



VNIVERSITAT D VALÈNCIA

DEPARTAMENTO DE FARMACOLOGÍA
PROGRAMA DE DOCTORADO: BIOMEDICINA Y FARMACIA

LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA EN LA ATENCIÓN
SOCIOSANITARIA

TESIS DOCTORAL

Presentada por:

Esther M^a Herrero Pérez

Dirigida por:

Adela Martín Villodre
Teresa M^a Garrigues Pelufo
Julio Muelas Tirado

Valencia, Abril 2014

VNIVERSITAT VALÈNCIA

Programa Oficial de Doctorado: Biomedicina y Farmacia

Dra. Adela Martín Villodre, Catedrática del Departamento de Farmacia y Tecnología Farmacéutica de la Universidad de Valencia y profesora honorífica de la Universidad de Valencia, Dra. Teresa M^a GarriguesPelufo, Catedrática del Departamento de Farmacia y Tecnología Farmacéutica de la Universidad de Valencia y Dr. Julio Muelas Tirado, Jefe del Servicio de Ordenación, Control y Vigilancia de Productos Farmacéuticos de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios de la Conselleria de Sanitat y profesor invitado de la Facultad de Farmacia de la Universidad de Valencia.

CERTIFICAN:

Que Dña. Esther M^a Herrero Pérez., Licenciada en Farmacia por la Universidad de Valencia, ha realizado bajo su dirección la presente Tesis titulada:

LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA EN LA ATENCIÓN SOCIO SANITARIA

para la obtención del título de Doctor.

Y para que así conste a los efectos oportunos, firman la presente certificación, en Burjassot, a 29 de abril de 2014.

Fdo. Adela Martín Villodre

Fdo. Teresa M^a Garrigues Pelufo

Fdo. Julio Muelas Tirado

AGRADECIMIENTOS

Los años dedicados a un proyecto de la envergadura de una tesis, no están exentos de alegrías y adversidades. En mi caso, estos últimos años han supuesto muchos cambios tanto a nivel personal como profesional. Son muchas las personas que me han ayudado a superar los contratiempos y me han dado ánimos a lo largo de este camino. Ayuda que ha sido imprescindible para conservar la constancia necesaria para finalizar este trabajo. Sería muy extenso nombrarlos a todos, por lo que en estas líneas me limito a aquellos que han tenido un papel más relevante y pido disculpas a los no nombrados.

Agradezco a mis directores de tesis la cariñosa acogida que me han dado durante todo el recorrido de la elaboración de este trabajo.

Concretamente a mi querida directora Adeláis por la dulzura en el trato, su paciencia y tesón en la revisión de esta tesis y la elegancia de sus aportaciones. Gracias por todo el tiempo que me has dedicado leyendo y releendo estas líneas. Gracias por tus consejos y el trato tan especial que me has brindado que me ha ayudado a disfrutar de toda esta andadura.

A Teresa, la energía positiva que me ha transmitido en todo momento, los ánimos y lo impecable de sus aportaciones metodológicas.

Las dos han sido para mí un ejemplo por su espíritu luchador para afrontar las adversidades personales y pese a ellas no abandonar nuestro proyecto.

A Julio, la generosidad en la transmisión de sus conocimientos. Su incondicional disponibilidad pese a las limitaciones de tiempo que se presentan al compaginar la vida profesional y personal.

Mi gratitud a los tres por ser un modelo a seguir, cada cual a su manera. Gracias por la confianza que habéis depositado en mí desde el primer momento hasta el último. Asimismo, por abrirme los ojos y ampliar mi perspectiva para abordar la problemática del asunto que trata la tesis.

A mi padre que aunque se ha ido antes de que llegue el momento de defender mi tesis, sé que estaría muy orgulloso e ilusionado.

A mi madre que desde siempre me ha transmitido la importancia del esfuerzo y me ha apoyado en todo lo que ha podido.

A mi hermano, por su ayuda en determinados momentos difíciles de mi vida profesional.

A mis amigos por animarme con este proyecto y ayudarme a despejarme tantas veces. En especial a Carla (pese a los kilómetros de distancia), a Irene, a Teresa, Aurora, Pili, Aticha y Lali (buenas amigas que han sabido escuchar cuando lo he necesitado), a Vicente Meneu por sus ánimos para finalizar la tesis. Por supuesto a Lon, Pío, Tavi y Miguel Ángel, siempre dispuestos a sacar una sonrisa y despejarte, pese a lo difícil que soy cuando me encierro para "estudiar".

Las horas, días, fines de semana, meses, vacaciones, años dedicados a la investigación y redacción de la tesis implican no disponer de ese tiempo para compartirlo con otras personas y disfrutar de otras experiencias. Por eso mi mayor deuda a nivel personal, es la adquirida con Juan que junto a mí, ha sacrificado una parte muy importante de su vida, me ha acompañado en los momentos difíciles y me ha dado muchas alegrías. Gracias por estar a mi lado en todo momento.

A mi padre ausente
A mi madre y hermano
A Juan

ÍNDICE

ABREVIATURAS	15
---------------------	-----------

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS	3
---------------------------------	----------

CAPÍTULO I. IMPACTO EN EL SISTEMA SANITARIO DE LA SITUACIÓN DEMOGRÁFICA Y SOCIAL	7
---	----------

1. BASES DEMOGRÁFICAS	7
------------------------------	----------

1.1 ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO. PROYECCIÓN DE EDAD DE LA POBLACIÓN MUNDIAL, EUROPEA Y ESPAÑOLA	7
--	---

1.2 EDAD Y DISCAPACIDAD. – Prevención, Rehabilitación e Igualdad de oportunidades	12
---	----

1.2.1 Situación en España	16
---------------------------	----

1.2.2 Dependencia	21
-------------------	----

1.3 POBLACIÓN DIANA – ATENCIÓN SOCIO SANITARIA – ATENCIÓN FARMACÉUTICA	22
--	----

1.4 DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA Y DENSIDAD DE LA POBLACIÓN MAYOR DE 65 AÑOS.	23
--	----

1.5 DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE LA POBLACIÓN QUE PRESENTA ALGUNA DISCAPACIDAD	24
--	----

2. GASTO SOCIAL Y SANITARIO	25
------------------------------------	-----------

2.1 GASTO SOCIAL EN RELACIÓN AL PIB	25
-------------------------------------	----

2.2 GASTO SANITARIO	27
---------------------	----

2.2.1 Gasto sanitario en relación al PIB	27
--	----

2.2.2 Gasto sanitario y población diana	32
---	----

CAPÍTULO II. CONCEPTO DE ATENCIÓN SOCIO SANITARIA Y TÉRMINOS RELACIONADOS. EVOLUCIÓN Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA	43
--	-----------

1. NIVEL INTERNACIONAL	43
-------------------------------	-----------

1.1 DEFINICIÓN DE DISCAPACIDAD - MINUSVALÍA - DEFICIENCIA - ACTIVIDAD - RESTRICCIONES DE PARTICIPACIÓN	46
--	----

1.2 CIE-CIDDM-CIF	48
-------------------	----

2. ESTRATEGIAS DE ATENCIÓN SOCIO SANITARIA EN EUROPA	51
---	-----------

2.1 PAUTAS DE CONVIVENCIA, APOYO INFORMAL, SERVICIOS FORMALES	51
---	----

2.2 DERECHO A LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES Y A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD	56
---	----

2.2.1 “Plan de Acción 2006-2015” y “Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea”	60
--	----

2.3	MODELOS DE PRESTACIÓN DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA: CUARTO PILAR DEL ESTADO DE BIENESTAR _____	62
2.3.1	Modelo universal _____	63
2.3.2	Modelo de protección de la Seguridad Social _____	64
2.3.3	Modelo asistencial _____	66
3.	LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA EN ESPAÑA _____	69
3.1	FUNDAMENTACIÓN CONSTITUCIONAL Y ATRIBUCIONES A LAS AUTONOMÍAS _____	69
3.2	SEGURIDAD SOCIAL: SERVICIOS SOCIALES Y ASISTENCIA SOCIAL _____	74
3.2.1	Servicios Sociales en las CCAA _____	75
3.3	LEY DE LA DEPENDENCIA: DERECHO SUBJETIVO DE CIUDADANÍA _____	79
3.3.1	Derecho subjetivo de ciudadanía _____	79
3.3.2	Modelo social de la dependencia _____	81
3.3.3	Principios inspiradores de la LD. Prestación sociosanitaria. _____	82
3.3.4	Participación social _____	85
3.3.5	Niveles de protección _____	85
3.3.6	Prestaciones tipo servicios y tipo económicas _____	86
3.3.7	Baremo de valoración de la dependencia (BVD) _____	88
3.3.8	Intensidades de protección de los servicios y cuantía de prestaciones económicas _____	90
3.3.9	Red de Servicios Sociales _____	92
3.3.10	Descentralización _____	93
4.	NECESIDAD DE REGULACIÓN DE LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA SOCIOSANITARIA _____	94

CAPÍTULO III. LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA SOCIOSANITARIA: DEFINICIÓN, PRINCIPIOS INFORMANTES DE LA REGULACIÓN Y MARCO COMPETENCIAL _____ 99

1.	PRESTACIÓN FARMACÉUTICA SOCIOSANITARIA _____	99
1.1	IMPORTANCIA DE LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA _____	103
2.	REGULACIÓN Y COMPETENCIAS _____	109
2.1	ORDENACIÓN SANITARIA _____	110
2.1.1	Estatal _____	110
2.1.2	Autonómica _____	116
2.2	ORDENACIÓN FARMACÉUTICA _____	117
2.2.1	Conciertos _____	118
3.	ÁMBITO Y POBLACIÓN DIANA _____	121
3.1	CENTROS SOCIOSANITARIOS _____	123

3.1.1	Centros residenciales _____	126
3.1.2	Centros de día _____	145

**CAPÍTULO IV. LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA SOCIOSANITARIA:
MODELOS DE GESTIÓN DE LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA EN LOS
CENTROS SOCIOSANITARIOS _____ 149**

1. PROCESO DE AUTORIZACIÓN DE LOS SERVICIOS FARMACÉUTICOS ____ 153

**2. TIPOS DE SERVICIOS FARMACÉUTICOS: SERVICIO DE FARMACIA, DEPÓSITO
DE MEDICAMENTOS Y BOTIQUÍN _____ 155**

2.1 Condiciones de implantación _____ 156

2.2 Sistema de vinculación de los distintos servicios farmacéuticos ____ 158

2.3 Requisitos de instalaciones y equipamiento _____ 166

2.3.1 Requisitos de superficie y áreas de trabajo _____ 166

2.3.2 Equipamiento, mobiliario, utillaje, material y bibliografía ____ 171

2.4 Recursos humanos _____ 172

2.4.1 Régimen de incompatibilidades _____ 178

2.4.2 Régimen de funcionamiento de los servicios _____ 179

2.5 Funciones del farmacéutico en los Servicios Farmacéuticos _____ 181

2.5.1 Fórmulas magistrales, preparados oficinales y medicamentos
especiales. _____ 184

2.5.2 Selección de medicamentos, productos sanitarios, dietética y nutrición
artificial. Guía farmacoterapéutica. _____ 188

2.5.3 Adquisición y suministro de medicamentos y productos sanitarios 193

2.5.4 Almacenamiento, custodia y conservación de los productos
farmacéuticos _____ 203

2.5.5 Cobertura de necesidades de medicamentos _____ 206

2.5.6 Sistemas de prescripción y dispensación _____ 209

2.5.7 Información, educación sanitaria y formación _____ 226

2.5.8 Farmacovigilancia, farmacocinética y estudios de URM _____ 230

2.5.9 Investigación clínica _____ 233

2.5.10 Colaboración con la atención primaria y especializada de la zona 235

2.6 Modo de facturación _____ 236

**3. PRESTACIÓN FARMACÉUTICA SOCIOSANITARIA EN PACIENTES NO
INSTITUCIONALIZADOS _____ 244**

DISCUSIÓN _____ 271

1. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO: ESCENARIO ACTUAL _____ 271

1.1 SITUACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA _____ 271

1.2 POLÍTICAS SOCIALES Y SANITARIAS ACTUALES _____ 272

1.3	CONSIDERACIONES ACERCA DE LA POBLACIÓN DESTINATARIA _____	280
1.4	OPORTUNIDAD DE LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA _____	281
2	OBJETIVOS DE LA REGULACIÓN DE LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA SOCIOSANITARIA _____	287
3	MARCO JURÍDICO ACTUAL Y DIRECCIÓN DE LAS POLÍTICAS FARMACÉUTICAS SOCIOSANITARIAS _____	289
4	LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA DOMICILIARIA: SISTEMA SOSTENIBLE __	306
	UN MODELO ALTERNATIVO _____	313
	RESUMEN _____	325
	CONCLUSIONES _____	329
	TABLAS Y FIGURAS _____	333
	NORMATIVA _____	395
	BIBLIOGRAFÍA _____	425

