

Propuesta de la  
Sociedad Española  
de Farmacia  
Familiar y  
Comunitaria  
(SEFAC)  
sobre  
el papel del  
farmacéutico  
comunitario en la  
atención sociosanitaria






© Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC) 2016

El contenido de esta obra está protegido por la Ley, que establece penas de prisión y/o multas, además de las correspondientes indemnizaciones por daños y perjuicios, para quienes reprodujeren, plagiaren, distribuyeren, comunicaren públicamente, en todo o en parte, una obra literaria, artística, científica, o su transformación, interpretación o ejecución artística fijada en cualquier soporte o comunicada a través de cualquier medio, sin la preceptiva autorización escrita de los titulares del Copyright.

Todos los derechos reservados.

1ª Edición: julio 2016  
ISBN: 978-84-608-9445-2  
Edita: SEFAC



## Propuesta de la Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC) sobre el papel del farmacéutico comunitario en la atención sociosanitaria

*"El sistema sanitario y el sistema social constituyen parte sustancial del modelo de protección y garantías de nuestro Estado de Bienestar.*

*Su desarrollo supone una gran conquista de nuestra sociedad que no debe verse afectado por situaciones coyunturales como la crisis económica en la que nos hallamos inmersos.*

*Ahora más que nunca es necesario reforzar y evitar que aquellos elementos que igualan a las personas que cuestionen y ello tenga, como consecuencia, una reducción de los mismos o una manera menos universal de acceso."*

*El prólogo del LIBRO BLANCO DE LA COORDINACIÓN SOCIOSANITARA EN ESPAÑA. MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD. 15 DE DICIEMBRE DE 2011.*

Documento SEFAC aprobado por la Junta Directiva y el Consejo de Gobierno a propuesta de:

*Fernando Abellán-García Sánchez*

*Vicente J. Baixauli Fernández*

*M<sup>o</sup> Dolores Murillo Fernández*

*Eduardo Satué de Velasco*



## Índice

1.	Introducción .....	6
2.	Objetivo .....	8
3.	Legislación .....	9
	3.1. Legislación estatal.....	10
	3.2. Legislación autonómica.....	11
4.	Situación actual.....	13
5.	Propuesta.....	15
6.	Vinculación de la farmacia comunitaria en la prestación de servicios en el ámbito sociosanitario....	17
7.	Criterios analizables en la atención farmacéutica en el ámbito sociosanitario.....	18
	7.1. Capacitación y certificación.....	18
	7.2. Servicios profesionales farmacéuticos logísticos y de gestión .....	19
	7.3. Servicios profesionales farmacéuticos asistenciales.....	20
	7.4. Accesibilidad: horario y proximidad .....	21
8.	Remuneración de los servicios.....	22
9.	Criterios de atención farmacéutica en el ámbito sociosanitario .....	25
10.	Bibliografía.....	26
11.	Anexos.....	28
	I. SPF de la farmacia comunitaria.....	28
	II. Modelo retributivo de la farmacia comunitaria basado en el pago por servicio .....	29



#### Abreviaturas:

CSS: centro/s sociosanitario/s  
SEFAC: Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria  
AF: atención farmacéutica  
SPF: servicio/s profesional/es farmacéutico/s

#### Definiciones:

Atención sociosanitaria: de acuerdo con el art.14 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (SNS), es el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social.

Comprenderá:

- a) Los cuidados sanitarios de larga duración.
- b) La atención sanitaria a la convalecencia.
- c) La rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable.

Centros sociosanitarios: los centros sociosanitarios son espacios asistenciales dotados de la estructura y del personal necesario para prestar una atención sanitaria y social continuada multidisciplinar, temporal o permanente a pacientes como ancianos, personas con discapacidad y cualesquiera otros cuyas condiciones de salud requieran, además de las atenciones sociales, unos cuidados sanitarios de larga duración, convalecencia, rehabilitación o con algún grado de dependencia o discapacidad. Estos centros incluyen los centros de asistencia social, los centros residenciales, los centros psiquiátricos y los centros de día, así como los pisos tutelados.

Servicio de Farmacia Comunitaria: a efectos de esta propuesta es la forma de vinculación entre la farmacia comunitaria y el centro sociosanitario cuyo responsable es un farmacéutico comunitario y su función será la gestión integral de las necesidades farmacoterapéuticas de los pacientes de dicho centro a través de la prestación de servicios farmacéuticos en colaboración con el resto del equipo asistencial del centro.



## 1. Introducción

En España el 18 por ciento de la población tiene más de 65 años y, de estos, más del 6 por ciento supera los 80. Esto significa que, si las previsiones se cumplen, en 2050 España será el tercer país más envejecido del mundo, con más de un 30 por ciento de mayores a los que atender, de los cuales el 11 por ciento tendrá más de 80 años.

A medida que la vida de las personas avanza suelen ir apareciendo enfermedades crónicas. Según los datos disponibles el 72 por ciento de los mayores de 65 años son pacientes con patologías crónicas.

Por otro lado las personas mayores expresan una clara voluntad de autonomía y el 87 por ciento desea vivir en sus casas el mayor tiempo posible. Pero, cuando esto no es posible, ellos o sus familiares toman la decisión de que lo hagan en un centro sociosanitario (CSS), siempre tratando de mantener un entorno que les resulte familiar y de confianza. Es previsible pues un incremento de estos centros sociosanitarios, que incluyen no sólo residencias o centros de día para la tercera edad, sino también instituciones o pisos tutelados para pacientes con distintas discapacidades.

El aumento de la esperanza de vida no necesariamente va relacionado con el aumento en la calidad de vida. El envejecimiento de la población supone un crecimiento en la demanda de servicios y un aumento de las enfermedades crónicas, que suponen un 80 por ciento del gasto sanitario. En estos momentos en los que los recursos financieros están tan limitados es necesario rediseñar un sistema sanitario orientado hacia el paciente agudo y reenfocado hacia los pacientes crónicos.

No sólo debe adaptarse el sistema, también es necesario adaptar los roles de los profesionales sanitarios que asisten a los pacientes. Todas las profesiones están haciéndolo y, sin duda, los farmacéuticos comunitarios no son una excepción y han comenzado a hacerlo centrándose en el paciente que utiliza medicamentos a través de la provisión de servicios relacionados con sus conocimientos y con el objetivo de disminuir la morbimortalidad atribuida a los tratamientos farmacológicos.

Sin duda, en el ámbito sociosanitario la atención a los CSS es uno de los grandes retos para cualquier Administración. En 2015, en España, había 5.340 CSS con unas 359.035 plazas<sup>1</sup> para la atención, de las cuales es necesario establecer modelos de atención colaborativos, multidisciplinares e interniveles con la implicación tanto de los profesionales sanitarios como de las administraciones. Esta atención debe ser potenciada desde la atención primaria que es donde pivota la cronicidad; para ello se debe pasar del exceso de planificación teórica y llevar a la práctica los cambios necesarios para adaptarse a esta necesidad social que supone la atención del paciente crónico, polimedicado y frágil. En definitiva, a un modelo centrado en la persona.

