria en las residencias de más de 100 camas localizadas en medios rurales y con riesgo de despoblación mediante la vinculación con un depósito de medicamentos vinculado a una oficina de farmacia de la zona farmacéutica, tal y como recoge el borrador en su artículo 5 para centros sociosanitarios de menos de 100 camas.”

Como ya se ha indicado en anteriores alegaciones, lo establecido en este proyecto de decreto es conforme con lo regulado en la normativa básica estatal y autonómica. Por otro lado, en el artículo 18.2 ya se da prioridad a las oficinas de farmacia ubicadas en núcleos de población de zonas farmacéuticas despobladas.

11. GFG.

Alega que “La situación del sector farmacéutico en la población rural conlleva un riesgo económico muy grande al que asumimos y luchamos para que se mantengan dichos servicios en estas poblaciones, pero existe un problema que incrementa dicha situación. La existencia de Residencias de Mayores, es un servicio que beneficia enormemente la calidad de vida de nuestros mayores siendo un pilar fundamental para el incremento en la esperanza de vida de los mismos.

Desde el sector farmacéutico reconocemos el gran beneficio que proporciona la existencia de una Residencia en nuestras poblaciones, pero queremos hacerle llegar nuestra problemática referida al suministro de las mismas por farmacias que conllevan una facturación elevada. Desde el primer momento somos conscientes de que dicha situación hace referencia a su carácter privativo, actualmente, por lo tanto, conlleva la libre elección de farmacia, gracias al proyecto que se pretende aprobar, la solución de no estar suministrada por una farmacia no perteneciente a la zona farmacéutica estaría solucionada. No obstante, quiero hacer un llamamiento ante otra posible situación.

[...] está cada vez más envejecida, no existe un incremento significativo de población joven que equipare la ausencia de nuestros mayores, y ante dicha problemática se le suma la migración de la población mayor existente a una residencia. Nuestro gran



problema es la pérdida de todos estos pacientes puesto que dicha residencia si está suministrada por una farmacia de la misma zona farmacéutica pero que goza de una facturación notablemente elevada por su gran número de población en la que está situada la farmacia, haciéndonos enormemente vulnerables al resto de farmacias pequeñas y ocasionando enormes problemas de supervivencia económica y social.”

“Rogamos se mantengan los mismos criterios de baremación (entre las farmacias de la zona de salud) para el orden de autorización de la asistencia farmacéutica en un centro sociosanitario, ya sea por inicio de oficio o voluntario por parte de la residencia. Entre farmacias de una misma zona de salud existen diferentes poblaciones con diferente número de habitantes, por favor, ruego que nos den prioridad a las farmacias con menor número de habitantes frente a las farmacias con mayor población. Puesto que todos estos años y al ser de manera privativa, las farmacias con una economía elevada tenían más posibilidades de iniciar negociaciones con las residencias que los que estamos sujetos a una población tan pequeña.”

Como se ha indicado en alegaciones anteriores, en el artículo 18.3 ya se da prioridad a la vinculación de un depósito de medicamentos a la oficina de farmacia del núcleo de población con menor número de habitantes en caso de empate.

12. IOC.

Presenta la misma alegación que los particulares AMS (apartado L.5 de este informe) y RJCM (apartado L.19 de este informe), por lo que esta alegación ya ha sido valorada en el apartado L.5 de este informe.

13. ICS.

En relación al **artículo 5 punto 3** alega lo siguiente: *“considero que la vinculación de estos centros con la oficinas de farmacia de su zona farmacéutica debería hacerse de forma rotatoria entre las oficinas que quieran prestar ese servicio, garantizándose así la eliminación de acuerdos privados entre titulares de farmacias y gerentes de centros sociosanitarios, hecho que atenta contra el RD Legislativo 1/2015 de 24 de julio de la Ley de Garantías y Uso racional de medicamentos y productos sanitarios.”*

Tal y como se ha indicado anteriormente en la alegación presentada por Acescam (apartado B.2.f) de informe), la redacción actual es más adecuada puesto que la rotación de oficinas de farmacia está prohibida por la Resolución de la CNC de fecha 14 de abril de 2009.

14. JAS.

a) En relación al **artículo 16.2** *“Se propone la supresión del párrafo segundo al entender que dicha limitación por entender que la misma atenta al artículo 11.1.a) de la Ley 17/2009, de 23 de noviembre, sobre el libre acceso a las actividades de servicios y su*



ejercicio. El artículo que consideramos infringido establece: 1. La normativa reguladora del acceso a una actividad de servicios o de su ejercicio no deberá supeditar dicho acceso o ejercicio a:

a) Restricciones cuantitativas o territoriales y, concretamente, límites fijados en función de la población o de una distancia mínima entre prestadores. Los fines económicos, como el de garantizar la viabilidad económica de determinados prestadores, no podrán invocarse como justificación de restricciones cuantitativas o territoriales.