ABREVIATURAS

ABVD:	Actividades Básicas de la Vida Diaria
ADEFARMA:	Asociación de Empresarios de Farmacia de Madrid
AEMPS:	Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios
AFD:	Atención Farmacéutica Domiciliaria
ASSS:	Asistencia Sanitaria de la Seguridad Social
AVD:	Actividades de la Vida Diaria
AVS:	Agencia Valenciana de Salud
BITS:	Boletín Informativo de Trabajo Social
BVD:	Baremo de Valoración de la Dependencia
CCAA:	Comunidades Autónomas
CE:	Constitución Española de 1978
CEOFA:	Confederación Empresarial de Oficinas de Farmacia de Andalucía
CERMI:	Comité Español de Representantes de Minusválidos
CGCOF:	Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos
CIDDM:	Clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías.
CIE:	Clasificación Internacional de las Enfermedades.
CIF:	Clasificación Internacional del Funcionamiento y la Discapacidad.
CNC	Comisión Nacional de Competencia
COF:	Colegio Oficial de Farmacéuticos
COFOG:	Classification of Functions of Government
c.s.s.:	centro sociosanitario
DCI:	Denominación Común Internacional
DOE:	Denominación Oficial Española
DPD:	Real Decreto 727/2007, de 8 de junio, sobre criterios para determinar las intensidades de protección de los servicios y la cuantía de las prestaciones económicas de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia
EAP:	Equipo de Atención Primaria
EDAD 2008:	Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia 2008
EEUU:	Estados Unidos
EGSP:	Estadística de Gasto Sanitario Público
EVES:	Escuela Valenciana de Estudios de la Salud

EP:	Europa Press
EVLI	Esperanza de Vida Libre de Incapacidad
FEAPS:	Confederación española de organizaciones en favor de las personas con discapacidad intelectual
FENOFAR:	Federación Nacional de Oficinas de Farmacia
IECAs:	Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina
INE:	Instituto Nacional de Estadística
INGESA:	Instituto Nacional de Gestión Sanitaria
INSALUD:	Instituto Nacional de Salud
INSS:	Instituto Nacional de la Seguridad Social
ISFAS:	Instituto Social de las Fuerzas Armadas
IVA:	Impuesto sobre el Valor Añadido
LIONDAU:	Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad
LISMI:	Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos
LOF:	Ley de Ordenación Farmacéutica
LOPD:	Ley Orgánica de Protección de Datos
MIET:	Ministerio de Industria, Energía y Turismo
MSPS:	Ministerio de Sanidad y Política Social
MSSSI:	Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad
MUFACE:	Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado
MUGEJU:	Mutualidad General Judicial
OCDE:	Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico
OF:	oficina de farmacia
OMS:	Organización Mundial de la Salud
ONCE:	Organización Nacional de Ciegos Españoles
ONU:	Organización de las Naciones Unidas
OPIMEC:	Observatorio de Prácticas Innovadoras en el Manejo de Enfermedades Crónicas Complejas
PGE:	Presupuestos Generales del Estado
PIA:	Programa Individual de Atención
PIB:	Producto Interior Bruto
PRM	Problemas relacionados con los medicamentos
PVP:	Precio de Venta al Público
SAAD:	Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia
SAD:	Servicio de Atención Domiciliaria
SAFH:	Sociedad Andaluza de Farmacéuticos de Hospital
SCS:	Sistema de Cuentas de Salud
SF:	Servicio Farmacéutico
SFH:	Servicio Farmacéutico Hospitalario

SFT:	Seguimiento Farmacoterapéutico
SICOMEPS:	Sistema de Información, Control y Ordenación de Medicamentos y Productos Sanitarios de la Agencia Valenciana de Salud
SID:	Servicio de Información sobre Discapacidad
SIS:	Sistema de Información Sanitario
SNS:	Sistema Nacional de Salud
SRBS:	Servicio Regional de Bienestar Social de la Consejería
TCCM	Tribunal de Defensa de la Competencia de la Comunidad de Madrid
UE:	Unión Europea
UE-15:	primeros quince países que formaron parte de la UE
URM:	uso racional del medicamento
vgr:	verbigracia
Z.B.S.:	zona básica de salud

NORMATIVA ABREVIADA

NORMATIVA ESTATAL

CE	Constitución de 27 de diciembre de 1978 (BOE núm. 311, de 29 de diciembre)
Ley General de Sanidad	Ley 14/1986, de 25 abril, General de Sanidad (BOE núm. 102, de 29 de abril)
Ley del Medicamento	Ley 25/1990, de 20 diciembre, del Medicamento (BOE núm. 306, de 22 de diciembre)
Ley de Servicios de OF	Ley 16/1997, de 25 de abril, de Regulación de Servicios de las Oficinas de Farmacia (BOE núm. 100, de 26 de abril)
LCC	Ley 16/2003, de 28 mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (BOE núm.128, de 29 de mayo)
LGURM	Ley 29/2006, de 26 de julio, de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y los Productos Sanitarios (BOE núm. 178, de 27 de julio)
LD	Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (BOE núm. 299, de 15 de diciembre)
RD valoración dependencia	Real decreto 504/2007, de 20 de abril, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre de 2006, de

promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (BOE núm. 96, de 21 de abril 2007)

RDL 8/2010 Real Decreto-ley 8/2010, de 20 de mayo, por el que se adoptan medidas extraordinarias para la reducción del déficit público (BOE núm. 126, de 24 de mayo)

RDL 16/2012 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 núm. 98, de 24 de abril)

LEYES DE ORDENACIÓN FARMACÉUTICA AUTONÓMICAS:

LOF Andalucía	Ley 22/2007, de 18 de diciembre
LOF Aragón	Ley 4/1999, de 25 de marzo
LOF Asturias	Ley 1/2007, de 16 de marzo
LOF Baleares	Ley 7/1998, de 12 de noviembre
LOF Canarias	Ley 4/2005, de 13 de julio
LOF Cantabria	Ley 7/2001, de 19 de diciembre
LOF Castilla-La Mancha	Ley 5/2005, de 27 de junio
LOF Castilla y León	Ley 13/2001, de 20 de diciembre
LOF Cataluña	Ley 31/1991, de 13 de diciembre
LOF Extremadura	Ley 6/2006, de 9 de noviembre
LOF Galicia	Ley 5/1999, de 21 de mayo
LOF La Rioja	Ley 8/1998, de 16 de junio
LOF Madrid	Ley 19/1998, de 25 de noviembre
LOF Murcia	Ley 3/1997, de 28 de mayo
LOF Navarra	Ley 12/2000, de 16 de noviembre
LOF País Vasco	Ley 11/1994, de 17 de junio
LOF Valencia	Ley 6/1998, de 22 de junio

OTRAS

D 94/2010 Decreto 94/2010, de 4 de junio, del Consell, por el que se regulan las actividades de ordenación, control y asistencia farmacéutica en los centros sociosanitarios y en la atención domiciliaria (DOGV núm. 6.285, de 9 de junio 2010).

D 39/2003 Decreto 39/2003, de 25 de abril, por el que se establecen los requisitos y condiciones sanitarias de los servicios de farmacia y depósitos de medicamentos en centros hospitalarios, penitenciarios y sociosanitarios, y se establece el procedimiento para su autorización (BOIB núm. 63, de 6 de mayo)

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El municipio en el que he desarrollado durante casi once años mi labor profesional (Cirat, en la provincia de Castellón), tenía una población, principalmente en época no vacacional, en gran medida mayor de 65 años. En mi trabajo como farmacéutica comunitaria observé que este grupo de pacientes es el que más necesita la atención farmacéutica. Con frecuencia estas personas presentan también cierto grado de dependencia, ya sea por sus limitaciones en la movilidad, deterioro cognitivo,... Confirmé con el tiempo que sus necesidades no se ceñían exclusivamente a una atención sanitaria, sino también de tipo social y, sin embargo, no había canales establecidos de coordinación. Es más, la prestación sanitaria y farmacéutica se centran principalmente en la atención a agudos, pese a que los que más la solicitan son pacientes crónicos. Por ello, se planteó a finales de 2008, como objetivo principal de mi proyecto de Tesis Doctoral estudiar el papel del farmacéutico de oficina de farmacia (también llamado farmacéutico comunitario) en este aspecto.

Como sub-objetivos se propusieron:

- revisar cuál era la realidad demográfica tanto a nivel nacional, europeo y mundial y las inversiones en cada caso a nivel social y sanitario
- revisar los modelos de atención a las personas dependientes a nivel europeo y en España.
- revisar el marco competencial que regula la prestación farmacéutica sociosanitaria en España
- analizar el papel del farmacéutico comunitario en la prestación farmacéutica sociosanitaria en las Comunidades Autónomas (en adelante, CCAA) y su evolución desde 2010 hasta diciembre de 2013. (La búsqueda de información se ha realizado hasta diciembre de 2013, por lo que no figuran en la tesis actualizaciones normativas posteriores)
- proponer un modelo alternativo factible que aproveche la amplia red de OF que existen en España y la figura del farmacéutico

comunitario para atender las necesidades de este grupo poblacional.

Se trata de un estudio pionero en el tema, especialmente por cuanto se relaciona con la atención farmacéutica comunitaria, que está poco documentada. En este marco, para reunir información lo más actualizada posible, ha sido necesario recurrir como fuentes bibliográficas, principalmente en cuanto a iniciativas y realidades prácticas, a fuentes primarias de noticias.

**CAPITULO I:
IMPACTO EN EL SISTEMA SANITARIO DE
LA SITUACIÓN DEMOGRÁFICA Y
SOCIAL**

CAPÍTULO I. IMPACTO EN EL SISTEMA SANITARIO DE LA SITUACIÓN DEMOGRÁFICA Y SOCIAL

Para valorar la relevancia del tema que se analiza en esta tesis es preciso conocer la evolución de la situación demográfica y social mundial, del entorno europeo y, concretamente, de España. En este primer capítulo se aborda el impacto que produce este proceso en el sistema sanitario actual como parte integrante del sistema social, y especialmente en el gasto farmacéutico.

1. BASES DEMOGRÁFICAS

La demanda de cuidados para personas con dependencia se ha visto incrementada en los últimos años. En este apartado se plasma cómo esta tendencia de la evolución demográfica seguirá aumentando en las próximas décadas. Estas circunstancias actual y futura hacen que uno de los grandes retos de las políticas sociales sea la atención a la dependencia.

1.1 ENVEJECIMIENTO DEMOGRÁFICO. PROYECCIÓN DE EDAD DE LA POBLACIÓN MUNDIAL, EUROPEA Y ESPAÑOLA

La segunda mitad del siglo XX ha sido escenario de una importante revolución demográfica. Desde 1945 en que se produce la publicación del estudio científico pionero en la materia¹, se han llevado a cabo numerosas proyecciones al respecto. La elaborada por la ONU (Organización de las Naciones Unidas) muestra un incremento del envejecimiento poblacional sin precedentes en la historia de la humanidad. Estima que en el año 2040, aproximadamente, se duplicará el porcentaje de población mayor de 65 años que hay actualmente en

¹ NOTESTEIN publica una serie de artículos sobre la transición demográfica desde 1945 hasta 1953. (El primero de los cuales es: NOTESTEIN FW. Population the long view, in E. Schultz (ed.), FOOD FOR THE WORLD, UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS, 1945. págs. 36-56.) En ellos se describe el fenómeno de la transición demográfica, también llamada, revolución demográfica. Éste consiste en el paso de los niveles de natalidad y fecundidad altos y sin control, a niveles bajos y controlados, a través de un período intermedio dentro del cual el descenso de la mortalidad antecede al de la natalidad, generando un crecimiento rápido de la población.

el mundo. Se calcula que si en 2010 el 7,6% de la población mundial es mayor de 65 años, en 2040 se llegará al 14,2%, y en 2050 al 16,2%². Los datos correspondientes se muestran en la *Tabla 1*³.

En Europa, debido a su desarrollo socioeconómico, se parte de una población considerablemente más envejecida que la media mundial. De forma que en 2010 la población mayor de 65 años representa el 16,3% del total, lo que coincide con el porcentaje estimado a nivel mundial para 2050 (16,2% que corresponde a 1.486.861 miles de personas). Además, se calcula que debido al descenso de la natalidad, junto con el descenso de la mortalidad, a causa de las mejoras sanitarias y sociales propias de los países desarrollados, prácticamente se duplicará este porcentaje en 2050 (27,4% que corresponde a 189.118 miles de personas)⁴.

Por su parte, España sigue la misma trayectoria que el resto de Europa. Desde 1990 se refleja un incremento de la población mayor de 65 años. En efecto, ha variado desde un 13,6% en 1990 hasta un 17,4% en 2012⁵, y se prevé que siga aumentando progresivamente hasta alcanzar un valor de 31,8% en 2050. Dicho porcentaje se halla muy por encima del pronóstico a nivel mundial (16,2%) y es algo superior a la media europea (27,4%).

² UNITED NATIONS. Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat. World Population Prospects: the 2008 Revisions Population Database. [acceso 8 de febrero de 2010]. Disponible en: <http://esa.un.org/unpp>

³ *Ibidem*

⁴ Para el cálculo al que se alude en este párrafo, las ONU definen la región de Europa como la comprendida por los países: Este de Europa: Bielorrusia, Bulgaria, República Checa, Hungría, Polonia, República de Moldavia, Rumania, Rusia, Eslovaquia, Ucrania; Norte de Europa: Islas del Canal, Dinamarca, Estonia, Islas Feroe, Finlandia, Islandia, Irlanda, Letonia, Lituania, Noruega, Suecia, Reino Unido, Norte de Irlanda; Sur de Europa: Albania, Andorra, Bosnia Herzegovina, Croacia, Gibraltar, Grecia, Vaticano, Italia, Malta, Montenegro, Portugal, San Marino, Serbia, Eslovenia, España, Antigua Yugoslavia, República de Macedonia; Oeste de Europa: Austria, Bélgica, Francia, Alemania, Liechtenstein, Luxemburgo, Mónaco, Países Bajos, Suiza.

⁵ ABELLÁN GARCÍA A, AYALA GARCÍA A. Un perfil de las personas mayores en España, 2012. Indicadores estadísticos básicos. [Internet] IMSERSO; 2001 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/pm-indicadoresbasicos12.pdf>

Otro ejemplo de proyección de la población en España es el elaborado por el Instituto Nacional de Estadística (INE) para el período de 2009 a 2019⁶. Según esta proyección, en 2019 se contará con una población mayor de 64 años del 19%, frente al 16,9% con que se contaba en 2009, cuando se realizó el estudio. Valores, como puede observarse, semejantes a los publicados por las ONU.