Todos estos datos económicos evidencian que la cronicidad es un problema de todos –Administración y profesionales–, pero el mayor problema al que se enfrenta la sociedad es la necesidad real de rediseñar un sistema sanitario orientado en lo agudo y enfocarlo a lo crónico. Es necesario priorizar la atención a la cronicidad, pasando de la teoría a la práctica para que la atención a la cronicidad sea una realidad. Para ello, hay que conocer cómo se relacionan los pacientes con los servicios sociales y sanitarios. Las propuestas que no cuenten con los pacientes y no se basen en las necesidades de estos están abocadas al fracaso. Por ello es necesaria la implantación de un sistema coordinado, que será efectivo si cuenta con el liderazgo y la visión de los profesionales y está orientado hacia los pacientes.

Las patologías crónicas, la vulnerabilidad y la dependencia también afectan a otros grupos de población relacionados con ambientes sociosanitarios, donde consiguen una atención más adecuada. Es pues previsible que, por la propia evolución de la pirámide poblacional en España, sean cada vez más los pacientes residentes o relacionados con ambientes sociosanitarios.



A la vista de estas premisas, desde la Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC) se tomó conciencia de esta situación y ya en marzo de 2015 publicó el *Manifiesto Abarán*, que establece las bases del papel del farmacéutico comunitario en el ámbito de la atención domiciliaria y sociosanitaria y cuyo desarrollo en el ámbito sociosanitario se refleja en este documento<sup>2</sup>.

En el *Manifiesto Abarán* se preconiza que sea el farmacéutico comunitario el responsable de las necesidades farmacoterapéuticas de los pacientes no ingresados en un hospital, independientemente de donde vivan, siendo el profesional idóneo para la atención a estos pacientes por sus conocimientos, accesibilidad, cercanía y confianza con el paciente. Asimismo, apunta hacia la necesidad de que el farmacéutico comunitario forme parte de los equipos de atención primaria, junto con médicos, enfermeros y trabajadores sociales prestando servicios profesionales farmacéuticos (SPF).

Los más de 48.000 farmacéuticos comunitarios que ejercen actualmente en España, distribuidos uniformemente en las cerca de 22.000 farmacias, con una cobertura del 99,97 por ciento de la población<sup>3</sup>, están en constante adaptación a la realidad social y sanitaria del país como se ha demostrado históricamente, resolviendo las necesidades farmacoterapéuticas que han ido sucediéndose. Con este espíritu asistencial y colaborativo, el farmacéutico comunitario es la clave para solventar los retos que en el ámbito de la atención primaria, sociosanitaria y domiciliaria se van a presentar en el futuro inmediato.



## 2. Objetivo

Realizar una propuesta sobre el papel del farmacéutico comunitario en la atención a la población residente en los CSS.

Dicha propuesta engloba como objetivos secundarios:

- Servir de ayuda en las regulaciones que de la atención y prestación farmacéutica se planteen para el ámbito sociosanitario.
- Impulsar el desarrollo profesional del farmacéutico comunitario en el ámbito sociosanitario.
- Contribuir a la sostenibilidad del sistema sanitario español y, por ende, de la farmacia comunitaria como integrante del mismo.





### 3. Legislación

La atención farmacéutica a los CSS está regulada por una legislación básica estatal y en algunas comunidades autónomas por normas autonómicas desarrolladas como fruto de las transferencias sanitarias en materia de ordenación farmacéutica.



### 3.1. Legislación estatal

El 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<sup>4</sup> vincula los centros de asistencia social de cien o más camas a servicios de farmacia hospitalaria propios o mediante un depósito de medicamentos al servicio de farmacia del hospital de referencia en la zona sanitaria, a excepción de las disposiciones que reserva a las CCAA.

También establece que los centros de asistencia social de menos de cien camas dispondrán de un depósito vinculado a un servicio de farmacia o a una oficina de farmacia.

En su artículo 6 de "Medidas relativas a la atención farmacéutica en los hospitales", en los centros de asistencia social y en los centros psiquiátricos indica en su apartado 1 que:

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



## 3.2. Legislación autonómica

Aunque no es el objetivo de este trabajo el análisis pormenorizado de las normativas existentes en toda España, sí que es necesario proporcionar una visión general de la legislación generada por las distintas administraciones sanitarias competentes al regular la atención farmacéutica en los CSS.

Las leyes de ordenación y atención farmacéutica de las distintas comunidades autónomas contienen alusiones genéricas a la prestación farmacéutica en los CSS, en gran parte sin actualizar a las previsiones del Real Decreto-ley 16/2012. En algunos casos cuentan con normas específicas sobre esta cuestión, dictadas hace años, como por ejemplo el Decreto 39/2003, de las Islas Baleares, que establece los requisitos y condiciones sanitarias de los servicios de farmacia y depósitos de medicamentos en centros hospitalarios, penitenciarios y sociosanitarios<sup>5</sup>. En esta norma se contempla la posibilidad de autorizar un servicio de farmacia en el centro sociosanitario (bajo la responsabilidad de un farmacéutico especialista en Farmacia Hospitalaria) o bien, en su defecto, un depósito de medicamentos vinculado a una farmacia de la misma zona farmacéutica donde se ubique el centro. La ley aclara que el segundo supuesto será para los CSS y penitenciarios que dispongan de menos de cien camas, que no sean de la red pública y que no dispongan de un servicio farmacéutico propio<sup>6</sup>. El control del gasto es una de las principales razones a las que se alude en todos los cambios que se están produciendo en los últimos tiempos en nuestro sistema sanitario. Es obvio que el aumento de la esperanza de vida conlleva un aumento de la enfermedad crónica y pacientes que demandan más servicios, lo que provoca un aumento del gasto sanitario y, en particular, del gasto en medicamentos.

También el Decreto 94/2010, de la Comunidad Valenciana, que regula las actividades de ordenación, control y asistencia farmacéutica en los CSS y en la atención domiciliaria<sup>7</sup> contempla tres dispositivos distintos, como son los servicios de farmacia sociosanitarios, los depósitos de medicamentos sociosanitarios (vinculados a una farmacia o servicio de farmacia) y los botiquines sociosanitarios (vinculados a una farmacia). De acuerdo con este decreto valenciano, los servicios de farmacia y depósitos de medicamentos de CSS de titularidad pública, incluidos en el Programa de Atención Farmacéutica Sociosanitario, estarán bajo la responsabilidad de un farmacéutico especialista en Farmacia Hospitalaria. Todos los CSS de carácter público que no dispongan de servicio de farmacia deberán solicitar la vinculación de su depósito sociosanitario a un servicio farmacéutico de un centro de carácter público, preferentemente del mismo sector sanitario y del mismo departamento de salud legalmente autorizado para la preparación, custodia, conservación y dispensación de medicamentos.

El Decreto 2/2014, de la Región de Murcia<sup>8</sup>, que aplica ya el Real Decreto-ley 16/2012, matiza en cuanto al régimen de vinculación que los CSS de titularidad pública que no tengan obligación de disponer servicio de farmacia hospitalaria propio (los que no cuenten con 100 o más camas), dispondrán de un depósito de medicamentos y productos sanitarios vinculado a un servicio de farmacia del área sanitaria. Por su parte, los CSS de titularidad privada que no tengan obligación de disponer de servicio de farmacia hospitalaria dispondrán de un depósito de medicamentos y productos sanitarios vinculado a una farmacia de la misma zona farmacéutica, conforme a un sistema de rotación establecido en la misma norma.