Junto a la anterior vulneración normativa, consideramos que, igualmente infringe lo dispuesto en los artículos 1, 3 y 9 de la Ley 20/2013, de 9 de diciembre, de garantía de la unidad de mercado al suponer una clara restricción a la libre competencia.

Por otra parte, no hay razón imperiosa de interés general que pueda avalar el mantenimiento de la redacción y, aún de haberla, se infringiría el principio de necesidad y proporcionalidad de las actuaciones de las autoridades competentes puesto que existe la libre competencia entre operadores económicos en ningún caso podría quedar supeditada a la inexistente e injustificada razón imperiosa de interés general y más cuando la única justificación recogida en la exposición de motivos del Decreto alude a la viabilidad económica de determinados prestadores de servicios y, en concreto, las zonas rurales despobladas puesto que, expresamente, tal justificación vulnera frontalmente lo exigido por el artículo 11.1.) de la Ley 17/2009 antes citada.

A mayor abundamiento, no podemos olvidar que normativa tan reciente como el Decreto 11/2019, de 18 de marzo, de planificación farmacéutica y requisitos, personal y autorizaciones de las oficinas de farmacia y botiquines, prevé en su artículo 75.4 que El número máximo de botiquines que podrán estar vinculados a una misma oficina de farmacia será de tres, salvo que no exista ni ninguna oficina de farmacia de la zona farmacéutica o de las zonas farmacéuticas adyacentes que estuviera interesada; en cuyo caso, no se establecerá límite. Si tenemos en cuenta que en la provincia de Cuenca hay 239 municipios, de los que tan solo 108 municipios carecen de farmacia, tal limitación a 3 o más botiquines no atentaría a la libre concurrencia de los operadores económicos, habida cuenta la existencia de 181 oficinas de farmacia. En consecuencia, no entendemos por qué, si en el citado Decreto 11/19 no se establece un límite cuantitativo real, ahora sí que se pretende establecer tal límite con las nefastas consecuencias a la libre concurrencia de los operadores económicos previstas en el párrafo cuya supresión se interesa.

A la vista de lo expuesto, solicitamos, de consuno con la normativa citada, la supresión del citado párrafo segundo, proponiendo como texto definitivo el siguiente:

Artículo 16. Vinculación de un depósito de medicamentos de un centro sociosanitario a una oficina de farmacia.

1. Un depósito de medicamentos de un centro sociosanitario se podrá vincular de forma voluntaria a una oficina de farmacia de la misma zona farmacéutica o mediante la vinculación de oficio de acuerdo con el artículo 17.

2. El periodo de vinculación de un depósito de medicamentos de un centro sociosanitario a una oficina de farmacia coincidirá con el periodo de autorización de funcionamiento del mismo, salvo que se produzca la resolución del acuerdo de asistencia farmacéutica



por las causas previstas en el mismo y no exista procedimiento de vinculación de oficio en los supuestos de revocación del artículo 19.4.”

Esta alegación la han realizado anteriormente por FEFCAM (apartado D.3 de este informe), por lo que ya ha sido contestada anteriormente, cumpliendo el proyecto de decreto con lo establecido en la normativa básica estatal y autonómica.

Además, el artículo 2.2.f) de la Ley 17/2009, de 23 de noviembre, sobre el libre acceso a las actividades de servicios y su ejercicio, exceptúa de su ámbito de aplicación los servicios sanitarios: *“f) Los servicios sanitarios, incluidos los servicios farmacéuticos, realizados o no en establecimientos sanitarios e independientemente de su modo de organización y de financiación a escala estatal y de su carácter público o privado, prestados por profesionales de la salud a sus pacientes, con objeto de evaluar, mantener o restaurar su estado de salud, cuando estas actividades estén reservadas a profesiones sanitarias reguladas.”*

b) En relación al **artículo 16.1** propone su modificación: *“Junto a la supresión del párrafo segundo interesada en el ordinal precedente, consideramos que también el párrafo primero también atenta al artículo 11.1.a) de la Ley 17/2009, de 23 de noviembre, sobre el libre acceso a las actividades de servicios y su ejercicio. El artículo que consideramos infringido establece: 1. La normativa reguladora del acceso a una actividad de servicios o de su ejercicio no deberá supeditar dicho acceso o ejercicio a:*

a) Restricciones cuantitativas o territoriales y; concretamente, límites fijados en función de la población o de una distancia mínima entre prestadores. Los fines económicos, como el de garantizar la viabilidad económica de determinados prestadores, no podrán invocarse como justificación de restricciones cuantitativas o territoriales.