Como se ha comentado, el incremento de la población mayor de 65 años es un acontecimiento generalizado en todo el mundo. El fenómeno se ha denominado “envejecimiento de la población” por el mayor peso porcentual de las personas mayores, lo que provoca un aumento de la edad media de la población. El incremento del número de personas mayores es un factor esencial y se debe a una mayor esperanza de vida⁷ a nivel mundial y, en mayor medida, en los países desarrollados, como puede observarse en la *Tabla 2*⁸.

⁶ INE. Proyección de la población de España a corto plazo, 2009-2019. Notas de prensa. [internet] [s.l.] INE. NOTAS DE PRENSA. 19 de noviembre de 2009 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np576.pdf>

⁷ La variación de la esperanza de vida en el último siglo ha sido espectacular. A principios del siglo XX se situaba en 33,9 años en los varones y 35,7 las mujeres. Según datos publicados por el INE en enero de 2012, la esperanza de vida en España se ve incrementada en 2010 (varones 78,94 y mujeres, 84,91), y sufre un ligero descenso en el período de julio de 2010 a junio de 2011 respecto del primer semestre, en varones a 78,87 años y en mujeres a 84,82 años.

ABELLÁN indica que desde comienzos del siglo XX la cifra de mayores ha aumentado siete veces, y la octogenaria se ha multiplicado por 13 (en 2002 eran 1.584.780). Mientras que el total de la población únicamente se ha multiplicado por dos.

Según se indica en el Informe 2010, la tendencia es a igualarse la esperanza de vida entre hombres y mujeres por la extensión a estas últimas de hábitos de vida nocivos (estrés, tabaco y alcohol), junto con las características propias del proceso de envejecimiento, discapacidad y enfermedades degenerativas.

Debe apuntarse que una mayor esperanza de vida, no implica una mayor calidad de vida. Para conocer esta situación se hace uso del indicador EVLI (Esperanza de Vida Libre de Incapacidad). Como datos, en 2008 la EVLI de los varones a los 65 años se situaba en 13,1 años, frente a los 13,6 de las mujeres. Y la EVLI grave a los 65 años en varones era de 14,2 años y en mujeres de 15 años. Por lo que la ganancia de años en la esperanza de vida, multiplica sus posibilidades de vivirlos en situaciones de discapacidad.

Los datos presentados en la *Tabla 2* están redondeados por lo que no se aprecia el incremento de la esperanza de vida en mujeres desde 2009 cuyo valor era de 84,56 años.

Esta nueva realidad se ha gestado, sin duda, gracias a una importante mejora en los servicios sanitarios, extensiva, en distintos grados, a todos los países. En muchos de ellos, especialmente en Europa, se ha consolidado la universalización de estos servicios.

En 2008, España, con un 17,2% (7.777 miles de personas de 65 y más años, se posicionaba como el cuarto país a nivel mundial con mayor esperanza de vida. En el primer puesto se encontraba Japón con un 22,6% (que representan 28.667 miles de personas) (pág. 43 INFORME 2010)

De forma paralela, en los últimos años se ha incrementado el número de personas afectadas por patologías que conllevan un cierto grado de dependencia⁹. Este hecho no se debe únicamente a un envejecimiento de la población sino también a una mejoría significativa en su

ABELLÁN GARCÍA A, PÉREZ ORTIZ L, SANCHO CASTIELLO MT. Las personas mayores en España, 2013. Indicadores básicos [Internet] IMSERSO; 2001 [acceso 1 de abril de 2014]; 3. Disponible en:

<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos13.pdf>

IMSERSO. OBSERVATORIO DE PERSONAS MAYORES. Informe 2010. Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas. [monografía en internet]. Madrid: IMSERSO; 2012 [acceso 1 de abril de 2014]; págs. 37-38. Disponible en:

http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/22023_in f2010pm_v1.pdf

INE. Movimiento Natural de la Población e Indicadores Demográficos Básicos. Datos definitivos de 2010 y avanzados del primer semestre de 2011. [internet]. [s.l.]. INE. NOTAS DE PRENSA. 18 de enero de 2012. [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np697.pdf>

⁸ OMS. Estadísticas sanitarias mundiales 2011. Esperanza de vida y mortalidad. [acceso 1 de abril de 2014]; págs. 54-55. Disponible en:

http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/ES_WHS2011_Full.pdf

⁹ En la LD se define la dependencia como «el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar ABVD o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal» (art. 2.2).

asistencia, lo que permite prolongar las expectativas de supervivencia con buena calidad de vida en todas las edades¹⁰.

Este fenómeno está impulsando importantes cambios en los ámbitos social, económico y político. En concreto, en el ámbito social, produce un impacto importante en la organización de los servicios sanitarios ya que el proceso de envejecimiento puede desarrollar efectos fisiológicos negativos que es necesario prevenir y contrarrestar para asegurar una mejor calidad de vida y mantener altos niveles de autonomía¹¹ durante el mayor tiempo posible. Evidentemente, este hecho determina un incremento del coste sanitario que repercute directamente en el ámbito económico y que debe proveer el Estado (artículos 41, 43 y 50 de la Constitución Española¹², en adelante CE). Debe observarse que al incremento del coste sanitario debido a la población mayor de 65 años, debe sumarse el del grupo de personas con cierto grado de dependencia o que presentan alguna discapacidad no incluidas en este grupo¹³.

¹⁰ Resulta interesante el cambio que propone PÉREZ DÍAZ al denominar "rejuvenecimiento demográfico" al habitualmente llamado "envejecimiento demográfico", ya que, según indica, realmente lo que se alarga es la infancia y la juventud. De manera que no es que se prolongue la vejez, sino que se pospone su llegada a causa de la mejor calidad de vida que se disfruta en la actualidad.

PÉREZ DÍAZ J. Demografía y envejecimiento. Portal Mayores, Informes Portal Mayores, nº 51. Lecciones de Gerontología, I [Internet]. Madrid;. 9 de junio de 2006. [acceso 1 de abril de 2014]: págs. 14-15. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/perez-demografia-01.pdf>

¹¹ Se entiende por autonomía «la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria» (Ley 29/2006, de 26 de julio, de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y los Productos Sanitarios (BOE núm. 178, de 27 de julio) art.2.1, en adelante LGURM).

¹² CE de 27 de diciembre de 1978 (BOE núm. 311, de 29 de diciembre) arts. 41, 43, 50

¹³ La OMS define la discapacidad como «un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. La discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre la persona y la sociedad en la que vive».

GARCÍA ANTÓN MA. Manual Práctico. Las 101 dudas más frecuentes sobre la Ley de Dependencia [monografía en internet]. Madrid: SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA; 2012 [acceso 29 de mayo de 2012]. Disponible en:

Tanto las personas dependientes como los enfermos y los discapacitados requieren una serie de servicios sociales cuya inexistencia ha supuesto la necesidad de un gran despliegue de recursos para subsanar la situación. Entre estos servicios cabe hacer referencia:

- A los de prevención de las situaciones de dependencia, cuya finalidad es prevenir la aparición o agravamiento de discapacidades,
- Al de teleasistencia que aporta asistencia al beneficiario a través de medios tecnológicos de comunicación,
- Al de ayuda a domicilio para atender necesidades del hogar en la vida diaria,
- Al de centros de día y de noche que ofrecen una atención integral. Este tipo de servicio implica la atención al beneficiario para mejorar o mantener su autonomía personal y el apoyo a las familias o cuidadores,
- Por último, al servicio de atención residencial, ya sea temporal o permanente¹⁴.

1.2 EDAD Y DISCAPACIDAD. – Prevención, Rehabilitación e Igualdad de oportunidades

Al sector de la población mayor de 65 años, que puede precisar de los servicios sanitarios¹⁵ y sociales, debe sumarse también la población que sufre algún tipo de discapacidad.

<http://www.discapnet.es/Castellano/comunidad/websocial/Recursos/Documentos/Tecnica/Paginas/101-dudas-Ley-dependencia.aspx?pasaCustom=DEPENDENCIA+FUNCIONAL+Y+VIDA+ACTIVA&url=listado.aspx&page=1>

¹⁴ LD art. 15

¹⁵ El contenido de la cartera de servicios sanitarios del SNS es establecido por el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización (BOE núm. 222, de 16 de septiembre) y posteriores actualizaciones. Consta de atención primaria, especializada y de urgencia (modificada por el Real Decreto 1506/2012, de 2 de noviembre, por el que se regula la cartera común suplementaria de prestación ortoprotésica del Sistema Nacional de Salud y se fijan las bases para el establecimiento de los importes máximos de financiación en prestación ortoprotésica (B.O.E., núm. 265 de 3 noviembre)) y las prestaciones de salud pública, farmacéutica, ortoprotésica, de productos dietéticos y de transporte sanitario.

La etiología de la discapacidad es muy diversa. Desde enfermedades congénitas, polución ambiental, guerras, catástrofes y malnutrición, que se pueden producir en cualquier país del mundo hasta otras, más propias de los países desarrollados, como son los accidentes de tráfico, accidentes y enfermedades laborales o las enfermedades cardiovasculares y metabólicas derivadas de una dieta inadecuada y del consumo de tabaco y alcohol, así como de la edad avanzada que en numerosas ocasiones conlleva una pluripatología que puede generar situaciones de discapacidad, según su definición. Debe recordarse también que una de las causas de que la prevalencia de la discapacidad aumente es la mejora de los servicios sanitarios, como se comentaba anteriormente, extensiva a todos los países, en diferentes grados y que ha permitido incrementar las expectativas de vida y, a la vez, mejorar su calidad.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se calcula que aproximadamente 650 millones de personas en el mundo viven con algún tipo de discapacidad¹⁶, lo que representa alrededor de un 10% de la población mundial (representa alrededor de un 15,6% de la población con 18 años o más en 2004, que oscila del 11,8% en los países con ingresos medios-altos al 18% en los de ingresos bajos¹⁷). La discapacidad afecta principalmente a los países en vías de desarrollo, a los que les corresponde, aproximadamente, dos tercios del total mundial de discapacitados¹⁸.

La preocupación de los países por la situación de discapacidad cuenta ya con más de medio siglo de historia. De hecho, la ONU, en sus primeros años de trabajo con personas discapacitadas – en torno a 1945 – ya tenía como objetivo proporcionarles una perspectiva de

¹⁶ WHO. Disability and Rehabilitation. Programmes and Projects. [Internet]. [s.l.]. WHO; 2012. [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/disabilities/en/>

¹⁷ WHO. Disability – a global picture. En: WHO. World report on disability 2011. Malta: WHO. 2011. [acceso 1 de abril de 2014]; págs. 19-54. Disponible en: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf

¹⁸ Naciones Unidas. Introducción. En: La ONU y las personas con discapacidad. Historia de la discapacidad y las Naciones Unidas. [Internet]. [s.l.]. 2011. [acceso 17 de mayo de 2012]. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/esa/social/disabled/dis50y01.htm>

bienestar¹⁹. Para ello, se apostó en principio por la prevención y rehabilitación de las discapacidades y posteriormente se añadió el propósito de alcanzar la igualdad de oportunidades.

Antes de continuar con la exposición, resulta oportuno detenerse en un breve inciso para comentar estos tres conceptos. Así pues, la prevención y rehabilitación se relacionan con la presencia de ciertos atributos propios del individuo (o su ausencia), y pueden requerir necesidades especiales. La prevención, comprende las medidas dirigidas a prevenir la aparición de deficiencias mentales, físicas y sensoriales (prevención primaria), o bien, dirigidas a evitar que las deficiencias que ya se han producido desemboquen en consecuencias físicas, psicológicas y sociales negativas (prevención secundaria). Por su parte, la rehabilitación pretende, en un período de tiempo limitado, optimizar la funcionalidad desde el punto de vista mental, físico y/o social, de aquellas personas que presenten deficiencias, de manera que cuenten con medios para modificar su propia vida.

El tercer propósito de la ONU – alcanzar la igualdad de oportunidades – está relacionado con la construcción de un entorno adecuado que se adapte razonablemente a las necesidades especiales que puedan tener las personas discapacitadas. Consiste en el proceso a través del cual el sistema general de la sociedad, que engloba el entorno físico y cultural, las viviendas y el transporte, los servicios sociales y sanitarios, las oportunidades de educación y de trabajo, la vida social y cultural, incluyendo las instalaciones deportivas y de recreo, se pone a disposición de todos²⁰.

A lo largo de los últimos 50 años, se han desarrollado programas a nivel global, y planes de tipo social y sanitario a nivel internacional y nacional²¹, así como otros proyectos a nivel local con el fin de afrontar

¹⁹ ONU. Los primeros años: 1945-1955. En: La ONU y las personas con discapacidad. Historia de la discapacidad y las Naciones Unidas. [Internet]. [s.l.]. [acceso 17 de mayo de 2012]. Disponible en:

<http://www.un.org/spanish/esa/social/disabled/dis50y20.htm>

²⁰ ONU. ¿Qué significa discapacidad? En: La ONU y las personas con discapacidad. Historia de la discapacidad y las Naciones Unidas [Internet]. ONU [acceso 17 de mayo de 2012]. Disponible en:

<http://www.un.org/spanish/esa/social/disabled/dis50y10.htm>

²¹ Un ejemplo de estos programas a nivel mundial es el “Disability and Rehabilitation. WHO Action Plan 2006-2011”, en el que se muestran las actividades a realizar en este período. En el ámbito internacional, se puede citar el *Plan de Acción del Consejo de Europa, adoptado por el Consejo Europeo de*

la discapacidad desde las perspectivas de la prevención, rehabilitación y, cada vez más, de la integración en la sociedad. En concreto, con la intención de lograr la aplicación de los derechos humanos e incrementar la calidad de vida de las personas discapacitadas.