Por su parte, en Castilla-La Mancha, mediante la Ley 2/2015, de 19 de febrero, se modificó la Ley de ordenación del Servicio Farmacéutico en dicha comunidad<sup>9</sup>, y se aprovechó en la misma para aplicar el Real Decreto-ley estatal, de manera que quedara claro que los CSS de menos de 100 camas, que no dispongan de un servicio de farmacia, han de contar con un depósito de medicamentos vinculado a una farmacia establecida en la misma zona farmacéutica o a un servicio de farmacia hospitalaria del área de salud.

También hay que destacar la reciente publicación del Decreto 512/2015, de 29 de diciembre, de prestación farmacéutica en los CSS residenciales de Andalucía<sup>10</sup>, que sitúa el umbral de participación de la farmacia en las 50 camas, cuando la norma estatal (Real Decreto-ley 16/2012) lo fija en 100 camas. En concreto, establece que los depósitos de medicamentos de los CSS residenciales con cincuenta o menos camas, con independencia del



porcentaje que en cada momento destinen al régimen residencial y del nivel de ocupación temporal, y que tengan residentes con derecho a la prestación farmacéutica del Sistema Sanitario Público de la Junta de Andalucía, quedarán vinculados a una farmacia. En la actualidad el Decreto indica que se realizará un concurso, y para ese concurso se aplicará un baremo, pero dicho baremo y sus criterios aún no han sido desarrollados.

Por último, hay que destacar la particular judicialización que se está produciendo actualmente en relación con la vinculación de los CSS a las farmacias comunitarias, especialmente por el establecimiento de turnos rotativos y la posible limitación de la libre competencia. A fin de evitar estas situaciones y la inseguridad jurídica que conllevan, sería deseable que este tipo de regulaciones se establecieran al amparo de las competencias de planificación farmacéutica.

## 4. Situación actual

La situación actual de la atención a CSS es diversa dependiendo del tamaño de estos, de su titularidad privada o pública y en este último caso dependiendo también de la Administración responsable (ayuntamiento, diputación, autonomía, etc.).

En la tabla 1 se expone un estado de situación de los CSS en España (1).

Centros residenciales	Nº plazas	Privados	Públicos	Total
Menos 25 camas	19.025 (5,3%)	734	422	1.163
Entre 25 y 49 camas	52.766 (14,7)	1.059	383	1.455
Entre 50 y 99 camas	102.387 (28,5%)	1.040	359	1.437
Más de 100 camas	184.857 (51,5%)	882	289	1.175
<b>Total*</b>	359.035	3.803	1.510	5230

\*Nota: el descuadre se debe al desconocimiento del número de camas que tienen algunos CSS.

### 1.-Grandes CSS de más de 100 camas.

Por imperativo legal vienen a ser atendidos desde los servicios de farmacia de los hospitales con distintos niveles de atención farmacéutica condicionada por la disponibilidad de recursos económicos y humanos, especialmente de farmacéuticos hospitalarios. Sin embargo, la propia ley establece excepciones cuando afirma: *"... la consejería responsable en materia de prestación farmacéutica podrá establecer acuerdos o convenios con centros hospitalarios, eximiendo a estos centros de esta 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"*.

### 2.- CSS de titularidad pública de menos de 100 camas.

Donde no hay una vinculación regulada específica y aunque la casuística es heterogénea, como referencia general se puede indicar que la atención farmacéutica ha venido realizándose por la farmacia de la localidad si ésta es única y consuetudinariamente de forma rotativa entre las farmacias comunitarias próximas si son varias en la localidad.

### 3.-CSS de titularidad privada de menos de 100 camas.

Hasta la publicación del decreto andaluz y para el resto del Estado es potestad de la dirección del CSS vincularse con la farmacia comunitaria que considera más adecuada a su criterio. Este no necesariamente tiene que ser sanitario y la farmacia comunitaria puede o no estar próxima al CSS. No obstante, y aunque de forma ambigua, la norma estatal indica que la vinculación del servicio de farmacia de un CSS a una farmacia comunitaria debería hacerse a través de la creación de un depósito de medicamentos.

Así, por ejemplo, en Aragón mediante el Decreto 286/2003, de 18 de noviembre, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Farmacia Hospitalaria y los depósitos de medicamentos, en su art. 13.1 indica que "podrán disponer de un depósito de medicamentos, en virtud de lo establecido en el artículo 35.1 de la Ley 4/1999 de Ordenación Farmacéutica para Aragón<sup>11</sup>, los centros hospitalarios, sociosanitarios y penitenciarios que no cuenten con un servicio de farmacia y no estén obligados a tenerlo". Según el art.14 la vinculación de este depósito será a un servicio de farmacia hospitalaria o a una farmacia comunitaria de la



misma zona de salud mediante un concurso libre según un baremo de méritos que se halla en el anexo del citado decreto.

Si bien la adscripción de farmacias comunitarias a CSS públicos usualmente ha seguido mecanismos transparentes y equitativos, en ocasiones la participación de farmacias comunitarias con CSS privados o concertados ha quedado al albur de acuerdos particulares entre farmacéutico y dirección del centro, que pueden no haber primado los intereses de los pacientes y que se han consentido ante la mirada pasiva de las administraciones y los colectivos profesionales.

Como ya se ha indicado anteriormente, la legislación básica actual no se ha dirigido a mejorar el uso racional de los medicamentos en los CSS. Afortunadamente algunos proyectos normativos han comenzado a cambiar este hecho en la vinculación de la farmacia comunitaria a los CSS más allá de colaborar en el establecimiento de un sistema de vigilancia y control del uso individualizado de los medicamentos, asignando funciones asistenciales como detectar los problemas relacionados con los medicamentos, prevenir resultados negativos de la medicación como reacciones adversas, interacciones, duplicidades, toxicidad y mejorar la adherencia y el cumplimiento de los tratamientos farmacológicos. Sin embargo, la mayoría de las normas no regulan en este sentido la relación entre farmacia comunitaria y los CSS, dejándose a la voluntad de las partes los servicios profesionales que se desarrollan por parte de los farmacéuticos en los centros. Esta situación provoca que en la práctica asistencial, dependiendo de la profesionalidad y voluntariedad del farmacéutico, existe un mayor o menor nivel de implantación de dichos servicios.

Recientemente Andalucía ha regulado la atención farmacéutica en CSS modificando de forma sustancial la normativa estatal. En general se observa una deriva de las administraciones hacia el control del gasto público en medicamentos de los residentes mediante la compra centralizada de sus medicamentos a través de los servicios de farmacia de hospitales, especialmente cuanto mayor número de camas tienen los CSS.