En esta ocasión, el límite procede de la vinculación de forma voluntaria a una oficina de farmacia de la misma zona farmacéutica. Consecuentemente, se produce la exclusión de las restantes oficinas de farmacia suponiendo ello una clara vulneración de la libre competencia y con ello, la infracción, de nuevo, de los artículos 1, 3 y 9 de la Ley 20/2013, de 9 de diciembre, de garantía de la unidad de mercado sin que, como ocurría en la ocasión precedente, exista justificación alguna para tal restricción. Es más, cuando en la mayoría de las poblaciones tan solo existe una oficina de farmacia, tal y como ocurre en 145 municipios conquenses, no cabe duda que lo que se produce es una atribución monopolística en favor de tales oficinas de farmacia con exclusión de las restantes y sin que exista razón imperiosa de interés general. Qué duda cabe que el mercado se termina regulando por principios economicistas por lo que la Administración no puede interferir en las reglas del mercado excluyendo de forma absoluta la competencia y ello porque tal atribución monopolística redundaría en una pérdida de calidad y, con ello, se verían perjudicados los consumidores y usuarios que son los destinatarios últimos de la presente regulación. Obviamente, la calidad del servicio farmacéutico, el tiempo de atención al usuario y las restantes funciones previstas en el artículo 8 del Decreto se verían seriamente afectadas puesto que, de incumplir el farmacéutico de zona tales previsiones, la única posibilidad sería la actuación de oficio de la propia administración que siempre resultará, por la necesaria reglamentación, más tediosa y menos eficaz que la libertad de contratación que ofrece el mercado privado puesto que, el incumplimiento de todos o parte de las garantías por parte de una oficina



de farmacia se vería, inmediatamente, solventado con la sustitución de la oficina de farmacia a la que el centro sociosanitario estuviera vinculada.

El texto definitivo del artículo 16 que se propone, teniendo en cuenta la supresión del ordinal precedente sería el siguiente:

Artículo 16. Vinculación de un depósito de medicamentos de un centro sociosanitario a una oficina de farmacia.

1. Un depósito de medicamentos de un centro sociosanitario se podrá vincular de forma voluntaria a una oficina de farmacia o mediante la vinculación de oficio de acuerdo con el artículo 17.

2. El periodo de vinculación de un depósito de medicamentos de un centro sociosanitario a una oficina de farmacia coincidirá con el periodo de autorización de funcionamiento del mismo, salvo que se produzca la resolución del acuerdo de asistencia farmacéutica por las causas previstas en el mismo y no exista procedimiento de vinculación de oficio en los supuestos de revocación del artículo 19.4.”

El proyecto de decreto cumple con lo establecido en la normativa básica estatal y autonómica, por lo que las oficinas de farmacia a las que se vinculen los depósitos de medicamentos de los centros sociosanitarios tienen que ser de la misma zona farmacéutica.

c) En relación al **artículo 17.3** alega: *“Necesariamente hemos de dar por reproducidas nuestras anteriores alegaciones a fin de evitar innecesarias reiteraciones. Obviamente, la supresión del apartado 3 del presente artículo obedece a idénticas infracciones a la libre competencia de los operadores económicos y, de nuevo, en contra de los dispuesto en el tan citado artículo 11.1.a) de la Ley 17/2009, de 23 de noviembre, sobre el libre acceso a las actividades de servicios y su ejercicio al atribuirse, de nuevo, y de forma monopolística la vinculación a unas determinadas oficinas de farmacia en injustificado detrimento de otras.*

El texto que se propone para el artículo sería el siguiente:

Artículo 17. Vinculación de oficio de un depósito de medicamentos de un centro sociosanitario a una oficina de farmacia.

1. La Delegación Provincial iniciará de oficio el procedimiento de vinculación en los siguientes supuestos:

a) Si a los 15 días de la comunicación de la autorización de instalación no se presenta solicitud de autorización de funcionamiento.

b) Tras la comunicación de la persona titular del centro sociosanitario de la imposibilidad de vincular el depósito de medicamentos a una oficina de farmacia de la misma zona farmacéutica por no existir ninguna interesada.

c) En los procedimientos de autorización de funcionamiento, cuando se dicte resolución de desistimiento de la solicitud por incumplimiento del requerimiento de subsanación o resolución por la que se deniegue la autorización por incumplimiento de los requisitos.

d) En los casos de caducidad de la autorización de funcionamiento. Si no ha solicitado la renovación 3 meses antes de la pérdida de vigencia de la existente, la Delegación Provincial le requerirá para que presente un nuevo acuerdo en el plazo de 15 días,



indicándole que en caso de no presentarlo se iniciará de oficio el procedimiento de vinculación.

e) En los casos de revocación establecidos en el artículo 19.

2. El procedimiento de oficio se iniciará mediante resolución de la persona titular de la Delegación Provincial y se publicará en el Diario Oficial de Castilla-La Mancha. Asimismo se comunicará al Colegio Oficial de farmacéuticos de la provincia correspondiente y al Sescam.