Con el fin de calibrar las necesidades actuales y futuras de los cuidados en situaciones de discapacidad, se han elaborado encuestas, a nivel europeo, para determinar la prevalencia, causas y gravedad de las discapacidades. Como ejemplo de estas encuestas pueden citarse la "Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe" (SHARE), la "European Statistics of Income and Living Condition" (EU-SILC) y la "European Social Survey" (ESS)²², publicadas las dos primeras en 2006 y

*Ministros el 5 de abril de 2006, para la promoción de los derechos y la plena participación de las personas con discapacidad en la sociedad: mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad en Europa 2006-2013, a través del cual se recomienda a los Estados miembros que introduzcan sus políticas relacionadas con la materia teniendo en cuenta sus estructuras nacionales, regionales y locales. A nivel nacional el Ministerio de Sanidad y Política Social (en adelante, MSPS) ha impulsado *Plan de Acción para las Personas con Discapacidad 2006-2015*, en el que para su elaboración se ha tenido en cuenta el Plan de Acción del Consejo de Europa mencionado anteriormente.*

²² ESPARZA CATALÁN C, ABELLÁN GARCÍA A. La discapacidad en Europa. [Internet]. Madrid: PORTAL MAYORES, INFORMES PORTAL MAYORES; 29 de septiembre de 2009, versión 3. [acceso 1 de abril de 2014]; (93). Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/pm-disca-en-europa-2006-v3.pdf>

[La "Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe" 2006. (SHARE), es una encuesta longitudinal sobre salud, economía y condiciones sociales de la población de 50 y más años llevada a cabo en 13 países, y donde se excluye a personas institucionalizadas.

SHARE. [Internet]. [s.l.]. 2012. [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.share-project.org/>

La "European Statistics of Income and Living Condition" (EU-SILC) realizada por Eurostat en 2006 con 14 países, amplía progresivamente el número de países encuestados y alcanza los 26 y 29 para los estudios longitudinal y de corte respectivamente en 2011.

European Commission. [Internet] [s.l.] [actualización 4 de octubre de 2010; acceso 1 de abril de 2014]. Eurostat. Access to microdata. European Union Statistics on Income and Living Conditions. Disponible en: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/microdata/documents/EN-EU-SILC-MICRODATA.pdf>

la última en 2010. Estas encuestas permiten conocer la situación de discapacidad del territorio europeo, sin embargo, los diferentes matices de elaboración, impiden la comparación de sus resultados.

1.2.1 Situación en España

En España, en 2013, dentro del grupo de población mayor de 65 años (incluida la de 65 años) se encontraban un total de 8.335.861 de personas²³ (que es casi el total de la población de Andalucía en 2013: 8.440.300²⁴), lo que representa un 17,2% del total de la población. Como se ha indicado, a este sector de la población, que puede precisar de los servicios sanitarios y sociales, debe sumarse también la población que sufre algún tipo de discapacidad.

Se ha visto que a nivel europeo, se realizan encuestas que favorecen el conocimiento de la realidad en cuanto a la situación de dependencia. Por su parte, en España también se investiga sobre la situación que existe en este aspecto, para conocer las necesidades actuales y futuras del país.

En el Libro Blanco sobre la Dependencia²⁵ publicado en 2005, ya se explicaba que la evolución futura de la población vendrá determinada por el proceso de envejecimiento, el cual no es lineal y uniforme en el tiempo, sino que está condicionado por los acontecimientos que van sucediéndose. De hecho, la historia de España muestra que a partir de

“European Social Survey” 2010. (ESS), ronda 5. (European Social Survey. [Internet]. Norway. Norwegian Social Science Data Services. 2012. [acceso 1 de abril de 2014]. ESS DATA [una pantalla]. Disponible en: <http://ess.nsd.uib.no/>

²³ INE. Estadística del padrón continuo a 1 de enero de 2013. Datos a nivel nacional, comunidad autónoma y provincia. Nacional. Población (españoles/extranjeros) por edad (año a año) y sexo. [internet]. INE. [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>

²⁴ INE. Estadística del padrón continuo a 1 de enero de 2013. Datos a nivel nacional, comunidad autónoma y provincia. CCAA. Población por comunidades y provincias, lugar de nacimiento y sexo. [internet]. INE. [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>

²⁵ MTAS, IMSERSO. Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco. 2004. [monografía en Internet]. Madrid: MTAS, IMSERSO. 2005. [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: http://www.empleo.gob.es/es/publica/pub_electronicas/destacadas/revista/numeros/60/Est03.pdf

Colectivo (ABELLÁN A) - *Libro Blanco. Atención a las personas en situación de dependencia en España* - MTAS. IMSERSO - vol. 0 - 2006 – 820 págs.

principios del siglo XX en que la natalidad era de un 34,5%, ésta comienza a reducirse paulatinamente, sobre todo a partir de 1910. Se produce un brusco descenso con la Guerra Civil –1936-1939– (21,6 %) y sigue disminuyendo hasta 1955 (20,3 %). Años más tarde, entre 1956 y 1965 se recupera ligeramente (se alcanzan tasas en torno al 21%), aunque sin llegar a los valores de principios de siglo. El aumento de natalidad hacia los años sesenta fue propiciado por la bonanza socioeconómica y se conoce como “*baby-boom*” por el considerable incremento de personas jóvenes; aunque en realidad se debió tanto al aumento de natalidad como al descenso de mortalidad.

El descenso de mortalidad comenzó también a principios de siglo y continuó progresivamente, a excepción de dos sucesos que redujeron sensiblemente la población (la gripe española de 1918-1920 y la Guerra Civil de 1936-1939)^{26,27}. Según estos estudios, cabía esperar un incremento del número de personas mayores de 65 años susceptibles de formar parte del grupo de personas con dependencia a partir del comienzo del siglo XXI, ya que presumiblemente aumentaría de forma importante el grupo de mayores de 65 a 75 años en la segunda década de este siglo. Sin embargo, las considerables mejoras de las condiciones sociales y sanitarias, así como una mayor conciencia en la población de la conveniencia de desarrollar hábitos de vida saludables y actuaciones preventivas han propiciado una reducción en el número de dependientes, de tal manera que ha disminuido su número aun habiendo aumentado la población mayor de 65 años.

En 2008 se ha podido comprobar la evolución de estas previsiones en el análisis realizado a partir de la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD 2008)²⁸. La citada

²⁶ BLANES A, GIL F y PÉREZ D. Población y actividad en España: evolución y perspectivas. [monografía en Internet]. BARCELONA, SERVICIO DE ESTUDIOS DE “LA CAIXA”, 1996. [acceso 1 de abril de 2014]: págs. 28-29. Disponible en: <http://digital.csic.es/bitstream/10261/5581/1/PerezEsp1996.pdf>

²⁷ PÉREZ DÍAZ J. Tesis doctoral: Transformaciones sociodemográficas en los recorridos hacia la madurez. Las generaciones españolas 1906-1945. Los efectivos generacionales en el tiempo. [tesis doctoral en Internet]. Universidad Nacional de Educación a Distancia. Facultad de Ciencias Políticas y Sociología. Departamento de Sociología II; 2001 [acceso 1 de abril de 2014]: págs.22 y 57. Disponible en: <http://digital.csic.es/bitstream/10261/16849/1/Tesis.pdf>

²⁸ INE. Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia. (EDAD 2008). [internet]. [s.l.]. INE. Notas de Prensa. 4 de noviembre de 2008. [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np524.pdf>

encuesta fue realizada por el INE con el apoyo del Ministerio de Sanidad y Política Social, y el sector de la discapacidad a través de la Fundación ONCE (Organización Nacional de Ciegos Españoles), del CERMI (Comité Español de Representantes de Minusválidos) y la FEAPS (Confederación española de organizaciones en favor de las personas con discapacidad intelectual), para atender a la demanda de información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (en adelante, SAAD)²⁹. La encuesta investiga la percepción subjetiva de las personas sobre sus limitaciones físicas, la causa de sus limitaciones, su gravedad y las ayudas recibidas. Para su elaboración se consideraron 44 tipos de discapacidades clasificadas en 8 grupos: visión, audición, comunicación, aprendizaje y aplicación de conocimientos y desarrollo de tareas, movilidad, autocuidado, vida doméstica e interacciones y relaciones personales.

Dicha encuesta consta de dos etapas:

- EDAD 2008-hogares, dirigida a viviendas familiares

- EDAD 2008-centros, dirigida por primera vez a centros de personas mayores, centros de personas con discapacidad, hospitales psiquiátricos y hospitales geriátricos.

A partir de los resultados de esta encuesta se confirma que hay un aumento de población mayor de 64 años, que corresponde al grupo en el que más incide la discapacidad, y sin embargo se aprecia una disminución de su tasa que pasa de un 9% del total de la población en 1999 a un 8,5% en el año 2008, lo que corresponde a 3.85 millones de personas. Al comparar con los valores estimados por la OMS a nivel mundial, comentados anteriormente, se comprueba que está por debajo de la media mundial (8,5% en España frente a 10% mundial), lo que es habitual en los países más desarrollados.

²⁹ La finalidad principal del SAAD es la de garantizar las condiciones básicas y la previsión de los niveles de protección a todas las personas en situación de dependencia, sirviendo de cauce tanto para la colaboración y participación de las Administraciones Públicas, como para la optimización de los recursos públicos y privados disponibles. La encuesta EDAD-2008 se constituye como una base estadística para guiar la promoción de la autonomía personal y la prevención de las situaciones de dependencia.

IMSERSO. [internet]. [s.l.]. Gobierno de España. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. SAAD. IMSERSO; 2009. [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: http://www.imserso.es/dependencia_01

Si se analiza con detalle a qué intervalo de edad corresponde esta reducción de la tasa de discapacidad, se observa que se produce principalmente entre las personas de 75 a 79 años y entre las de 80 a 84 años. Sin embargo, en la franja de edad desde los 6 hasta los 64 años no ha variado desde 1999 hasta 2008.

Los resultados de “EDAD 2008” permiten, asimismo, vislumbrar la importancia y extensión de la discapacidad.

Por una parte, en 3,3 millones de hogares españoles (es decir, en un 20% del total) reside al menos una persona que afirma tener una discapacidad. Merece especial atención el dato de que en 608.000 de estos hogares, la persona con discapacidad vive sola.

Por otra parte, si se atiende al ámbito de la población institucionalizada, se observa que se agudiza la magnitud del problema, ya que aumenta la proporción de personas que presentan alguna discapacidad. De las 300.000 personas que residen en centros, ya sean centros de personas mayores, centros para personas con discapacidad, hospitales geriátricos o psiquiátricos, 269.000 afirman tener alguna discapacidad, lo que representa el 92,7% de las mismas. Cabe mencionar que, del colectivo que reside en centros, el 82,6% tiene 65 años o más.

Se constata pues, que el mayor número de personas con discapacidad se produce debido al aumento de la población y al aumento de la esperanza de vida, pero que se ha ido reduciendo la tasa además de desarrollarse la discapacidad a edades más tardías, debido a las mejoras en salud³⁰, conciencia de hábitos saludables y actuaciones preventivas^{31,32}.

³⁰ La crisis económica que atraviesa España se está traduciendo en una reducción de la actividad financiera y económica, con una caída del 3,7% del PIB en 2009, un 0,1% en 2010, un 0,4% en 2011 y una previsión para 2012 de un 1,7%. Esta situación repercute en el SNS en diversos puntos. Debe atenderse especialmente a la merma de recursos presupuestarios y los problemas de liquidez y pago de obligaciones. La consecuencia directa es la dificultad de mantener la cartera de servicios que se había presupuestado.

Las reformas del Gobierno de España. Determinación frente a la crisis.

REPULLO JR. Las debilidades estructurales del Sistema Nacional de Salud ante la crisis económica. Structural weaknesses of the Spanish National Health Service for facing the economic crisis). REFERENT [Internet] 2009 [acceso 1 de abril de 2014]; (8): 4-11. Disponible en:

<http://217.149.1.250/index.php?md=documents&id=3078&lg=cat>

El análisis de las causas que originan discapacidad, muestra que la movilidad es la de mayor prevalencia (6%), seguida de la discapacidad en la vida doméstica (4,9%) y de la discapacidad para el autocuidado (4,3%).

Además, el 74,0% de las personas con discapacidad afirman tener dificultades para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), lo que corresponde a 2,8 millones de personas. Entre ellas la mitad no pueden

Los recortes presupuestarios afectan asimismo a la atención de la dependencia en aspectos tales como por ejemplo la reducción de las personas acreedoras de ayudas, la falta de reducción de las listas de espera y la reducción del presupuesto para equipos de valoración de la dependencia (en Extremadura un 83%).

MORÁN C. Mueren más dependientes de los que acceden a las ayudas. El número de beneficiarios baja al frenar las autonomías el desarrollo de la ley pese a la lista de espera. EL PAÍS [periódico en Internet] Madrid; 8 de diciembre de 2011 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: http://elpais.com/diario/2011/12/08/sociedad/1323298803_850215.html

³¹ Nota: a efectos de la encuesta EDAD 2008 se entiende por discapacidad toda limitación importante para realizar las AVD que haya durado o se prevea que vaya a durar más de un año y tenga su origen en una deficiencia. Para ello se considera que una persona tiene una discapacidad aunque la tenga superada con el uso de ayudas técnicas externas o con la ayuda o supervisión de otra persona (exceptuando el uso de gafas o lentillas).

No se tuvieron en cuenta las discapacidades presentes en el grupo de edad de 0 a 5 años por la dificultad que tiene su detección.