En la norma andaluza, no se hacen diferencias entre que los centros sean públicos o privados; se regula por el hecho de que los residentes tengan derecho a prestación farmacéutica del Sistema Sanitario Público Andaluz. En esta norma, los centros de más de 100 camas estarán adscritos al servicio de farmacia de un hospital. Aquellos que tengan entre 51 y 100 camas deben tener servicio de farmacia propio (depósito) vinculado al servicio de farmacia de un hospital. La actividad de dicho depósito será responsabilidad directa de un farmacéutico especialista en Farmacia Hospitalaria del servicio de farmacia del hospital al que esté adscrito. Sólo aquellos centros que tengan 50 camas o menos estarán vinculados a una farmacia que será seleccionada por un procedimiento de libre concurrencia, que a la fecha de la publicación de este documento está aún por desarrollar.

En el País Vasco en estos momentos existe un proyecto de decreto que está en el proceso de información pública en el que los CSS de más de 100 camas deberán tener un servicio de farmacia propio o, si la Administración así lo decide, un depósito de medicamentos vinculado a un servicio de farmacia perteneciente a un centro sanitario del País Vasco. Con respecto a los centros de menos de 100 camas, éstos deben disponer de un depósito de medicamentos. En este caso sí existen diferencias entre los centros privados y los públicos. Los centros públicos deben estar vinculados al servicio de farmacia de un centro sanitario integrado en el sistema sanitario del País Vasco; en el caso de los privados podrán vincularse a una farmacia comunitaria o a un servicio de farmacia del Servicio Vasco de Salud.



## 5. Propuesta

SEFAC propone una atención farmacéutica en los CSS basada en la satisfacción de las necesidades farmacoterapéuticas particulares de los pacientes residentes en los establecimientos de este ámbito asistencial a través de un servicio de farmacia comunitaria vinculado a la farmacia comunitaria mediante la prestación de SPF por farmacéuticos comunitarios capacitados, concertados a través de los Colegios Oficiales de Farmacéuticos, en coordinación con el resto de profesionales sanitarios del Sistema Nacional de Salud.


Es conveniente incidir de forma más extensa en algunos elementos de esta propuesta.

La satisfacción de las necesidades farmacoterapéuticas particulares de los pacientes del ámbito de CSS. Uno de los logros más importantes del sistema sanitario español, consecuencia de la ordenación farmacéutica, es el hecho de que los pacientes tengan un acceso rápido y cercano a los medicamentos. La residencia o estancia de los pacientes fuera de su domicilio particular, en CSS, no debe suponer un menoscabo de su calidad de vida y al igual que se procura que en esta nueva etapa de la vida la persona continúe lo más cercana posible a sus rutinas y lugares conocidos, también la atención farmacéutica debería de ser la habitual de un paciente ambulatorio adaptada a su nueva circunstancia. Los residentes en CSS pueden y deben mantener su propia autonomía en la medida de sus posibilidades. Esto implica el derecho a recibir una atención farmacéutica similar a la que se desarrolla en otros ámbitos asistenciales y a disponer de todos los medicamentos que precisen, tanto de aquellos sujetos a prescripción médica como de aquellos incluidos en el entorno del autocuidado. Este planteamiento considera al paciente incluido en el ámbito sociosanitario como un paciente más de atención primaria, no sujeto, salvo que sea necesario, a la atención especializada. Al igual que la atención médica y de enfermería en un CSS no es la atención especializada de un hospital, la atención farmacéutica de atención primaria debería ser la proporcionada por el farmacéutico comunitario en coordinación con la atención farmacéutica especializada proporcionada por un farmacéutico hospitalario.

Una de las asignaturas pendientes en la legislación farmacéutica actual es el no haber reflejado en las normas que regulan la prestación farmacéutica el cambio de orientación de las actividades centradas en el medicamento a las orientadas al paciente. De hecho, no se regula la atención farmacéutica a los pacientes residentes, sino el suministro de depósitos a los CSS. La propia denominación "depósitos de medicamentos" ilustra muy bien el sentido que se da a la prestación farmacéutica en los CSS. Por ello, desde SEFAC se propone también cambiar dicha denominación por "**servicio de farmacia comunitaria**", lo que supone una denominación más acorde con la función que desde la farmacia comunitaria se debería proporcionar en este ámbito. Es necesario regular una nueva forma de relación con la farmacia comunitaria, favoreciendo un entorno de trabajo en equipo, en el que el farmacéutico como experto en el medicamento sea el responsable de la gestión integral del medicamento, desde su adquisición hasta su eliminación, pasando por la conciliación de la medicación y el seguimiento de los tratamientos, para mejorar los resultados en salud y su uso seguro. En esta línea cabe destacar la justificación esgrimida por el Gobierno vasco en su último proyecto de regulación de la atención farmacéutica a los CSS, invocando la necesidad básica de custodiar, dispensar y realizar un uso racional de los medicamentos en los CSS, así como detectar los problemas relacionados con los medicamentos, prevenir tanto resultados negativos de la medicación como reacciones adversas, interacciones, duplicidades, toxicidad y mejorar la adherencia y cumplimiento de los tratamientos farmacológicos.

Serán funciones del farmacéutico:

- garantizar y asumir la responsabilidad técnica,
- establecer un sistema eficaz y seguro de distribución de los medicamentos en el centro,
- informar al personal del centro y a los propios pacientes en materia de medicamentos,

- 
- colaborar en el establecimiento de un sistema de vigilancia y control del uso individualizado de los medicamentos,
  - cumplir la normativa vigente en materia de control de medicamentos estupefacientes y psicótropos,
  - informar y asesorar a la dirección del centro sobre la alertas de calidad y seguridad de medicamentos,
  - prestar los servicios profesionales necesarios para garantizar las necesidades farmacoterapéuticas del paciente.

El concepto de atención farmacéutica, definido como la participación activa del farmacéutico en la mejora de la calidad de vida del paciente<sup>10</sup>, es otro de los elementos en los que incide esta propuesta, ya que implica garantizar la gestión de las necesidades farmacoterapéuticas de los pacientes a través de la prestación de los diferentes SPF: adquisición, conservación, custodia, preparación de fórmulas magistrales, dispensación, indicación farmacéutica, uso racional del medicamento, mejora de la adherencia y seguimiento farmacoterapéutico, cribados, promoción de la salud, etc. Todo ello para contribuir a asegurar la eficacia y seguridad.

La **capacitación del farmacéutico**. A nivel de la farmacia comunitaria y en coherencia con la propuesta de SPF de SEFAC<sup>11</sup>, se plantea la necesidad una capacitación específica para la atención sociosanitaria y que aborde las peculiaridades propias de ésta. Habría que exigir la necesaria capacitación del farmacéutico comunitario para prestar los SPF adicionales que se requieran, así como los requisitos materiales de la farmacia comunitaria dependiente de ésta.

Los **servicios profesionales farmacéuticos (SPF)** incluyen toda una serie de actividades que abarcan las necesidades sanitarias y farmacoterapéuticas de los pacientes, superando la restrictiva y tradicional función del farmacéutico ligada única y exclusivamente al suministro de medicamentos y productos sanitarios. Los farmacéuticos comunitarios pueden ser capaces de atender las necesidades sanitarias y farmacoterapéuticas particulares de los pacientes incluidos en este ámbito asistencial si se les permite prestar servicios farmacéuticos sostenibles orientados al paciente, no restringiendo su participación únicamente al suministro y al cumplimiento estricto de la legislación vigente.