3. La persona titular de la oficina de farmacia interesada o, en su caso, su representante, deberá presentar la solicitud y documentación correspondiente mediante envío telemático a través de los formularios incluidos en la sede electrónica de la JCCM en la siguiente dirección: <https://www.jccm.es>. La solicitud se dirigirá a las Delegaciones Provinciales. En la solicitud se deberá indicar la oficina de farmacia de la que es titular y se aportará la documentación acreditativa de los criterios de selección para la vinculación regulados en el artículo 18.

4. Revisada la solicitud y la documentación presentada, si se observan deficiencias se concederá un plazo de 10 días para la subsanación de la misma.

5. Una vez valoradas las solicitudes y la documentación aportada, la persona titular de la Delegación Provincial dictará una resolución con un listado de adjudicación provisional de vinculación donde se establecerá un orden de prioridad conforme a los criterios de vinculación, que notificará a las oficinas de farmacia solicitantes y a la persona titular o el representante legal del centro sociosanitario, para que en el plazo de 10 días puedan presentar alegaciones.

6. Analizadas las alegaciones recibidas, la persona titular de la Delegación Provincial emitirá la resolución con el listado de adjudicación definitiva de vinculación. El depósito de medicamentos se vinculará a la oficina de farmacia que ocupe el primer lugar, quedando el resto en reserva. Dicha adjudicación se notificará a la persona titular o representante legal del centro sociosanitario, a la persona titular de la oficina de farmacia adjudicataria y al resto de solicitantes y se informará de la misma al Colegio Oficial de Farmacéuticos de su provincia y a la Gerencia del Sescam correspondiente.

7. Recibida la notificación, la persona titular o representante legal del centro sociosanitario dispondrá de un plazo de 115 días para solicitar la autorización de funcionamiento.”

Esta alegación es similar a las presentadas en los apartados anteriores, por lo que ya ha sido valorada y es conforme con la normativa básica estatal y autonómica. Además, el artículo 2.2.f) de la Ley 17/2009, de 23 de noviembre, sobre el libre acceso a las actividades de servicios y su ejercicio, exceptúa de su ámbito de aplicación los servicios sanitarios.

d) En relación al **artículo 18.1** alega lo siguiente: “Una vez más, se infringe el artículo 11.1.a) de la Ley 17/2009, de 23 de noviembre, sobre el libre acceso a las actividades de servicios y su ejercicio al atribuirse, de nuevo, y de forma monopolística la vinculación a unas determinadas oficinas de farmacia en injustificado detrimento de otras.

Obviamente, será preciso establecer criterios para la vinculación de oficio de un depósito de medicamentos a una oficina de farmacia, pero consideramos que el único criterio posible deriva de una de las razones imperiosas de interés general prevista en el artículo



3.11 de la Ley 17/2009, de 23 de noviembre, sobre el libre acceso a las actividades de servicios y su ejercicio cual es la protección del medio ambiente y, de tal protección consideramos que habrá de ser el de la oficina de farmacia más cercana y ello con independencia de que esté establecida en la misma zona farmacéutica donde esté ubicado el depósito de medicamentos del centro sociosanitario o en otra adyacente que, por la disposición de las zonas, pudiera llegar a producirse tal contingencia.

En consecuencia, el texto propuesto sería el siguiente

Artículo 18. Criterios para la vinculación de oficio de un depósito de medicamentos a una oficina de farmacia.

1. Tendrá prioridad las oficinas de farmacia más cercana a donde esté ubicado el depósito de medicamentos del centro sociosanitario.”

Esta alegación es similar a las anteriores, por lo que la redacción actual es correcta por los mismos motivos indicados anteriormente.

e) En cuanto a la **disposición transitoria segunda**, propone la modificación del párrafo segundo y adición de párrafo tercero.

“El punto de partida de la presente solicitud de modificación y adición no puede ser sino el artículo 4.1 del presente borrador que establece: De acuerdo con el artículo 62.2 de la Ley 5/2005, de 27 de junio, 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.

En suma, lo que se pretende no es sino la extinción de los actuales depósitos de medicamentos vinculados a una oficina de farmacia. En consecuencia, que la entrada en vigor de la norma suponga la extinción de los actuales contratos de vinculación de depósitos para iniciar un nuevo proceso de vinculación de conformidad con la redacción actual del borrador vuelve, de nuevo, a suponer la constricción de la libre competencia y, con ello, las infracciones normativas alegadas a lo largo de este escrito y que, una vez más, nos vemos obligados a dar por reproducidas a fin de evitar innecesarias reiteraciones.

Por otra parte, esta misma situación ya fue acertadamente regulada en la disposición transitoria séptima del Decreto 11/2019, de 18 de marzo, de planificación farmacéutica y requisitos, personal y autorizaciones de las oficinas de farmacia y botiquines.

Sin duda, el mantenimiento de una redacción similar a la citada transitoria séptima del Decreto 11/19 resultaría insuficiente para los supuestos caducidad y expiración de autorización, en cuyo caso, sería preciso seguir el procedimiento establecido en los artículos 16 y 17 con las modificaciones propuestas en el presente escrito.