³² En 2009, el presidente de AERTE señaló la importancia de reducir el IVA de los servicios que atienden a la dependencia al 4%. El motivo es que el IVA superreducido que se aplica a los bienes de primera necesidad, supone un menor coste y es el único que no sufre incrementos.

Actualmente los servicios prestados por entidades públicas o entidades o establecimientos privados de carácter social están exentos de IVA. Se aplica el 4% cuando no hay exención de IVA y la plaza es concertada o está ocupada por un beneficiario de prestación económica vinculada a servicio si la ayuda es mayor del 75% del precio. En el resto de casos se aplica el 10%, tras la subida del IVA del 8% al 10% fijada mediante el Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio.

Reforma y recortes de la Ley de Dependencia. [Internet] MAYORMENTE.; 16 de julio de 2012 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.mayormente.com/magazine/articulo.cfm?idnoticia=2753&idcategoria=22>

AERTE pide reducir el IVA al 4% en el sector sanitario para fomentar el ahorro y la implantación de la ley. EP [periódico en Internet] Valencia; 3 de octubre de 2009 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.aerte.es/Documentos/Actualidad/390.pdf>

realizar alguna de estas actividades básicas sin ayuda, ya sean de tipo técnico, de tipo personal o de supervisión³³.

Estos datos -comentados de forma sumaria- sobre la población afectada, tanto mayores de 65 años como personas discapacitadas, permiten observar que en muchas ocasiones ambos sectores están entrelazados. Es decir, se puede encontrar población mayor de 65 años con y sin discapacidades y, a su vez, puede haber discapacitados mayores y menores de 65 años. No obstante, es la población mayor de 65 años la que cuenta con mayores tasas de discapacidad. Concretamente en el grupo de 6 a 64 años se tiene una tasa de discapacidad de 44,76 por cada mil habitantes, tasa que se multiplica por más de 4 en el grupo de 65 a 79 años y por más de 11 en la población de la cuarta edad (de 80 y más años) como puede observarse en la *Tabla 3*. Debe tenerse en cuenta la distinción, en los mayores de 65 años, entre tercera y cuarta edad dadas las diferencias constatadas.

1.2.2 Dependencia

La discapacidad que deriva en dificultades para la realización de ABVD puede dar lugar a diferentes grados de dependencia. En el artículo 26 de la LD, se establece la clasificación de la dependencia en tres

³³ Es importante matizar el contenido de estos tipos de ayuda según la información que ofrece el INE, así como algunos ejemplos aclaratorios:

Ayuda técnica: es todo producto o instrumento externo usado o destinado a una persona con discapacidad, que compensa o palia la limitación. Ejemplos de esta categoría son los bastones, sillas de ruedas, ayudas para escritura, preparación de alimentos, elevación y descenso. Para la encuesta EDAD-2008 se han clasificado también como ayuda técnica los audifonos y prótesis externas que son una prestación y el oxígeno que es un medicamento. Parte de las cuales son, por tanto, de tipo sanitario.

Ayuda personal: es la colaboración de otra persona necesaria para realizar una actividad de la vida cotidiana. Generalmente de tipo social.

Supervisión: es la necesidad de que alguna persona esté pendiente de lo que hace otra, por si surgen problemas en alguna actividad de la vida cotidiana. Este tipo de ayuda está dirigido a personas con graves problemas mentales o problemas severos de conducta. Está comprendida también generalmente como ayuda de tipo social.

INE. Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD 2008). METODOLOGÍA. [internet]. INE; 2012 [acceso 1 de abril de 2014]: pág.52. Disponible en: <http://www.ine.es/prodyser/pubweb/discapa/disca99meto.pdf>

grados, en base a las necesidades de apoyo en la vida diaria y la autonomía de la persona. El grado I corresponde a una dependencia moderada que tiene lugar cuando la persona necesita ayuda para realizar varias ABVD, al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal. El grado II corresponde a una dependencia grave, cuando la persona requiere ayuda para realizar varias ABVD dos o tres veces al día, pero no requiere el apoyo permanente de un cuidador, o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal. El grado III corresponde a una dependencia muy grave, cuando la persona necesita ayuda para realizar varias ABVD varias veces al día, y por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.

La importancia de esta gradación radica en el hecho de poder establecer un orden de prioridad al acceso de los servicios y prestaciones económicas de carácter público. También se utiliza para realizar estudios de tendencia de la dependencia.

1.3 POBLACIÓN DIANA – ATENCIÓN SOCIOSANITARIA – ATENCIÓN FARMACÉUTICA

En relación al presente trabajo – La atención farmacéutica sociosanitaria – es importante destacar que sus destinatarios comprenden por un lado a la población dependiente en general y por otro a la población que, aun no siendo dependiente, reside en c.s.s.. Se considerará población “diana”, fundamentalmente, a la población geriátrica, en general polimedicada de forma crónica a causa de su pluripatología y en ocasiones con la capacidad mental disminuida y con una difícil situación social (personas mayores que viven solas, personas con pocos recursos económicos).

El Estado, en respuesta al mandato constitucional del art.50³⁴, ha desarrollado normativa concreta para atender a este colectivo. Dada la diversidad de necesidades que presentan y la variabilidad dentro del grupo, esta normativa tiene orígenes diversos. Cabe considerar una primera diferenciación entre normativa sanitaria y social. Normativa que aun procediendo de orígenes diferentes, converge en un punto para constituir la coordinación sociosanitaria y ofrecer un servicio completo

³⁴ CE

tanto al ciudadano que reside en su hogar como al ciudadano que reside en c.s.s..

Por su parte, la atención farmacéutica³⁵ sociosanitaria constituye un eslabón en la cadena de la atención sociosanitaria que, si en la población general es importante, en este colectivo cobra una mayor relevancia por la idiosincrasia del grupo. Su especial significación en esta cadena se basa en los conocimientos técnicos, que debido a su cercana situación al ciudadano, convierten al farmacéutico en un profesional de gran utilidad en tareas como informar al usuario del medicamento, mejorar el cumplimiento terapéutico, identificar posibles reacciones adversas y llevar un seguimiento del tratamiento del paciente.

1.4 DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA Y DENSIDAD DE LA POBLACIÓN MAYOR DE 65 AÑOS.

La población a la que va destinada la atención farmacéutica sociosanitaria se encuentra dispersa por toda la geografía española. Como se ha indicado, gran parte de la misma, corresponde a mayores de 65 años, por lo que resulta interesante conocer la distribución geográfica de este grupo de población. En España, la distribución de la población en general (*Tabla 4*), y de la población mayor de 65 años, presenta considerable variabilidad en las diferentes CCAA como puede verse en la *Tabla 4*³⁶.

³⁵ La atención farmacéutica en este contexto se refiere a la prestación farmacéutica que constituye una de las prestaciones empleadas por los poderes públicos para dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud enunciado en el artículo 43 de la CE. En este sentido se define esta prestación como aquella que *«comprende los medicamentos y productos sanitarios y el conjunto de actuaciones encaminadas a que los pacientes los reciban de forma adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis precisas según sus requerimientos individuales, durante el periodo de tiempo adecuado y al menor coste posible para ellos y la comunidad»*.

³⁶ Elaborada a partir de datos extraídos de:

- INE. Base. Territorio. Extensión superficial de las CCAA y provincias. Unidades: km². [base de datos en Internet]. Madrid: INE, 2012 [acceso 17 de mayo de 2012]. Disponible en: www.ine.es

- INE. Base. Revisión del padrón municipal 2009. Datos a nivel nacional, comunidad autónoma y provincia. Población por sexo, comunidades y provincias y edad (hasta 85 y más). Unidades: personas. [base de datos en Internet]. Madrid: INE, 2012 [acceso 17 de mayo de 2012]. Disponible en: www.ine.es

El mayor número de habitantes de más de 65 años está localizado en Andalucía, Cataluña, Madrid y Comunidad Valenciana. Este dato es, en parte, consecuencia de la distribución geográfica de la población en general que sigue el mismo orden. Según datos del INE, la mayor densidad de población total (habitantes/Km²) y de mayores de 65 años se encuentra en Madrid, País Vasco, Cataluña y Comunidad Valenciana, además de las islas Baleares y Canarias³⁷. Andalucía, que es la comunidad autónoma con mayor población total así como con mayor población por encima de 65 años, pasa al puesto 13 en lo que a densidad de población mayor de 65 años se refiere (13,98 hab/Km²). Ello se debe a la baja densidad de población como consecuencia de sus dimensiones: es la segunda comunidad autónoma con mayor superficie del territorio nacional (87.598 km²).

Las Comunidades de Castilla y León, Extremadura y Castilla-La Mancha presentan las densidades más bajas de población mayor de 65 años así como las menores densidades de población total (ya que se hallan entre las cinco con mayor superficie de España). Por el contrario, Ceuta y Melilla presentan los valores más elevados de densidad de población en general y mayor de 65 años debido a su reducida superficie (19 y 13 km² respectivamente).

1.5 DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE LA POBLACIÓN QUE PRESENTA ALGUNA DISCAPACIDAD

La población dependiente es la principal beneficiaria de un importante conjunto de recursos sanitarios y sociales, y por ende de la atención farmacéutica sociosanitaria.

Dado que la dependencia es una consecuencia de ciertos grados de discapacidad, parece oportuno revisar en qué medida se presenta en las distintas CCAA.

En la *Figura 1* se refleja que las mayores tasas de discapacidad se registran en las CCAA de la parte oeste de España sin contar con las ciudades autónomas Ceuta y Melilla. En efecto, Galicia es la comunidad autónoma con mayor tasa de discapacidad (112,94 por mil hab.), seguida de Extremadura (109,89 por mil hab.), Castilla y León (108,63 por mil hab.) y Asturias (103,70 por mil hab.). Nótese que existe cierta correlación entre las tasas de discapacidad y el porcentaje de población mayor de 65 años. De hecho estas cuatro comunidades son,

³⁷ En este comentario se alude exclusivamente a CCAA, por lo que se excluyen las ciudades autónomas Ceuta y Melilla, aunque sí se han incluido en la *Tabla 4*.

junto con Aragón, las comunidades donde los mayores de 65 años tienen mayor peso porcentual (del 19% al 22,40%).

La Rioja y Cantabria están en el extremo opuesto con las menores tasas de discapacidad (61,63 por mil hab. y 70,02 por mil hab., respectivamente) y cuentan con un 18,03% y 18,36% de población mayor de 65 años.

2. GASTO SOCIAL Y SANITARIO

Este apartado muestra la evolución de la inversión que los países europeos realizan para resolver los problemas sociales y sanitarios existentes, en buena parte, como consecuencia del contexto demográfico descrito.

2.1 GASTO SOCIAL EN RELACIÓN AL PIB

Los datos más recientes acerca del gasto social en la EA-17 corresponden al año 2011. La media de los 17 países corresponde al 30,0 % del PIB. Como puede verse en la *Tabla 5*^{38,39}, ha sufrido ciertas variaciones manteniéndose en torno al 27% hasta 2008. Es en 2009 cuando experimenta un considerable crecimiento y alcanza el 30,2% del PIB, manteniéndose hasta 2011 en torno a este porcentaje.

El país que presenta un mayor gasto social es Dinamarca con un 34,3 %. Malta es el último de la lista con una diferencia de 11 puntos respecto a la media. España, con un 26,1 %, se encuentra en el puesto número catorce, situándose 3,9 puntos por debajo de la EA-17.

El reparto del gasto social es muy dispar entre los distintos tipos de prestaciones como puede verse en la *Tabla 6*. En la UE-17, casi la mitad del gasto social corresponde a las pensiones (45,2%). Le sigue la parte destinada a sanidad con un 29,9% del gasto total (prestaciones por enfermedad, cuidados de la salud); con menor peso porcentual se encuentra la familia e infancia (8,1%), incapacidad (7,1%), desempleo y por último vivienda y lucha contra la exclusión social. España, aunque

³⁸ La UE-16 incluye los países que integran la UE-15 y Chipre. La EA-17 añade Malta.

³⁹ EUROPEAN COMMISSION. EUROSTAT. File: Expenditure on social protection, 2001-11 (% of GDP) YB14.png [Internet]. 2014 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en:

[http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php?title=File:Expenditure_on_social_protection,_2001%E2%80%9311_\(%25_of_GDP\)_YB14.png&filetimestamp=20140127142034](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php?title=File:Expenditure_on_social_protection,_2001%E2%80%9311_(%25_of_GDP)_YB14.png&filetimestamp=20140127142034)

con ciertas variaciones, sigue la misma tendencia que la UE-17 en la distribución del gasto social, a excepción de la partida destinada al desempleo que casi duplica la media de EU-17 y la de vivienda y lucha contra la exclusión social que es aproximadamente la mitad que en Europa.

En relación a los datos de 2008, se comprueba en 2009 la repercusión del inicio de la crisis económica en España^{40, 41, 42, 43}. Se observa, desde el

⁴⁰ Las políticas sociales y sanitarias han llevado a cabo recortes como consecuencia de la situación económica del país. Recortes que han afectado a la vida de las personas mayores y dependientes que han visto reducidas sus prestaciones y, en ocasiones, aumentado su nivel de pobreza (13,5% de los mayores de 65 años de países de la OCDE viven en condiciones de pobreza, frente al 10,6% de la población en general).

AGE PLATFORM EUROPE. Older people also suffer because of the crisis. [Internet]. 2012 [acceso 30 de abril de 2013]; pág. 6. Disponible en:

<http://www.age-platform.eu/images/stories/EN/olderpeoplealsosufferbcofthecrisis-en.pdf>

⁴¹ Pese a que la inversión española en Sanidad (7,3% PIB) está por debajo de la media europea (8,4% PIB en EU-27), entre las medidas adoptadas como consecuencia de la crisis se ha introducido el copago farmacéutico con la discriminación que supone para los grupos socioeconómicos más desfavorecidos.