La **extensión de la concertación y facturación a través de los Colegios Oficiales de Farmacéuticos** al ámbito sociosanitario (tanto público como privado), como fórmula utilizada habitualmente desde hace años entre la farmacia comunitaria y la Administración sanitaria, ofrece mayores garantías de legalidad y transparencia en la vinculación de las farmacias a los CSS.

La **coordinación de los farmacéuticos comunitarios con los farmacéuticos hospitalarios y el resto de profesionales sanitarios que trabajan en el ámbito sociosanitario**. Es necesario que el farmacéutico comunitario forme parte del equipo del CSS al que presta los servicios. El trabajo con el médico, así como con las enfermeras, los trabajadores sociales y la dirección es fundamental para desarrollar unos protocolos de actuación para la evaluación y seguimiento de cada residente en la medida en la que vaya siendo necesario. También es necesario compartir la información clínica necesaria para asistir al paciente y desarrollar la actuación profesional. Posiblemente la regulación de esta nueva forma de trabajar en los CSS sea uno de los objetivos que cualquier legislador debería tener en cuenta, favoreciendo un entorno de trabajo en equipo, en el que el farmacéutico como experto en el medicamento sea el responsable de la conciliación de la medicación, así como del seguimiento de los tratamientos para mejorar los resultados en salud y el uso seguro. El éxito de un equipo depende de que los roles y responsabilidades de todos sus miembros estén claramente identificadas para asegurar la continuidad de la atención al paciente. Es necesario favorecer la confianza entre los miembros del equipo y la comunicación entre ellos para que el equipo funcione con éxito.





## 6. Vinculación de la farmacia comunitaria en la prestación de servicios en el ámbito sociosanitario

En el marco de una competencia racional entre profesionales sanitarios, la vinculación de un CSS a una farmacia comunitaria debería ser pública, transparente, con igualdad de oportunidades y priorizada en función de la satisfacción de las necesidades farmacoterapéuticas de los pacientes residentes. En este sentido, el requisito legal utilizado hasta el momento y que se denomina "depósito de medicamentos" debería ser sustituido por "servicio de farmacia comunitaria". El servicio de farmacia comunitaria a través del cual se vincularía la farmacia comunitaria al CSS estaría bajo la responsabilidad y la presencia física de un farmacéutico en los periodos que se acuerden.



## 7. Criterios analizables en la atención farmacéutica en el ámbito sociosanitario

### 7.1. Capacitación y certificación

En relación con la capacitación de los farmacéuticos comunitarios y la certificación de farmacias, SEFAC en su propuesta de SPF<sup>12</sup> indica que para garantizar la prestación de unos servicios de calidad es necesario asegurar que la farmacia comunitaria que preste SPF debe disponer de los recursos humanos y materiales necesarios para realizar cada uno de ellos. El CSS y la farmacia comunitaria deben reunir los requisitos necesarios de instalaciones y equipamiento necesario para la prestación de dichos servicios. Por tanto, dependiendo de los SPF concertados algunos deberán ser realizados con los recursos de los que dispone la farmacia comunitaria y otros con los recursos existentes en los CSS. En relación con este apartado sería deseable una regulación administrativa básica más específica que garantice la equidad dentro del SNS.

Por tanto, es necesario contemplar en la vinculación de la farmacia comunitaria a los CSS que:

Los SPF deben ser realizados por farmacéuticos comunitarios capacitados específicamente para prestarlos adscritos a la farmacia comunitaria que preste sus servicios y asistidos, si procede, de otros profesionales sanitarios capacitados para su realización. Esta capacitación debería ser renovada periódicamente en el marco de la formación continuada.

SEFAC directamente o en colaboración con otras entidades profesionales, universidades, organismos y administraciones públicas y privadas, asociaciones de pacientes y/o sociedades científicas:

- Formará y capacitará a los farmacéuticos y profesionales sanitarios, certificando así su competencia profesional para la prestación de cada SPF.
- Validará los procedimientos normalizados de trabajo utilizados en la prestación de los SPF en las farmacias comunitarias (FC).
- Colaborará en la certificación de las FC que lo requieran.



## 7.2. Servicios profesionales farmacéuticos logísticos y de gestión

Una de las funciones que la legislación farmacéutica asigna a los profesionales farmacéuticos es la de garantizar la adquisición, custodia y conservación de los medicamentos y productos sanitarios que estén bajo su responsabilidad. De hecho, ésta ha sido tradicionalmente la única responsabilidad que sanitariamente se les ha exigido a través de la legislación farmacéutica.

Sin embargo, actualmente, debido a los elevados precios de algunos medicamentos y de la eficiencia que supone la compra centralizada, cabe replantearse el papel del farmacéutico en relación con la propiedad de los medicamentos que adquiere. Independientemente de su ámbito asistencial la función del farmacéutico no cambia y es clara, si bien la forma en que se adquieren los medicamentos podría adaptarse a las necesidades de cada CSS en función de su tamaño y sus peculiaridades.

Desde este punto de vista, la prestación de los servicios logísticos y de gestión que pongan a disposición de los pacientes residentes los medicamentos y productos sanitarios de forma adecuada, es otro de los criterios que deberían ser tenidos en cuenta a la hora de abordarse la vinculación de la farmacia comunitaria a un CSS.

Se deberían requerir protocolos normalizados de trabajo aplicables al depósito de medicamentos que garanticen:

- El transporte de los medicamentos.
- La periodicidad del suministro. Para patologías crónicas se realizará con una periodicidad tal que permita que a los pacientes que no les falte su medicación. Para patologías agudas y/o urgentes se realizará un suministro inmediato.
- La selección de los medicamentos en función de su indicación terapéutica.
- La conservación y almacenamiento de los medicamentos especialmente de los termolábiles.
- La custodia de los mismos sobre todo los que requieran un particular control: estupefacientes, psicótrópos, citotóxicos.
- La gestión de las retiradas y devoluciones, tanto de los caducados como de los que estén en mal estado, afectados por alertas sanitarias, cambios de medicación, etc.



### 7.3. Servicios profesionales farmacéuticos asistenciales

Uno de los modelos que en la práctica parece ser el más aceptado a nivel internacional es el modelo Kaiser Permanente<sup>13</sup>, que se basa en la atención del paciente crónico estratificado en función del riesgo, combinando la prevención, apoyando la autogestión, gestionando la enfermedad y manejando los casos de mayor complejidad.

En este modelo se combina la atención temprana desde atención primaria con la atención de los casos más complejos en el que los pacientes sufren descompensaciones y que requieren una atención especializada. Éste es el modelo que parece tener más sentido, ya que por sí mismo implica la utilización de diferentes tipos de recursos, tanto profesionales como económicos, según la necesidad de cada paciente en los distintos estadios en los que requiere la atención.

Para ello, es necesario que el sistema focalice la atención en el paciente y sus necesidades y esto requiere un conocimiento previo de cómo los pacientes se relacionan con los servicios sanitarios y sociales. Estos servicios deben coordinarse para que la implantación en el sistema sea efectiva. Algunas de estas necesidades pueden cubrirse a través de los servicios farmacéuticos asistenciales que prestaría el servicio de farmacia comunitaria.