A la vista de lo expuesto se propone el siguiente texto:



Disposición transitoria segunda. Vinculación progresiva de los depósitos de medicamentos a un servicio de farmacia de la red pública.

1. La vinculación a un servicio de farmacia de la red pública del área de salud o zona sanitaria de influencia correspondiente se realizará de forma progresiva, según la planificación que establezca el Sescam, en base a los medios disponibles y a los acuerdos que suscriba a tal efecto.

2. En tanto no se realice la vinculación de un depósito a un servicio de farmacia de la red pública, mantendrán su vigencia las vinculaciones de depósitos concedidas de acuerdo a las condiciones existentes con anterioridad a la entrada en vigor de la Ley 2/2015, de 19 de febrero, que modifica la Ley 5/2005, de 27 de junio. La citada vinculación expirará cuando se produzca un cambio de titularidad o cotitularidad en la oficina de farmacia o en el momento en que caduque la autorización administrativa de la misma.

3. De producirse cualquiera de las contingencias previstas en el párrafo precedente, éste se vinculará a una oficina de farmacia conforme al procedimiento establecido en los artículos 16 y 17.”

La redacción actual de la disposición transitoria segunda es la correcta, puesto que como se ha indicado en alegaciones anteriores los depósitos de medicamentos han de vincularse a una oficina de farmacia de la misma zona farmacéutica en cumplimiento de la normativa básica estatal y autonómica.

15. JMCA.

Alega que “haciendo interpretación del artículo 6 del 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, Ley Estatal a la que debería ceñirse Castilla-La Mancha, habla de 100 camas o más en régimen de asistidos.

Por lo que aprobar un Decreto Ley que habla de más de cien plazas o menos de cien plazas es ir en contra del citado artículo 6.”

Esta alegación ya ha sido valorada anteriormente (apartado E.1 de este informe), por lo que se mantiene la redacción actual del proyecto de decreto.

16. MAC.

a) En relación al **artículo 2.e)** alega que “Concretamente en el punto e) indica la dispensación de medicamentos, productos sanitarios y productos dietéticos a las personas usuarias atendidas en el centro sociosanitario en el que está ubicado.

Alegamos. La dispensación en un centro sociosanitario es muy arriesgado, ya que no existiría un control 24 horas de las personas que puedan pasar al depósito, y poder coger parte de la medicación con cupón precinto. Por ello proponemos la dispensación de lo estrictamente necesario en la oficina de farmacia y llevarlo al centro, de esta manera te aseguras tener lo necesario y no un stock de más.”



La definición de depósito de medicamentos en centros sociosanitarios está ajustada a la definición de depósito de medicamentos regulada en el anexo II del Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, (ya indicada en apartado G.1 de este artículo) y en el artículo 2.f) de la Ley 5/2005, de 27 de junio, que lo define como *“La unidad de asistencia farmacéutica dependiente de una oficina de farmacia o servicio de farmacia, ubicada fuera de su espacio físico, en la que se conservan y dispensan medicamentos a pacientes atendidos en el centro en el que está situada”*.

Asimismo actualmente en todos los centros sociosanitarios ya existe un depósito de medicamentos vinculado a una oficina de farmacia o servicio de farmacia hospitalaria, con el proyecto de decreto se pretende regular el acceso al depósito de medicamentos las 24 horas al día, tal y como se establece en su anexo II.2.B, puesto que durante el horario de apertura del depósito de medicamentos contará con la presencia y actuación profesional de un farmacéutico o un técnico en farmacia y parafarmacia, y fuera del horario de apertura se designará al personal responsable del mismo.

b) En cuanto al **artículo 3.6** alega que *“Concretamente en el punto 6, indica la disponibilidad de medicamentos durante las veinticuatro horas de todos los días. Alegamos el hecho de no tener control del depósito durante las 24 horas, así como la posibilidad de acudir el centro sociosanitario a la farmacia de guardia.”*

Esta alegación ya ha sido presentada anteriormente por el Consejo (apartado C.2 de este informe), por lo que se realizan las mismas consideraciones indicadas en dicha alegación.

c) En relación al **artículo 16.1** alega que *“Concretamente en el punto 1, Alegamos el hecho de que no se tiene en cuenta la antigüedad con la que el centro lleva trabajando con la oficina de farmacia tanto si es de su zona como si no, para la primera vinculación. Proponemos que tras el cese del periodo de autorización, se dejaría de tener en cuenta la antigüedad, y dar paso al resto de oficinas de farmacia. Hacemos hincapié en este punto, ya que no se está valorando la viabilidad de las farmacias que actualmente gestionan la residencia, puesto que puede ser un aporte económico importante.”*

Como se ha indicado en alegaciones anteriores, las oficinas de farmacia tienen que ser de la misma zona farmacéutica en cumplimiento de la normativa básica estatal y autonómica anteriormente indicadas. Además, el artículo 18 de criterios de vinculación de oficio da prioridad, en caso de empate, a las oficinas de farmacia ubicadas en el núcleo de población con menor número de habitantes de la misma zona farmacéutica o las ubicadas en zonas despobladas en caso de zonas farmacéuticas adyacentes.