BENACH J, TARAFÁ G, MUNTANER C. El copago sanitario y la desigualdad: ciencia y política. GAC SANIT. [Internet] 2012 [acceso 30 de abril de 2013]; 26(1): 80–2. Disponible en:

http://www.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?f=10&pid=articulo=90097059&pid_usuario=0&pid_contactid=&pid_revista=138&ty=66&accion=L&origen=zonalectura&web=http://www.elsevier.es&lan=es&fichero=138v26n01a90097059pdf001.pdf

⁴² BENACH J, TARAFÁ G, MUNTANER C. El copago es inequitativo, injusto y evitable. Cartas a la directora. GAC SANIT. [Internet] 2012. [acceso 30 de abril de 2013]; 26(5): 490–493. Disponible en:

http://www.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?f=10&pid=articulo=90151431&pid_usuario=0&pid_contactid=&pid_revista=138&ty=60&accion=L&origen=zonalectura&web=http://www.elsevier.es&lan=es&fichero=138v26n05a90151431pdf001.pdf

⁴³ CASINO G. Spanish health cuts could create “humanitarian problem”. THE LANCET [revista en Internet] 2012 [30 de diciembre de 2012]; 379, (9828): 1777. Disponible en: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)60745-4/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)60745-4/fulltext)

ESPÍN J, BERMÚDEZ-TAMAYO C. Reforming drug co-payments in Spain: One step forward, two steps back. BMJ [revista en Internet] 3 Julio 2012 [30 de diciembre de 2012]. Disponible en:

incremento de la partida destinada al desempleo, hasta el retroceso en el porcentaje del gasto social total dirigido a asuntos de familia e infancia (0,6%), incapacidad (0,2%) y exclusión social (0,2%).

2.2 GASTO SANITARIO

En relación al tema del presente trabajo, cabe advertir que España en 2009 destinó un 7,0 % de su gasto social a la incapacidad, lo que representa un 1,7 % de su PIB. Cantidad que está ligeramente por debajo de la media de UE-17, donde representó un 2,1%.

Cuando una persona se hace dependiente en mayor o menor grado, la familia es, por lo general, quien asume la mayor parte de su cuidado. De forma complementaria, los distintos países del mundo, conscientes del número de personas pertenecientes al grupo de población mayor de 65 años con alguna discapacidad, así como de sus necesidades, invierten en recursos sanitarios y sociales con el fin de incrementar su calidad de vida.

2.2.1 Gasto sanitario en relación al PIB

En el análisis económico del sector sanitario, el indicador por excelencia es el del gasto sanitario como porcentaje del PIB. Esto se debe a que permite visualizar la parte de los recursos económicos que un territorio (en este caso un país) destina a la atención sanitaria pública. En el estudio de los datos que se presentan en la *Tabla 7⁴⁴*, no debe olvidarse que este indicador es un reflejo de la riqueza del país.

<http://www.bmj.com/content/343/bmj.d7973/rr/592489>

GARCIA JF, MERCADER JJ, MINUÉ S Citizen or insured? The assault on universalism in Spain. *BMJ* [revista en Internet] 2011 [acceso 10 de abril de 2014]; 343: 7973. Disponible en: <http://www.bmj.com/content/343/bmj.d7973/rr/581612>

GARCIA RADA A. Is Spanish public health sinking? *BMJ* [Internet] 2011 [acceso 4 de mayo de 2013]; 343: [7445]. Disponible en: <http://www.bmj.com/content/343/bmj.d7445>

GARCIA RADA A. New legislation transforms Spain's health system from universal access to one based on employment. *BMJ* [revista en Internet] 2012 [acceso 10 de abril de 2014]; 344: 3196. Disponible en: <http://211.144.68.84:9998/91keshi/Public/File/38/344-7856/pdf/bmj.e3196.full.pdf>

⁴⁴ OCDEiLibrary. Health expenditure as a share of GDP, 2000-11, selected European countries. Total health expenditure as a share of GDP, 2000-2011, selected European countries. [Internet] 2013 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en:

Concretamente, en Europa, en 2011, la inversión media realizada por la UE-15⁴⁵ en el ámbito sanitario fue del 10,35 % del PIB. Este gasto sanitario total comprende tanto el gasto sanitario público como el privado.

La sanidad privada es la desarrollada por compañías de seguro privado de enfermedad y es el resultado de la suma del gasto en productos, aparatos y equipos médicos, los servicios sanitarios y el gasto en seguros privados⁴⁶.

Por su parte, la sanidad pública⁴⁷ se presenta como uno de los pilares fundamentales del Estado de Bienestar y es a partir de 1978, con el artículo 43 de la CE⁴⁸ cuando se constituye como derecho de los ciudadanos⁴⁹. Se rige por los siguientes principios:

http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2013/health-expenditure-as-a-share-of-gdp-2000-11-selected-european-countries_health_glance-2013-graph154-en

⁴⁵ La UE-15 es la formada por los primeros 15 países que se adhirieron a la Unión Europea (en adelante UE), que actualmente cuenta con 27 países. Está compuesta por: Alemania, Austria, Bélgica, Dinamarca, Finlandia, Francia, Grecia, Irlanda, Italia, Luxemburgo, Países Bajos, Portugal, España, Suecia y Reino Unido.

⁴⁶ Gasto sanitario. [Internet]. Instituto Max Weber y Fundación Gaspar Casal. 2008 [acceso 17 de mayo de 2012]. El modelo. [una pantalla]. Disponible en: http://www.gastosanitario.info/Default.asp?id_pagina=7

⁴⁷ La Sanidad Pública española se configura como el conjunto coordinado de los servicios de salud de la Administración del Estado y los servicios de salud de las CCAA. Las competencias en materia de sanidad están repartidas entre:

-la Administración del Estado, que se encarga de las bases y coordinación de la sanidad, la sanidad exterior, la política del medicamento y la gestión de INGESA (Instituto Nacional de Gestión Sanitaria)

- las CCAA, que establecen la planificación sanitaria, la salud pública y gestionan los servicios de salud. La descentralización hacia las CCAA pretende aproximar la gestión sanitaria a los ciudadanos y garantizar la equidad en el acceso a las prestaciones, calidad de evaluación del beneficio de las actuaciones clínicas y la participación ciudadana

- a las corporaciones locales les competen los temas de salubridad y la colaboración en la gestión de los servicios públicos

Ley 14/1986, de 25 abril, General de Sanidad (BOE núm. 102, de 29 de abril). En adelante, Ley General de Sanidad.

⁴⁸ CE

⁴⁹ Debe entenderse como titulares del derecho a la protección de la salud a los ciudadanos citados en el artículo 1 de la Ley General de Sanidad:

-financiación pública, universal y gratuita. Siendo la financiación con cargo a las cotizaciones sociales, las transferencias del Estado (que abarcan la participación en la contribución del Estado al sostenimiento de la Seguridad Social, la compensación por la extensión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social (en adelante, ASSS) a las personas sin recursos económicos y la compensación por la integración, en su caso, de hospitales de las Corporaciones Locales en el Sistema Nacional de Salud), las tasas por la prestación de determinados servicios, por aportaciones de las CCAA y de las Corporaciones Locales y los tributos estatales cedidos⁵⁰.

- derechos y deberes definidos para los ciudadanos y para los poderes públicos

- descentralización política de la sanidad en las CCAA

- prestación de una atención integral de la salud procurando altos niveles de calidad debidamente evaluados y controlados

- integración de las diferentes estructuras y servicios públicos al servicio de la salud en el Sistema Nacional de Salud⁵¹, en adelante, SNS.

Como puede apreciarse en la *Tabla 7*⁵², el gasto sanitario total aumenta a un ritmo superior al de la economía de los países. Desde 1960, España

- Son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional.

- Los extranjeros no residentes en España, así como los españoles fuera del territorio nacional, tendrán garantizado tal derecho en la forma que las leyes y convenios internacionales establezcan.

⁵⁰ Ley General de Sanidad art. 9

⁵¹ ALFARO LATORRE M. Sistema Nacional de Salud de España, 2010. [Monografía en Internet]. Madrid: MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL. CENTRO DE PUBLICACIONES. 2010 [acceso 17 de mayo de 2012]; pág. 8. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/docs/sns2010/Principal.pdf>

⁵² OECD. [Internet]. OECD. Base de datos de la OCDE sobre la salud 2011. España en comparación [acceso 18 de mayo de 2012]. Disponible en: <http://www.oecd.org/health/healthpoliciesanddata/BriefingNoteESPANA2012inSpanish.pdf>

-Gasto sanitario (%PIB), 1960 a 2009: OECD. [Tabla Excel en Internet]. OECD. Health expenditure as a share of GDP, 1960 to 2009, OECD countries. [acceso 18 de mayo de 2012]. Disponible en: Table 1: <http://www.oecd.org/dataoecd/41/7/48294715.xls>

ha multiplicado por más de seis el gasto sanitario en términos de porcentaje del PIB (en 1960 suponía un 1,5% PIB y en 2011 un 9,3% PIB). Previamente al 2008, España mantuvo cifras inferiores a las medias de la OCDE⁵³ y UE-15. Es a partir de este año cuando pasa a igualar como mínimo los valores medios de la OCDE (en 2008 España alcanzó el 9% del PIB, frente al 8,8% de media de la OCDE⁵⁴, y en 2009 el 9,5%, igual que la OCDE).

Respecto a UE-15, se ha incrementado la distancia porcentual respecto a las medias de 2009 y 2010 alcanzando 0,7 puntos de diferencia. (Debe advertirse que se han calculado las medias de gasto sanitario de UE-15 en base a los datos hallados. Así pues, en 2010, no se ha podido tener en cuenta, por ejemplo, el valor de Luxemburgo, habitualmente inferior al de España).

Pese a no haberse conseguido datos de los años (2011 y 2012), se puede apreciar el comienzo en 2010 del cambio en la tendencia al alza que pasa a un estancamiento (en España (9,6%), Italia (9,3%) y Alemania (11,6%)) e incluso una disminución (en la mayor parte de los países de la UE-15) en el porcentaje de la inversión destinada a sanidad.

-% gasto sanitario público: OECD. [Internet]. OECD. [acceso 18 de mayo de 2012]. Disponible en:

http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT

⁵³ La fuente de estos datos es la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico) que tiene entre sus objetivos elevar el nivel de vida, apoyar el crecimiento sostenible y mantener la estabilidad financiera de sus países miembros.

-OECD. Años 1960-2008: [Internet]. OECD. Home, About OECD. Our mission. [acceso 1 de noviembre de 2013]. Disponible en: <http://www.oecd.org/about/>

Años 2009-2011: OECD. [Internet]. OECDiLibrary. Home, Statistics. Health: Key Tables from OECD. Total expenditure on health. 29 de junio de 2012 [acceso 4 de noviembre de 2012]. Disponible en: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/total-expenditure-on-health_20758480-table1

⁵⁴ Los países miembros de la OCDE contemplados para la elaboración de las estadísticas son Australia, Austria, Bélgica, Canadá, Chile, República Checa, Dinamarca, Estonia, Finlandia, Francia, Alemania, Grecia, Hungría, Islandia, Irlanda, Israel, Italia, Japón, Corea, Luxemburgo, Méjico, Países Bajos, Nueva Zelanda, Noruega, Polonia, Portugal, República Eslovaca, Eslovenia, España, Suecia, Suiza, Turquía, Reino Unido, EEUU.

OECD. [Internet]. OECD. Home, About OECD. Members and Partners [acceso 1 de noviembre de 2013]. Disponible en:

<http://www.oecd.org/about/membersandpartners/>

En 2010, respecto a los países que forman la UE-15, Finlandia (8,9%), Irlanda (9,2%), e Italia (9,3%), se encontraban por detrás de España (9,6%). Con los mayores gastos sanitarios totales se encontraban Países Bajos (12%), Francia (11,6%), Alemania (11,6%) y Dinamarca (11,1%).

En España, al menos en los últimos años, el crecimiento de gasto sanitario, se debe al aumento de la partida de gasto público, ya que desde 2003 el gasto privado se mantiene entre un 2,4 y un 2,5% del PIB⁵⁵, *Tabla 8*⁵⁶.

La mayor parte de gasto sanitario de los países de la UE-15 corresponde a gasto público, que supera generalmente el 70%. En este caso, España se sitúa como el segundo país con menor gasto público (73,63%), por delante únicamente de Luxemburgo que destina un 48,26%. Contrariamente, Dinamarca (85,04%), Italia (84,02%) y Reino Unido (84,15%) son los países con mayor gasto público, con una diferencia respecto de España de más de 10 puntos.

Estos comentarios deben tomarse con cautela ya que se carece de información sobre algunos países (Austria, Grecia, Países Bajos y Portugal), y por ejemplo en 2007, el 60,3% del gasto sanitario griego procedía de fondos públicos, 11 puntos por debajo de España (71,5%)⁵⁷.

Cabe destacar respecto a los datos estadísticos acerca de la salud que presentan organizaciones como la OCDE, EUROSTAT o la OMS, que los datos de España han sido elaborados por la Unidad de Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP), a partir de las estimaciones y ponderaciones que las CCAA aportan desde 2004 y de otros datos estadísticos que aporta el Ministerio de Sanidad y Consumo, en el marco del Plan Estadístico Nacional, anteriormente en términos del Sistema de Cuentas de Salud (SCS) y actualmente según la EGSP. El empleo de

⁵⁵ OECD. [Internet]. OECD [acceso 18 de mayo de 2012]. OECDiLibrary. Country statistical profile: Spain 2011-2012. Disponible en: http://www.oecd-ilibrary.org/economics/country-statistical-profile-spain_20752288-table-esp

⁵⁶ Elaborada a partir de los datos de:

MSSSI. Diferentes series de gasto sanitario. [Internet] [acceso 4 de noviembre de 2012]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/diferentesSeriesGastoSanitario.pdf>

⁵⁷ OECD. [Internet] OECD. StatExtracts. Complete databases available via OECD's iLibrary. Country statistical profile. Health expenditure by financing agent. General government [acceso 18 de mayo de 2012]. Disponible en: http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT

estos términos conceptuales tiene como objetivo hacer comparables los datos que presenta España con los de otros países de la OCDE.