Los servicios profesionales farmacéuticos asistenciales (SPFA) *son aquellas actividades sanitarias prestadas desde la farmacia comunitaria por un farmacéutico que emplea sus competencias profesionales para la prevención de la enfermedad y la mejora tanto de la salud de la población como la de los destinatarios de los medicamentos y productos sanitarios, desempeñando un papel activo en la optimización del proceso de uso y de los resultados de los tratamientos.*

*Dichas actividades, alineadas con los objetivos generales del sistema sanitario tienen entidad propia, con definición, fines, procedimientos y sistemas de documentación, que permiten su evaluación y retribución, garantizando su universalidad, continuidad y sostenibilidad<sup>14</sup>.*

Una clasificación de los servicios profesionales farmacéuticos asistenciales de la farmacia comunitaria se expone en el anexo 1.



## 7.4. Accesibilidad: horario y proximidad

Una característica esencial de nuestro sistema farmacéutico es la capilaridad. La ordenación farmacéutica existente permite que en la más remota localidad haya una farmacia comunitaria que esté en disposición de prestar una atención farmacéutica de calidad.

Las farmacias comunitarias cumplen un papel crucial en la atención sanitaria rural y en el mantenimiento de dicha población. En este sentido, para atender de forma eficiente a un CSS es necesario que la farmacia comunitaria vinculada a dicho CSS proporcione un tiempo adecuado de asistencia farmacéutica que permita una rápida atención de las necesidades que se generen, incluidas las urgencias. La inmediatez en la atención farmacéutica sólo puede ser proporcionada cuando existe una cierta proximidad de la farmacia comunitaria al CSS, que permita atender diariamente las demandas asistenciales con celeridad. Por ello, es imprescindible considerar el criterio de la proximidad a los criterios considerados para vincular una farmacia comunitaria a un CSS. La farmacia vinculada a un CSS debe poder garantizar la continuidad asistencial durante todo el tiempo en que esté vinculada prestando los SPF asistenciales de calidad que satisfagan las necesidades farmacoterapéuticas de los pacientes del CSS.



## 8. Remuneración de los servicios

El aspecto económico de la vinculación de la farmacia comunitaria a los centros sociosanitarios ha condicionado y condiciona la actuación profesional del farmacéutico, por lo que es conveniente incidir también sobre este aspecto. En primer lugar, tal y como se ha comentado anteriormente, se propone que la retribución de cada servicio, para mayor garantía de transparencia y equidad en la prestación, debería ser concertada por los colegios profesionales con la Administración sanitaria y con los propietarios responsables de los CSS, fijando las condiciones para su prestación y la forma de pago y cobro.

En segundo lugar y coherentemente con la propuesta de SEFAC, la provisión de SPFA debería estar retribuida de forma individual para cada servicio, ya que las necesidades farmacoterapéuticas de los pacientes pueden ser diferentes y debería tener una remuneración acorde con sus objetivos, requerimientos y resultados. Cada SPFA tendría su propio sistema retributivo en función de la concertación suscrita a través de los colegios de farmacéuticos con las consejerías de sanidad autonómicas o los propietarios de los CSS, aunque sería deseable una retribución homogénea para éstos similar en todo el país. Este sistema es el habitual en países desarrollados como Alemania, Reino Unido, Canadá, Australia, etc.

Sin embargo, el servicio de dispensación es actualmente, y en la práctica, el principal y casi único SPFA que se presta en el ámbito sociosanitario por parte de las farmacias comunitarias, siendo su sistema retributivo el actual pago por margen. En este sentido, la retribución de la dispensación basada sólo en el margen no refleja adecuadamente la labor profesional del farmacéutico, ya que la atención sociosanitaria a CSS tiende a derivarse hacia una vinculación con un servicio de farmacia hospitalaria, principalmente porque a través de éstos los medicamentos y productos sanitarios se compran de forma centralizada pudiéndolos obtener de forma más económica que a través de la farmacia comunitaria pero no necesariamente de forma más eficiente. De hecho, esta vinculación es una obligación legal para los CSS con más de 100 camas y opcional en los de menos. Por tanto, parte de los medicamentos dispensados en el CSS ya no son directamente adquiridos por la farmacia comunitaria. Por ello, como el servicio de dispensación incluye varios procesos: adquisición, conservación, custodia, dispensación propiamente dicha y entrega de los medicamentos y productos sanitarios, desde SEFAC se plantea la posibilidad de modificar el sistema retributivo actual de la dispensación con el fin de permitir al farmacéutico comunitario la vinculación con el CSS, independientemente de que pudiera ser o no la farmacia la que adquiera los medicamentos prescritos para los pacientes de dicho centro.

En caso de que así se concertase, la adquisición, custodia y conservación de los medicamentos sujetos a prescripción médica podría desligarse y ser prestada desde la farmacia comunitaria vinculada a un CSS a través del servicio de farmacia comunitario, como un servicio logístico y de gestión, de forma separada al resto de procesos que integran el servicio de dispensación. En este caso el honorario profesional que recibiría el farmacéutico comunitario por prestar el servicio de dispensación incluiría:

1. Identificación del solicitante.
2. Verificación de las consideraciones administrativas.
3. Verificación de las condiciones de no dispensación con la información disponible en dicho momento.
4. Verificar que el paciente o cuidador conoce su proceso de uso, proporcionando y complementando en su caso la información personalizada sobre el medicamento (IPM).
5. Entrega del medicamento en condiciones óptimas.
6. Registro y documentación de las intervenciones farmacéuticas realizadas.

En el anexo II se plantea un posible modelo de retribución de la farmacia comunitaria basado en pago por servicio.

En la figura siguiente se observan diferentes sistemas retributivos aplicables en la retribución de los servicios concertados:

### POSIBLES SISTEMAS DE RETRIBUCIÓN PROPUESTOS PARA LA FARMACIA COMUNITARIA ESPAÑOLA

TIPO DE SISTEMA	BASE DE RETRIBUCIÓN		PAGO A LA FARMACIA	
SISTEMAS ORIENTADOS AL PRODUCTO	POR VOLUMEN DE VENTAS (Margen comercial)	MARGEN FIJO	PRECIO DE COSTE + % DE MARGEN SOBRE PVP	
		MARGEN ESCALONADO O VARIABLE (generalmente regresivo)		
SISTEMAS ORIENTADOS AL PACIENTE	POR SERVICIO PASIVO	CAPITACIÓN	precio de coste + fijo beneficiario	
		ASIGNACIÓN POR FARMACIA	GENERAL (TODAS)	según sistema vigente + asignación
	LIMITADA (ALGUNAS)			
	POR SERVICIO ACTIVO	PAGO POR ACTO	HONORARIO DE DISPENSACIÓN (por envase, medicamento, receta, acto)	precio de coste + honorario
				fijo general
				variable
				máximo negociable
				por actos especiales
			HONORARIO POR ELABORACIÓN DE FM y PREPARADOS OFICINALES	por tarifa según dificultad y cantidad
			PARTICIPACIÓN EN EL DIFERENCIAL DE COSTE CON EL PRECIO DE REFERENCIA	porcentaje del ahorro obtenido
PARTICIPACIÓN EN PROGRAMAS DE SUSTITUCIÓN DE MEDICAMENTOS Y REVISIÓN DE UTILIZACIÓN DE MEDICAMENTOS				
ACTIVIDADES COGNITIVAS/ATENCIÓN FARMACÉUTICA				
MECANISMOS INTERMEDIOS	PROFESIONALES RETRIBUIDOS POR SALARIO			
	SISTEMAS MIXTOS			