17. MYMM.

En relación **artículo 16.2** alega lo siguiente:

“- No se tienen en cuenta los contratos de servicios en vigor con los centros sociosanitarios para los que ya se han creado procedimientos normalizados de trabajo.



Si se realiza un cambio de oficina de farmacia deben crearlo desde cero con el consiguiente perjuicio para los centros sociosanitarios y para los residentes.

- No se tiene en cuenta la situación actual y el perjuicio que se puede realizar a una oficina de farmacia que tenga más de un depósito vinculado, cuando se han realizado inversiones y contrataciones de personal acorde con el volumen de trabajo que genera la actividad. Debería mantenerse la vinculación actual hasta que se produzca un cambio de titular o transmisión de la oficina de farmacia al igual que se hizo en la Ley de Ordenación Farmacéutica con los Botiquines.

No se tiene en cuenta la situación de oficinas de farmacia en zonas de extrema despoblación, donde la cercanía física al depósito de medicamentos es fundamental para el buen servicio al residente y al centro sociosanitario.

El computo de residentes de los centros sociosanitarios forman parte del núcleo de población del municipio, por lo tanto, debería considerarse esta métrica (Número de habitantes) a la hora de asignar los depósitos a la oficina de farmacia en lugar del número de depósitos, especialmente en aquellos municipios donde el número de habitantes está por debajo del ratio de habitantes por farmacia definido en la Ley de Ordenación Farmacéutica de Castilla-la Mancha.

Y que se incluya en el citado proyecto, el respetar los depósitos aunque sean más de uno ya vinculados a oficinas de farmacia mediante contrato firmado con anterioridad a la publicación de este borrador de decreto para no causar un perjuicio a las oficinas de farmacia que ya vengán actuando así, siendo de implantación para futuros depósitos o aquellos que no estén vinculados mediante contrato ya firmado.”

Todas las alegaciones ya han sido valoradas en apartados anteriores, por lo que se reitera lo indicado y el proyecto de decreto se ajusta a lo establecido en la normativa básica estatal y autonómica.

18. RAT.

a) En cuando al **artículo 3.3** alega lo siguiente: “**Capítulo II. Artículo 3.3. Los depósitos de medicamentos de los centros sociosanitarios estarán vinculados a un servicio de farmacia o a una oficina de farmacia.**

Los servicios de farmacia, según la definición publicada en este borrador, sería una unidad bajo la responsabilidad de una persona con el título de especialista en Farmacia Hospitalaria. Los servicios de atención de farmacia hospitalaria prestan asistencia farmacéutica a los pacientes ingresados y ambulatorios de dicho hospital, cuyo número de pacientes ya es lo suficientemente elevado como para poder realizar un buen proceso de asistencia farmacéutica con un adecuado seguimiento fármaco-terapéutico a los residentes que se encuentran en los centros sociosanitarios, independientemente del número de camas. Este servicio de farmacia hospitalaria tiene que llevar a cabo una buena atención farmacéutica en el Hospital, trabajando de forma coordinada con el resto



de los profesionales sanitarios, lo que no se podrá llevar a cabo con un mayor nivel de trabajo.

Los centros sociosanitarios tanto públicos como privados deberían tener depósitos de medicamentos vinculados principalmente a una oficina de farmacia del área de salud, sobre todo en las zonas rurales, donde existe una zona farmacéutica despoblada. En estos casos, el profesional farmacéutico, que normalmente es el titular, en farmacias pequeñas, tiene disponibilidad para realizar un buen y completo servicio de asistencia farmacéutica.

En este mismo Capítulo pero en el artículo 8 donde se exponen las funciones de la persona farmacéutica responsable, se manifiesta en el punto d) que hay que impulsar la coordinación y el trabajo multidisciplinar con el equipo asistencial del centro sociosanitario y con los del área de salud para conseguir una buena asistencia sanitaria. En la zona rural esta coordinación y el trabajo multidisciplinar con el equipo de profesionales sanitarios es mucho más eficiente puesto que se lleva a cabo de forma más directa y personal.”