Asimismo, entre los gastos contemplados como gasto sanitario público, debe advertirse que a diferencia del SCS, en los datos recogidos en términos de EGSP, no se recoge el gasto producido por aquellas unidades institucionales cuya actividad principal no sea la sanidad y no desarrollen programas incluidos en la función *Sanidad* de los Presupuestos Generales del Estado (PGE). Por ejemplo, el gasto de la atención sanitaria prestada en instituciones públicas de servicios sociales, es decir, los cuidados sanitarios de larga duración, la atención sanitaria a la convalecencia y la rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable⁵⁸.

2.2.2 Gasto sanitario y población diana

En el aumento del gasto sanitario global influye el envejecimiento demográfico, pero también otros factores. Dicho envejecimiento implica mayor esperanza de vida lo que aumenta el gasto sanitario; sin embargo, la adopción de hábitos de vida saludables lo reduce. Como factores no demográficos, indica CASADO⁵⁹ que pueden considerarse la mayor atención a la salud, el coste de los tratamientos y el desarrollo de nuevas tecnologías médicas, que tienden a aumentar el gasto. Dado que la intervención de todos estos factores es compleja, para conocer las necesidades sanitarias futuras de la sociedad, se puede concluir que es su evolución, junto con la distribución de los recursos económicos destinados a esta materia, los que condicionarán las variaciones del gasto sanitario público.

Por su parte, la OCDE propone otros factores que modulan el coste sanitario del envejecimiento además de los propuestos por CASADO⁶⁰. Entre ellos se encuentran la mejora en el nivel de vida y la calidad de los cuidados, que se refiere, por ejemplo, a si existen protocolos de

⁵⁸ MSPS. EGSP 2006. Cuentas Satélite Gasto Sanitario Público. [Internet] MSPS; 2008 [acceso 18 de mayo de 2012]. Disponible en: http://www.mspes.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2006/Metodologia_general_2006_Nuevo.pdf

⁵⁹ CASADO MARIN D. Los efectos del envejecimiento demográfico sobre el gasto sanitario: mitos y realidades. GAC SANIT [Internet]. 2000 [acceso 18 de mayo de 2012]; 15 (2): [154-163]. Disponible en: http://www.aes.es/Publicaciones/AES_Informe_tecnico_6.pdf

⁶⁰ Ibid, 154-163

actuación o si se fomenta el uso de prácticas con evidencia clínica. También se propone el aumento de los cuidados de larga duración por el aumento de enfermedades crónicas, que es una consecuencia del envejecimiento. Y la accesibilidad a los cuidados, lo que se refiere, en concreto, a si se trata de un servicio universalizado⁶¹.

Ambos planteamientos, el de CASADO y el de la OCDE, dan más peso a la renta per cápita y al progreso tecnológico como causantes del aumento de gasto sanitario que al envejecimiento demográfico. De hecho, en países menos desarrollados como los africanos, la menor inversión en servicios sanitarios, se debe a las escasas posibilidades económicas del país, y no a que haya menos enfermos.

Se puede decir, por tanto, que la distribución del capital público que se hace en cada país es la que determina el gasto público sanitario.

Siguiendo este razonamiento, se puede ver que en España, efectivamente se produce un incremento del gasto sanitario total de un 1,4% del PIB en el período comprendido entre los años 2003 (8,2%) y 2010 (9,6%) (*Tabla 9*⁶²). Este gasto sanitario total comprende la suma del gasto público sanitario y del gasto privado sanitario (*Tabla 8*⁶³). Por otro lado, se debe tener en cuenta que en todo ese tiempo la financiación pública se sitúa aproximadamente entre el 71% y el 75%. Se observa una progresión ascendente desde 2003 hasta 2009 (desde un 5,8% que corresponde a 45.098 millones de euros, hasta un 7,2% del PIB que son 75.395 millones de euros) en que, como consecuencia de la crisis económica que afecta al país, se produce un cambio en la tendencia⁶⁴. Pese a disponer solo de los datos de 2012, puede decirse

⁶¹ RODRÍGUEZ ROVIRA E. Salud y personas mayores. La discriminación sanitaria del mayor [Internet] Santander (Cantabria): Academia de Medicina de Cantabria. 2004 [acceso 18 de mayo de 2012]; (194): págs. 57 y ss. Disponible en: http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/SALUD095_Rovira.pdf

⁶² MSSSI. Los sistemas sanitarios de la UE: características e indicadores de salud 2013. Información y estadísticas sanitarias 2014 [Internet]. Madrid: MSSSI 2014 [8 de abril de 2014]; págs. 72-75. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Sist.Salud.UE_2013.pdf

⁶³ Ibidem

⁶⁴ Nota: desde 2005, el criterio empleado para la presentación de las cuentas, en España, es el de devengo, que corresponde a lo que se llama gasto real, es decir, la contabilización de gastos e ingresos de acuerdo a la fecha de factura. A diferencia de lo que se venía haciendo hasta entonces que era de acuerdo con el principio de caja (liquidaciones presupuestarias). Esto se consigue a través de un instrumento de recogida de datos que diseñó el Grupo de EGSP,

que el gasto sanitario está marcado por una trayectoria descendente desde este 2009 hasta la actualidad. Este descenso es debido a la contención del gasto público⁶⁵ (que se reduce a un 6,8%). Por su parte el gasto privado ha sufrido un ligero aumento (hasta 2,5%).

Para analizar adecuadamente los datos de gasto sanitario público, se hace imprescindible la desagregación de los mismos. El Grupo de Trabajo de Análisis de Gasto Sanitario emplea conceptos de dos clasificaciones: la económica y la funcional⁶⁶.

que permite calcular a partir de los datos de la EGSP, el gasto sanitario público con criterio de devengo. El objetivo de éste y otros instrumentos que se diseñaron, es permitir la homogeneidad y por tanto la comparabilidad de los datos.

Los datos presentados siguen el SCS.

MSC. Grupo de Trabajo sobre Gasto Sanitario. [Internet] MSC [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en:

<http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/grupodeTrabajoSanitario2007.pdf>

⁶⁵ La reducción del gasto sanitario público desde 2012, es el resultado de las reformas estructurales del sistema sanitario promovidas por el gobierno. Según apunta BERMÚDEZ, estas medidas han convertido el sistema sanitario español, gratuito y basado en impuestos, con una cobertura de carácter universal, en un modelo Bismarckiano basado en las cotizaciones de la Seguridad Social. Sostiene que las decisiones tomadas por el gobierno, se basan en criterios políticos y no técnicos como es el caso de la controvertida inclusión de la vacuna del Papiloma Humano en el calendario vacunal. Defiende que para reducir el gasto sería más racional llevar a cabo, estudios que estimasen el dinero que se malgasta en grupos de bajo riesgo.

BERMÚDEZ-TAMAYO C, ESPIN J. Políticas and the European Financial Crisis: Restrictions in Spain's Portfolio of Services. EUR J PUBLIC HEALTH [Internet] 8 julio 2012 [acceso 4 de mayo de 2013]. Disponible en:

http://eurpub.oxfordjournals.org/content/22/1/2/reply#eurpub_el_368

⁶⁶ En la actualidad, la EGSP presenta una tercera clasificación (Agregados de Contabilidad Nacional). Además, recientemente se ha elaborado una nueva serie de gasto sanitario que no contempla el gasto de investigación y formación, pero incluye los cuidados de larga duración no dispensados por el SNS, el concepto de salud laboral (de momento este último no se aplica) y el gasto privado.

MSPS. Diferentes series de gasto sanitario. [Internet]. MSPS [acceso 18 de mayo de 2012]; págs. 3 y ss. Disponible en:

http://www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/Diferentes_series_de_gasto_sanitario.pdf

Los epígrafes de que consta la clasificación económica son: remuneración de personal o retribuciones medias (que son realmente las retribuciones de personal de un modo detallado en función de las categorías profesionales), el consumo intermedio (que incluye los gastos corrientes de bienes y servicios necesarios para el desarrollo de las actividades propias de las distintas instituciones compuestos por reintegros para prótesis y productos sanitarios, pero fundamentalmente por recetas médicas, así como los gastos financieros como intereses de deudas y demora entre otros) e impuestos (bien ligados a la producción como por ejemplo el IBI o bien impuestos sobre vehículos entre otros), los conciertos, las transferencias corrientes (entre administraciones públicas, a entes privados y a entes públicos no agentes) y el gasto de capital fijo⁶⁷.

La segunda clasificación empleada para el análisis de los datos es la de tipo funcional. Ésta, sigue las directrices marcadas por la COFOG (Classification of Functions of Government). Consta de:

- los servicios colectivos de salud
- los servicios hospitalarios y especializados
- los gastos de atención primaria
- de farmacia
- de traslados, prótesis y aparatos terapéuticos
- servicios de salud pública⁶⁸
- de capital (teniendo en cuenta que a diferencia de la clasificación económica, la partida de gastos de capital en la clasificación

⁶⁷ Se debe advertir que aunque el gasto de capital corresponde en principio a los fondos de amortización. El Insalud sí efectuaba estas dotaciones y el concepto se contabilizaba en los fondos transferidos a las CCAA, sin embargo, desde 1995 por aplicación de los criterios generales de la Administración, que considera que los gastos de conservación y mantenimiento hacen ilimitada la vida de los bienes de capital fijo, desaparecen de su contabilidad presupuestaria. Por lo tanto, la EGSP no incorpora con carácter general la valoración del gasto de capital fijo, ya que las Administraciones Públicas no tienen una Contabilidad Patrimonial y por lo tanto no existe un cómputo del coste de amortización de los activos de titularidad pública.

Por otro lado, se debe tener en cuenta, también que en algunas CCAA, las infraestructuras sanitarias de mayor volumen se financian mediante sistemas de concesión administrativa.

⁶⁸ MSPS. EGSP 2006, op. cit.

funcional no incluye las transferencias de capital a otros sectores que corresponde al apartado anterior⁶⁹).

Los servicios colectivos de salud abarcan la investigación y desarrollo, así como los gastos de administración general. Los gastos destinados a investigación y formación recogen los gastos dedicados a programar, coordinar, financiar y evaluar todas las acciones de investigación y su fomento, así como los cursos específicos desarrollados por instituciones docentes de ámbito sanitario. Los gastos correspondientes a las estructuras administrativas dedicadas a esta función y el coste de los proyectos de investigación acometidos por las instituciones sanitarias con cargo a créditos de investigación, y con independencia de que dichos créditos de investigación sean financiados por organismos sanitarios o no sanitarios.

El concepto de servicios hospitalarios recoge la asistencia prestada por médicos especialistas, enfermería y demás personal sanitario y no sanitario para el mantenimiento y mejora de la salud mediante la actividad asistencial realizada en hospitales y centros de especialidades⁷⁰. Por otra parte los servicios especializados comprenden los servicios de asistencia especializada para la realización de actividades propias de este nivel asistencial a través de conciertos, con recursos patrimoniales ajenos a aquella entidad que financia la asistencia. Estos conciertos pueden estar suscritos con profesionales, instituciones, o con empresas que sean de titularidad pública o privada.

La partida de atención primaria recoge los gastos derivados de la actividad asistencial realizada por médicos de familia, pediatras, enfermeras y demás personal sanitario y no sanitario encaminada a conseguir el mantenimiento y mejora de la salud en el primer nivel de asistencia sanitaria, tanto en centros de salud como en cualquier tipo de consultorios urbanos o rurales o en los domicilios de los pacientes. También incluye los gastos de las estructuras de gestión necesarias para el desarrollo de la propia actividad asistencial (equipos de dirección y gestión de las áreas o gerencias de atención primaria y personal administrativo de ellos dependiente, sean propios o contratados externamente) y los gastos efectuados en actividades propias de atención primaria prestada con recursos patrimoniales ajenos a aquella entidad que financia la asistencia (conciertos). Tales conciertos pueden

⁶⁹ MSC. Grupo de trabajo sobre gasto sanitario, op. cit., 334.

⁷⁰ El gasto en medicamentos de la atención hospitalaria y especializada se incluye en esta partida aunque no figura desagregado.

estar suscritos con profesionales, instituciones o empresas que sean de titularidad pública o privada.

Para interpretar adecuadamente estos datos es importante puntualizar que los gastos de farmacia incluyen el gasto por recetas médicas, el reintegro de gastos farmacéuticos y el gasto en otros productos de suministro directo a hogares, pero no el gasto en productos farmacéuticos que puedan dispensarse ambulatoriamente en hospitales (programas selectivos de revisión de medicamentos o la medicación de urgencia)⁷¹.

La parte correspondiente al traslado de enfermos recoge como su nombre indica los gastos destinados al traslado de enfermos, pero también, la compensación de los gastos en que incurre el enfermo y sus acompañantes por motivo de los desplazamientos (ambulancias y otros medios de transporte o dietas por estancia en una localidad distinta a la residencia habitual del enfermo). En cuanto a las prótesis y aparatos terapéuticos, se incluyen las prótesis permanentes o temporales, ayudas a la deambulación. Pero no se incluyen en este apartado los gastos de prótesis quirúrgicas fijas que se incluyen en el de servicios hospitalarios.