En tanto en cuanto no varíe el sistema de remuneración existente, el Sistema Nacional de Salud incluye dentro de la prestación farmacéutica la retribución de la dispensación de medicamentos y productos sanitarios a través de un margen y la formulación magistral a través de honorarios profesionales. El resto de SPF aplicables a los



pacientes crónicos polimedicados como la preparación de sistemas personalizados de reacondicionamiento (SPD), las bandejas unidosis de los carros de medicación, la revisión de la farmacoterapia, la revisión del uso de los medicamentos (RUM), el seguimiento farmacoterapéutico u otros, actualmente tendrán un sistema retributivo propio como se ha indicado anteriormente.





## 9. Criterios de atención farmacéutica en el ámbito sociosanitario

Los criterios de atención farmacéutica que propone SEFAC en el ámbito sociosanitario pueden concretarse en:

1. SEFAC propone la prestación de la atención farmacéutica en los CSS mediante la vinculación de la farmacia comunitaria a través de un servicio de farmacia comunitaria que integre las funciones tradicionales de suministro de los depósitos de medicamentos con las funciones asistenciales propias de la atención farmacéutica sociosanitaria realizadas a través de la prestación de SPF.
2. Esta vinculación debería basarse fundamentalmente en dos criterios: accesibilidad (proximidad, disponibilidad...) y calidad del servicio (catálogo de servicios asistenciales, capacitación del personal para esos SPF, experiencia...).
3. Los SPF que se desarrollen deberían cubrir las necesidades farmacoterapéuticas de los pacientes residentes, desde la adquisición de medicamentos y productos sanitarios hasta el seguimiento de los tratamientos farmacológicos.
4. El farmacéutico comunitario responsable del servicio debería desarrollar su labor profesional en los CSS desde la farmacia comunitaria certificada a la que pertenece, prestando SPF para los que deberá estar específicamente capacitado.
5. Es imprescindible la colaboración de los responsables de los CSS y del personal sanitario que interviene en la prescripción y uso de los medicamentos para llevar a cabo la labor del farmacéutico comunitario.
6. La vinculación de las farmacias a los CSS debería ser concertada a través de los colegios profesionales, fijando los servicios prestados (cuyo sistema retributivo será acorde con sus objetivos, requerimientos y resultados).
7. Los colegios profesionales también deberían ser los encargados de fijar las condiciones para la prestación, facturación y cobro de los servicios.
8. El servicio de farmacia sociosanitaria debería disponer de una estructura que permita la colaboración multidisciplinar con el personal sanitario tanto del centro como de otros niveles asistenciales que atienden y tienen una repercusión positiva en la calidad de vida y la salud.: médicos, enfermeros, farmacéuticos hospitalarios y gerocultores.
9. Los elementos necesarios para la integración y colaboración de la farmacia comunitaria en la atención sociosanitaria con el resto de profesionales sanitarios pasarían porque las administraciones públicas permitiesen una comunicación electrónica entre los miembros del equipo multidisciplinar, acceso al historial farmacoterapéutico completo (primaria y hospitalaria), acceso a la información clínica necesaria de la historia clínica.
10. Sería también necesaria la formación conjunta de los profesionales en las cuestiones de ámbito común y la participación del farmacéutico comunitario en los grupos de trabajo del SNS que aborden el desarrollo del cuidado del paciente en el ámbito sociosanitario.