Como se ha indicado en alegaciones anteriores, la redacción actual del proyecto de decreto es conforme a la normativa básica estatal y autonómica, por lo que los depósitos de medicamentos pueden estar vinculados a oficinas de farmacia y servicios de farmacia hospitalarios. Asimismo, en su artículo 18, se da prioridad de vinculación a las oficinas de farmacia ubicadas en núcleos de población de zonas farmacéuticas adyacentes despobladas y, en caso de empate, tendrán prioridad las ubicadas en núcleos de población con menor número de habitantes y finalmente la cercanía.

b) En relación al **artículo 12.3.d)** alega lo siguiente: “Capítulo III, Artículo 12.3.d. Criterio específico para la autorización de instalación: Horario de apertura del depósito de medicamentos. Las farmacias rurales tienen que buscarse opciones para poder sobrevivir, por lo que en muchos casos solicitan botiquines que tienen que cuadrar con los horarios de las farmacias. Si ya es difícil cuadrar los horarios de los botiquines y de la farmacia, y le sumas la vida familiar, el cuadrar también horarios para los depósitos de medicamentos es imposible. Se necesita libertad horaria para poder realizar nuestro trabajo de una forma eficiente, sin prisas, ya que todos los días no se trabaja igual, van surgiendo una serie de situaciones que necesitan más o menos tiempo para solucionarlas, como por ejemplo, cuando existe un ingreso nuevo y hay que cuadrar y cargar la medicación. Normalmente, en los acuerdos con los centro sociosanitarios se concretan los días de asistencia farmacéutica, pero no se especifican las horas.”

El proyecto de decreto en su disposición final primera, modifica el apartado 2 del artículo 4, del Decreto 23/2013, de 26 de abril, por el que se establecen los horarios de atención al público, servicios de urgencia y vacaciones de las oficinas de farmacia y botiquines en la comunidad autónoma de Castilla-La Mancha, de la siguiente manera: “2. La persona titular de oficina de farmacia que tenga a su cargo uno o más botiquines podrá optar a la reducción del horario mínimo oficial, distribuyendo dicha reducción entre los distintos botiquines en función de los días de atención sanitaria, población y dispersión. También podrán solicitar esta reducción cuando tenga vinculado un depósito



de medicamentos de un centro sociosanitario, con el fin de garantizar la atención sanitaria del mismo.”

Asimismo el artículo 18.3 del proyecto de decreto establece lo siguiente: *“En caso de empate en la prioridad de vinculación establecida en los apartados 1 y 2, tendrá preferencia:*

a) La oficina de farmacia del núcleo de población con menor número de habitantes. Para el cómputo del número de habitantes se tendrá en cuenta si la oficina de farmacia tiene vinculado algún botiquín; en cuyo caso, se sumará el número de habitantes del núcleo de población donde se encuentra la oficina de farmacia con los habitantes de los núcleos de población donde se encuentran ubicados los botiquines vinculados a ella.

b) En caso de igual número de habitantes, tendrá preferencia la oficina de farmacia más cercana.”

Por lo anteriormente expuesto, el proyecto de decreto ya tiene en cuenta lo alegado y se podrá reducir el horario mínimo oficial para poder atender el depósito de medicamentos que tenga vinculado. No obstante, las oficinas de farmacia realizan su vinculación de forma voluntaria, tanto a botiquines como a depósitos de medicamentos. También el proyecto de decreto tiene en cuenta para la vinculación de oficio si la oficina de farmacia tiene vinculado algún botiquín, dando prioridad de vinculación a la oficina de farmacia ubicada en el núcleo de población con menor número de habitantes, así como el número de habitantes de los núcleos de población donde se encuentran los botiquines que tiene vinculados.

Finalmente, indicar que es importante establecer un horario de apertura del depósito para garantizar la continuidad de la asistencia farmacéutica, dado que el centro sociosanitario debe conocer el horario durante el cual va a estar presente el farmacéutico o técnico en farmacia y parafarmacia para designar, fuera de ese horario, al personal responsable del mismo (apartado II.B.3 del anexo).

c) En cuanto al artículo 16.2 alega: *“Capítulo IV. Artículo 16. 2. Una oficina de farmacia solamente podrá tener vinculado un depósito de medicamentos, salvo que no exista ninguna de la misma zona farmacéutica que esté interesada.*

Conseguir un depósito de medicamentos en un centro sociosanitario no es trabajo fácil debido a que existe una gran competencia de farmacias más grandes que pueden ofrecer otras condiciones que son más beneficiosas para el personal directivo del centro, como por ejemplo, beneficios económicos, pero que pueden ocasionar disminución de la eficiencia de la asistencia farmacéutica y no cubrir las necesidades de los residentes en todo momento. Además trabajar en un depósito de medicamentos supone mucho trabajo, disponibilidad continua y sobre todo mucha responsabilidad para el profesional farmacéutico por lo que tampoco resulta nada fácil.

En este borrador se prioriza la atención farmacéutica desde la oficina de farmacia rural y más específicamente de las zonas farmacéuticas despobladas para contribuir a su sostenibilidad. En muchos de los casos de farmacia rural, ésta se sostiene económicamente gracias a trabajar con centros sociosanitarios, y también en muchos casos, tienen que trabajar con más de un centro para mantener dicha sostenibilidad.