## 10. Bibliografía

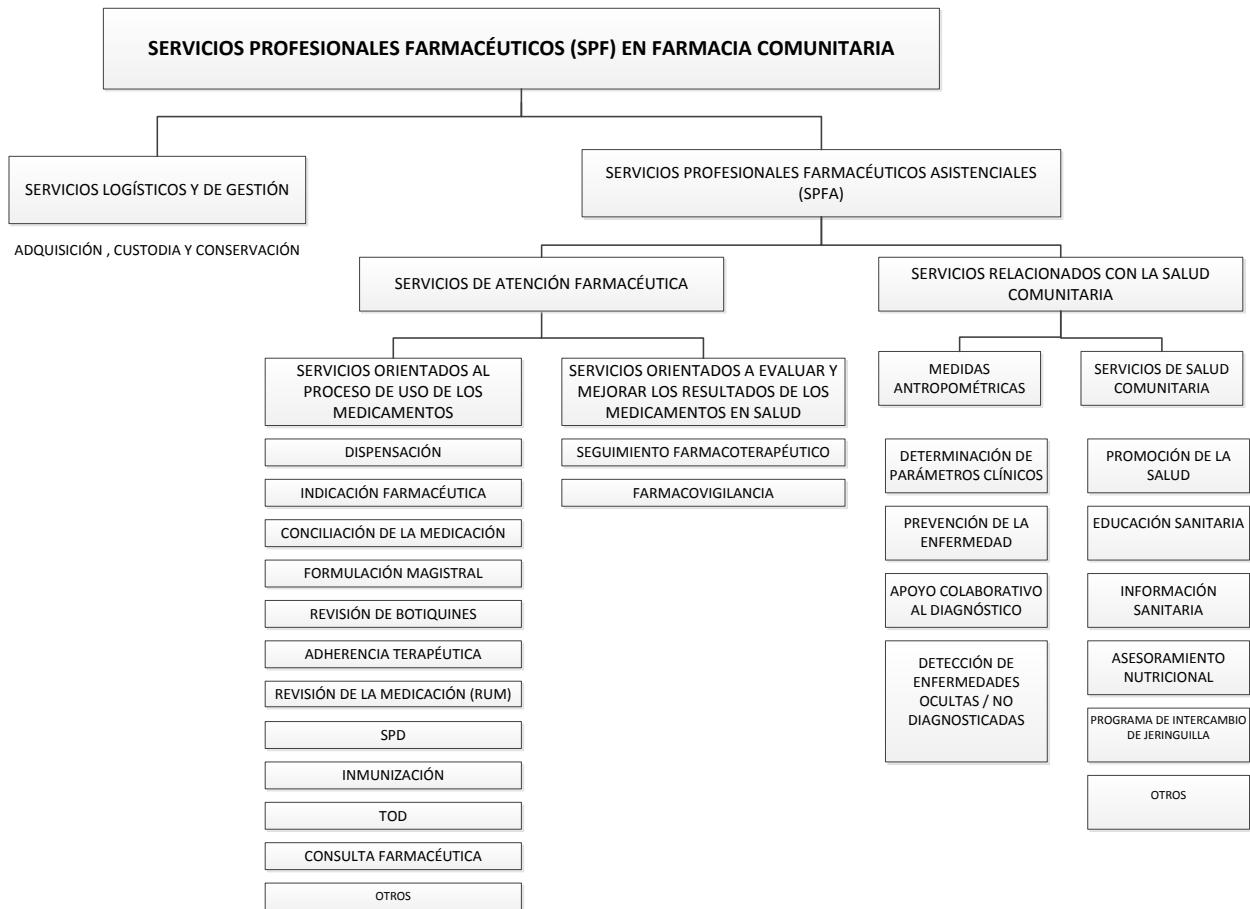
1. Consejo Superior de Investigaciones científicas (CSIC). Envejecimiento en red (2015). "Estadísticas sobre residencias: distribución de centros y plazas residenciales por provincias. Datos junio 2015. Informes en red nº13. Consejo Superior de Investigaciones científicas (CSIC). 2015. [Ultimo acceso 5 de julio de 2016]. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-estadisticasresidencias2015.pdf>
2. Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria. Manifiesto Abarán: el farmacéutico comunitario en la atención domiciliaria y sociosanitaria. Farmacéuticos Comunitarios. 2015; 7(1):3-4.
3. Grupo Mensor Servicios de Salud. La realidad económica de la Farmacia en España: Estudio del impacto económico en las oficinas de farmacia de las medidas de contención del gasto en medicamentos en los últimos diez años. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos; 2010. [Ultimo acceso 25 de octubre de 2015]. Disponible en: [http://www.portalfarma.com/Carga%2FINF.%2OESTAD%C3%8DSTICA%2FINFORMACI%C3%93N%2OESTAD%C3%8DSTICA%2FLA%2OREALIDAD%2OECON%C3%93MICA%2ODE%2OLA%2OFARMACIA%2OEN%2OESPAA%C3%91A/MENSOR\\_Enero2011.pdf](http://www.portalfarma.com/Carga%2FINF.%2OESTAD%C3%8DSTICA%2FINFORMACI%C3%93N%2OESTAD%C3%8DSTICA%2FLA%2OREALIDAD%2OECON%C3%93MICA%2ODE%2OLA%2OFARMACIA%2OEN%2OESPAA%C3%91A/MENSOR_Enero2011.pdf).
4. 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 (BOE nº98, de 24 de abril de 2012).
5. Decreto 39/2003, de 25 de abril, de las Islas Baleares, que establece los requisitos y condiciones sanitarias de los servicios de farmacia y depósitos de medicamentos en centros hospitalarios, penitenciarios y sociosanitarios, y establece el procedimiento para su autorización (BOIB nº 63, de 6 de mayo de 2003).
6. Art. 52 de la Ley 7/1998, de 12 de noviembre, de ordenación farmacéutica de las Islas Baleares (BOE nº 299, de 15 de diciembre de 1998).
7. Decreto 94/2010, de 4 de junio, de la Comunidad Valenciana, que regula las actividades de ordenación, control y asistencia farmacéutica en los centros sociosanitarios y en la atención domiciliaria (DOCV nº 6285, de 9 de junio de 2010).
8. Decreto 2/2014, de 24 de enero, que desarrolla la regulación de los servicios de farmacia y depósitos de medicamentos y productos sanitarios de los centros sociosanitarios de la Región de Murcia (BORM nº 22, de 28 de enero de 2014).
9. Ley 5/2015, de 19 de febrero, de modificación de la Ley 5/2005, de 27 de junio de 2005, de ordenación del servicio farmacéutico de Castilla-La Mancha (DOCM nº 40, de 27 de febrero de 2015).
10. Decreto 512/2015, de 29 de diciembre, de prestación farmacéutica en los centros sociosanitarios residenciales de Andalucía (BOJA nº 2, de 5 de enero de 2015).
11. Decreto 286/2003, de 18 de noviembre, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Farmacia Hospitalaria y los depósitos de medicamentos (BOA nº 144, de 1 de diciembre de 2003).



12. Baixauli VJ, Satué-de-Velasco E, Gil MI, Roig JC, Villasuso B, Sáenz-de-Buruaga S. Propuesta de la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFAC) sobre servicios profesionales farmacéuticos en farmacia comunitaria. *Farmacéuticos Comunitarios*. 2013; 5(3):119-126.
13. McCombs, J. S., G. Liu, et al. (1998). "The Kaiser Permanente/USC Patient Consultation Study: change in use and cost of health care services." *Am J Health Syst Pharm* 55(23): 2485-99.
14. Foro AF-FC. *Farmacéuticos*. 2015; 411: 24.
15. Cobián MB, Martínez F, Murillo MD, Sanz A, Satué E, Baixauli VJ. Propuesta de sistema retributivo de SEFAC para la prestación del servicio de dispensación al Sistema Nacional de Salud. *Farmacéuticos Comunitarios*. 2012; 4(4):146-164.

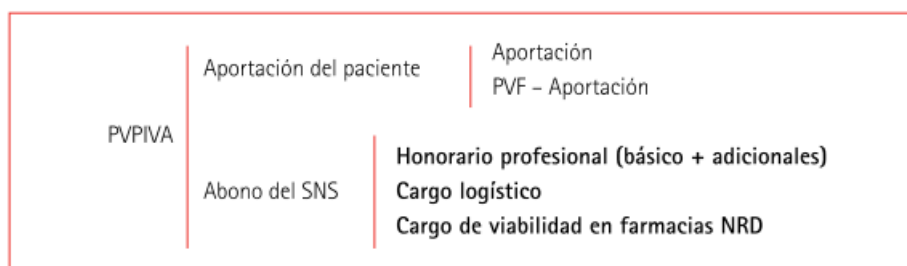
# 11. Anexos

## I. SPF de la farmacia comunitaria



## II. Modelo retributivo de la farmacia comunitaria basado en el pago por servicio

SEFAC ha planteado en repetidas ocasiones la necesidad de actualizar el sistema retributivo de la dispensación de medicamentos y de encontrar fórmulas homologables de los diversos SPF. En esta línea, en noviembre de 2012, SEFAC presentó una propuesta de sistema retributivo<sup>15</sup> que planteaba pasar del actual margen por producto a un pago por servicio, consistente en la siguiente fórmula:



En ella, la retribución del farmacéutico en la dispensación es casi por completo independiente del precio del medicamento, solo afectándole un pequeño cargo destinado a cubrir los costes logísticos. Este sistema permite una reorientación a la actuación asistencial antes que al mero suministro, y si es deseable como sistema retributivo de la dispensación del paciente ambulatorio no institucionalizado, todavía se adecua mucho mejor a la realidad de los centros sociosanitarios donde la necesidad de una actuación asistencial independiente de la adquisición del medicamento puede verse incrementada. En la práctica, el servicio de dispensación podría prestarse de dos maneras.

1. La adquisición, custodia y conservación de los medicamentos son función de la farmacia comunitaria, que pasaría a aplicar el modelo descrito al principio del apartado 8.
2. La adquisición la realizan centrales de compras públicas, que se encargarían de su custodia y conservación hasta el momento en que el farmacéutico los solicitara en función de la prescripción. En ese caso, el sistema de retribución sería similar al del punto a, excepto en que variaría el cargo logístico a la baja ya que el farmacéutico no incurriría en el coste de su adquisición.