El concepto de Farmacia Rural, según la Sociedad Española de Farmacia Rural (SEFAR), es una farmacia ubicada en una población que atendiendo a los criterios actuales de planificación cifraría su población en algo menos de 5000 habitantes, y, según el Consejo General de Colegios Farmacéuticos (CGCOF) que acude a la definición general de Medio Rural, recogida en la Ley 45/2007, del 12 de diciembre, para el desarrollo sostenible del medio rural, una farmacia rural sería cualquiera ubicada en un núcleo de población de menos de 30000 habitantes. Pero existen muchas zonas rurales que tienen menos de 500 habitantes y en ellas hay farmacias rurales que necesitan buscar una sostenibilidad y ello sólo pueden conseguirlo trabajando con más de un centro sociosanitario, por lo que se debería especificar, que si se trata de una farmacia rural puede vincularse a más de un centro sociosanitario. Las farmacias grandes tienen suficiente población para asegurarse su sostenibilidad, cosa que no ocurre en las zonas rurales, ya que cada día hay menos población debido a que hay fallecimientos pero no viene gente a vivir en los pueblos, cada vez hay más zonas despobladas, y eso es lo que hay que evitar.

Los depósitos de medicamentos de los centros sociosanitarios que a la fecha de publicación de este decreto se encuentren ya en funcionamiento, vinculados a una farmacia (sobre todo si es rural) con un acuerdo de asistencia farmacéutica formalizado por escrito entre ambas partes, deberían seguir vinculados a esa oficina de farmacia ya que si se desvincula de alguna de ellas podría disminuir la sostenibilidad e incluso llevarla al cierre.”

Esta alegación es similar a la presentada anteriormente por FEFCAM (apartado D.3 de este informe), por lo que se realizan las mismas consideraciones realizadas en la misma.

d) En relación al **anexo, punto 2** alega: “ANEXO. Requisitos comunes a todos los servicios de farmacia y depósitos de medicamentos de los centros sociosanitarios. Punto 2.

La elaboración de los Sistemas Personalizados de Dosificación no es una tarea fácil, lleva mucha responsabilidad y mucho tiempo elaborarlos. El realizar la elaboración de estos SPD en el centro sociosanitario conlleva tiempo extra de trabajo por el profesional farmacéutico. Si se elaborasen en la oficina de farmacia, ese tiempo coincidiría con el horario de dicha farmacia y no se harían horas extras, el profesional farmacéutico, sobre todo en una farmacia rural, tiene disponibilidad de elaborarlos sin disminuir la asistencia farmacéutica de la población. En estas zonas rurales sólo hay más afluencia de pacientes cuando va el médico al pueblo y normalmente son 2 días a la semana.

La elaboración de los SPD para el centro sociosanitario se llevaría a cabo siguiendo el mismo protocolo que el de la elaboración de los SPD para los pacientes ambulatorios, con una adecuada área de almacenamiento, elaboración y con el material básico, establecido en este borrador de Decreto.”

En relación a las alegaciones antes presentadas, solicita lo siguiente:



“1.- Que los centros sociosanitarios se vinculen a las oficinas de farmacia, sobre todo, a las rurales.

2.- Que no haya que concretar un horario para la apertura de los depósitos de medicamentos en los centros sociosanitarios, sobre todo, en los vinculados a oficinas de farmacias rurales, y que además tengan botiquines.

3.- Que las farmacias rurales puedan estar vinculadas a más de un centro sociosanitario para que tengan sostenibilidad económica.

4.- Que si la carga de medicación en los centros sociosanitarios se lleva a cabo a través de la elaboración de Sistemas Personalizados de Dosificación (SPD), que se puedan elaborar en la Oficina de Farmacia, sobre todo en las farmacias rurales.”

Las tres primeras solicitudes ya han sido analizadas en alegaciones anteriores. En cuanto a la cuarta solicitud, se informa que los SPD se podrán realizar en la oficina de farmacia o en el depósito de medicamentos del centro sociosanitario, debido a que el proyecto de decreto no obliga a que se realice los SPD en los depósitos; solo establece los requisitos de planta física y equipamiento que tienen que cumplir los depósitos en caso que se quiera realizar los SPD en los mismos, tal y como se establece en el apartado II.A.2 del anexo: *“los depósitos de medicamentos en los que se elaboren sistemas personalizados de dosificación (SPD) deberán contar con el siguiente material básico:...”*

En el caso de preparar los SPD en la oficina de farmacia, se tendrá que cumplir lo establecido en los artículos 9.2 y 13 y en el anexo I del Decreto 11/2019, de 18 de marzo.

19. RJCM.

Presenta la misma alegación que los particulares AMS (apartado L.5 de este informe) y RJCM (apartado L.12 de este informe), por lo que se realizan las mismas consideraciones que en el apartado L.5 de este informe.

La Directora General de Planificación, Ordenación e Inspección Sanitaria