Dentro del concepto de salud pública quedan integrados los gastos destinados al conjunto de actividades dirigidas a la defensa y fomento de la salud de la colectividad como son la vigilancia epidemiológica, campañas de sensibilización ciudadana para la promoción de la salud y prevención de las enfermedades, controles e inspecciones sanitarias de aguas, alimentos y salud medioambiental realizada con recursos sanitarios. Se excluyen aquí los gastos de investigación o docencia y los gastos no desagregables de instituciones que prestan asistencia sanitaria, aunque algunos de sus servicios realicen, dentro del desarrollo normal de sus funciones, algunas actividades de epidemiología y salud pública.

Se ha de tener en cuenta que el grueso de las partidas dedicadas a servicios hospitalarios y especializados, servicios de salud pública y principalmente atención primaria corresponden a la remuneración del personal⁷². De hecho, según la clasificación económico-presupuestaria

⁷¹ MSPS. EGSP 2006. Op. cit., 16.

⁷² MSSSI. [tabla Excel en Internet]. Cuenta Satélite del Gasto Sanitario Público. Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP). Estadística incluida en Plan Estadístico Nacional. Serie 2002-2010 (Gasto sanitario público según criterio de devengo: Gasto real). Gasto total consolidado. Clasificación económico-presupuestaria, funcional y agregados Contabilidad Nacional (Tabla 24).

de 2010, ofrecida por el MSPS, la remuneración del personal suponía un 43,6 % del gasto público total.

Un ejemplo ilustrativo de la clasificación funcional del gasto sanitario se encuentra en la *Figura 2*⁷³. En 2010 el gasto público sanitario era el 73,63% del gasto sanitario total, frente al 26,37% de gasto sanitario privado. A su vez, el gasto público, como se observa en la *Figura*, se compone de diferentes secciones: la mayor partida de capital invertida es asignada a servicios hospitalarios y especializados (56,0%), seguido del gasto en farmacia (19,4%) y del gasto en atención primaria (15,5%).

Respecto al gasto farmacéutico, se observa en la *Tabla 9*⁷⁴ la permanencia entre 2002 (22%) y 2004 (21,9%) en valores en torno a 22% (22,4% en 2003). A partir de 2004 desciende este porcentaje hasta reducirse en 2008 (19,1%) 3 puntos respecto a 2003 (22,0%). Valor que se mantiene en 2009 (19,1%), que aumenta ligeramente en 2010 (19,4%) y vuelve a disminuir en 2011 a 18,1%. Esta disminución del crecimiento del porcentaje de gasto farmacéutico a partir de 2005, se corresponde, sin embargo, con un progresivo incremento del gasto en valores absolutos hasta 2009 (de 8.487.169,53 miles de euros en 2002 a 13.435.199 en 2009). En 2010 comienzan a disminuir también los valores absolutos hasta llegar en 2013 a valores similares a 2002-2003⁷⁵ (9.183.249.747€).

Como puede verse en la *Tabla 10*, según los datos que ofrece el CGCOF las variaciones interanuales del gasto farmacéutico por recetas

Clasificación funcional. Farmacia. MSPS. [acceso 3 de noviembre de 2013]. Disponible en: www.msssi.gob.es/fr/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/egspGastoReal.xls

⁷³ Ibidem.

⁷⁴ Elaborada a partir de los datos de la cita nº 52: OECD. [Tabla Excel en Internet]. Op. cit.

-% gasto sanitario público: OECD. OECDiLibrary. StatExtracts. Complete databases available via. Health expenditure and financing. Health expenditure since 2000 [Internet] OECD. [acceso 18 de mayo de 2012]. Disponible en: http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STATOECD

-gasto farmacéutico: MSPS. [tabla Excel en Internet]. Cuenta Satélite del Gasto Sanitario Público. Op. cit.

⁷⁵ Según el MSSSI, en 2012 el gasto farmacéutico fue de 9.770.933.367,37€ y en 2013 de 9.183.249.747€.

-MSSSI. Profesionales. Farmacia. Facturación de recetas médicas. [Internet] MSSSI [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/profesionales/farmacia/datos/diciembre2013.htm>

oficiales del SNS han sido ascendentes hasta 2010. Sin embargo, en este año se invierte la tendencia. Cabe destacar, el descenso producido de 2011 (13.276,59 miles de euros) a 2012 (12.034,86 miles de euros) que representa una variación interanual de -9,4%. Es decir, se obtiene un gasto en medicamentos a PVP (IVA incluido) similar a 2006, pero con 124.048 recetas más.⁷⁶ Esta caída es consecuencia de las medidas adoptadas por el gobierno central con el Real Decreto-Ley 16/2012, de 20 de abril⁷⁷, en adelante RDL 16/2012, que incluyen, entre otras, la exclusión de la prestación farmacéutica de determinados medicamentos y productos sanitarios (art.4), la obligación de la dispensación de genérico cuando se supere el precio más bajo de su agrupación homogénea, la revisión de precios según el sistema de precios de referencia (art.4.10) y el cambio en la aportación de los usuarios y sus beneficiarios en la prestación farmacéutica ambulatoria (art.4.13). Este nuevo sistema de copago ha influido notablemente en la reducción del número de recetas dispensadas en ese mismo periodo.

El crecimiento de gasto farmacéutico que se ha comentado, se desarrolla a un ritmo menor que el del gasto sanitario público. Concretamente, el gasto sanitario público de 2010 (68.881.334 miles de euros) es 1,79 veces mayor que el de 2002 (38.563.045 miles de euros), mientras que el factor en la partida de gasto farmacéutico es de 1,58. (Tabla 11).

Aplicando la fórmula que se muestra bajo estas líneas, se observan las variaciones del gasto farmacéutico en relación al PIB del país. La mayor variación se puede ver en el periodo de 2002 (1,15% PIB) a 2003 (1,27% PIB). A partir de entonces y hasta 2007 se reduce el porcentaje de gasto, y en 2008 (1,25% PIB) y 2009 (1,34% PIB) vuelve a incrementarse (Tabla 11). En 2010 se mantiene en relación al año anterior y en 2011 se reduce a un porcentaje similar 2002-2003 (1,23% PIB).

$$\text{Gasto fco (\%PIB)} = \frac{(\text{gasto sanit. total (\%PIB)}) * (\text{\%gasto sanit. público}) * (\text{\%gasto fco})}{10000}$$

⁷⁶ CGCOF. PORTALFARMA. Información estadística. Medicamentos y farmacia en cifras 2012. [Internet] 12 de julio de 2013 [acceso 3 de noviembre de 2013]. Disponible en:

<http://www.portalfarma.com/Profesionales/infoestadistica/Documents/Medicamentos-Farmacia-Cifras-2012.pdf>

⁷⁷ RDL 16/2012

A la luz de los datos acerca del gasto sanitario destinado a toda la población, es complejo determinar en qué proporción éste afecta a la población “diana”.

Es difícil obtener datos de gasto sanitario desagregados por edades, de forma que se puedan extraer con exactitud los correspondientes a la población mayor de 65 años o a la población dependiente.

Sin embargo, sí se conocen los datos de gasto de facturación al SNS (medicamentos, fórmulas magistrales y efectos y accesorios a PVP+IVA) de la población activa y pensionista. En el periodo de enero a diciembre de 2013 fue de 3.054.751,6€ y 8.491.276,3 miles de euros respectivamente⁷⁸. Estos valores pueden tomarse como una aproximación del gasto de la población menor y mayor de 65 años. Su análisis, teniendo en cuenta que solo el 17,2% de la población es mayor de 65 años, muestra que el gasto de la población pensionista es mucho mayor que el de la población activa (82,8%). El precio medio por receta es de 12,23€ en activos y 13,85€ en pensionistas⁷⁹. (Tabla 12).

⁷⁸ CGCOF. Factura de Medicamentos y Productos Sanitarios del Sistema Nacional de Salud (SNS) dispensados a través de las Oficinas de Farmacia. Enero 2013. BOLETÍN ESTADÍSTICO [Internet] Diciembre de 2013 [acceso 3 de noviembre de 2013]. Disponible en: http://profesionales.farmaceticosdesevilla.es/opencms/export/sites/default/Proyecto/proyecto/RICOFS/Circulares/Circulares2014/120_2014.pdf

⁷⁹ El precio medio por receta corresponde a la suma de los PVP entre el total de recetas, sin descontar las deducciones de los Reales Decreto-ley 4/2010 y 8/2010, de 26 de marzo y 20 de mayo, respectivamente. En adelante RDL 4/2010 y RDL 8/2010.

En el concepto Aportación del Beneficiario, se incluye la tasa de un euro por receta presentada al Servicio Catalán de Salud (Ley 5/2012, de 20 de marzo, de medidas fiscales y administrativas y de creación del Impuesto sobre las Estancias en Establecimientos Turísticos art. 4.1) y las liquidaciones por aportaciones pendientes.

**CAPITULO II:
CONCEPTO DE ATENCIÓN
SOCIOSANITARIA Y TÉRMINOS
RELACIONADOS. EVOLUCIÓN Y
ESTADO ACTUAL DEL TEMA**

CAPÍTULO II. CONCEPTO DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIA Y TÉRMINOS RELACIONADOS. EVOLUCIÓN Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

1. NIVEL INTERNACIONAL

El impacto que produjo la Segunda Guerra Mundial -1939 a 1945- despertó la inquietud de muchos países por desarrollar relaciones amistosas entre naciones, prevenir conflictos y fomentar la seguridad internacional. Con este fin, en 1945 se fundó la ONU con el firme compromiso, entre otras cuestiones, de promover a nivel internacional el progreso social, el desarrollo de la salud, la mejora del nivel de vida y los derechos humanos⁸⁰. Para cumplir con estos compromisos se elaboraron diversos documentos entre los que cabe mencionar la Declaración Universal de Derechos Humanos de las Naciones Unidas (1948)⁸¹ (art.22 y 25), y la posterior Resolución sobre la Convención de los derechos de las personas con discapacidad (2007)⁸² que conforman el punto de partida de este capítulo sobre atención sociosanitaria (art.25 y 28). Ambos documentos enuncian derechos universales y libertades fundamentales que se observan en los planes de actuación de los diferentes países para ofrecer atención social y sanitaria a sus ciudadanos (por ejemplo, el Plan de Acción 2006-2015⁸³). Por una parte, los Estados miembros de la ONU, con la Declaración Universal de Derechos Humanos se

⁸⁰ Naciones Unidas. Portada. [Internet]. Naciones Unidas. [acceso 16 de marzo de 2010]. Disponible en: <http://www.un.org/es/aboutun/>

⁸¹ Naciones Unidas. Declaración Universal de Derechos Humanos. [Internet]. Naciones Unidas [acceso 16 de marzo de 2010]. Disponible en: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>

⁸² Naciones Unidas. Los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad. Convención de los derechos de las personas con discapacidad. A/RES/61/106. [Internet]. Naciones Unidas [acceso 16 de marzo de 2010]. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?id=617>

⁸³ Consejo de Europa. Recomendación Rec (2006) 5 del Comité de Ministros a los Estados miembros sobre el Plan de Acción del Consejo de Europa para la promoción de derechos y la plena participación de las personas con discapacidad (2006-2015) [Internet] Consejo de Europa [acceso 18 de mayo de 2012]. Disponible en: [http://www.coe.int/t/e/social_cohesion/soc-sp/Rec\(2006\)5%20Spain.pdf](http://www.coe.int/t/e/social_cohesion/soc-sp/Rec(2006)5%20Spain.pdf)

comprometen a que toda persona tenga derecho a disponer de seguridad social y un nivel de vida adecuado que le asegure la salud y el bienestar, por otra, con la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad concretan estos derechos para este sector de la población. Reconocen que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud y que debe asegurarse su acceso a diversos servicios como, por ejemplo, la rehabilitación. Asimismo, reconocen su derecho a un nivel de vida adecuado y a la protección social.

El desempeño de las funciones atribuidas a la ONU requiere una minuciosa organización. Por ello se ramifica en seis órganos (la Asamblea General, el Consejo de Seguridad, el Consejo Económico y Social, el Consejo de Administración Fiduciaria, la Corte Internacional de Justicia, y la Secretaría), que a su vez se ramifican en comisiones, órganos subsidiarios, comités y organismos⁸⁴. Dentro de este entramado se encuentra la OMS creada el 7 de abril del año 1948, con sede en Ginebra, como un organismo especializado⁸⁵ que constituye la autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria en el sistema de las Naciones Unidas. La OMS desempeña una función de liderazgo en los asuntos sanitarios mundiales: configura la agenda de las investigaciones en salud, aconseja sobre normas a seguir, presta apoyo técnico a los países y vigila las tendencias sanitarias mundiales. Dentro de este marco elabora, asimismo, proyectos, iniciativas y actividades sobre el envejecimiento y la discapacidad.

Si bien es cierto que el envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y del desarrollo socioeconómico, también es cierto que constituye un reto para la sociedad, que debe adaptarse a éste para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social y su seguridad.

⁸⁴ Naciones Unidas. Estructura y organización. [Internet]. Naciones Unidas. [acceso 18 de mayo de 2012]. Disponible en: <http://www.un.org/es/aboutun/structure/>

⁸⁵ Los organismos especializados como la OMS, son organizaciones autónomas que trabajan con la ONU y entre sí, a través de los mecanismos de coordinación del Consejo Económico y Social en el plano intergubernamental y a través de la Junta de los jefes ejecutivos del Sistema de las Naciones Unidas para la coordinación en el plano intersectorial.
Ibidem.

La plena participación en la sociedad constituye un punto que se pretende resaltar tanto en el ámbito de la discapacidad como en el del envejecimiento, con el objetivo de alcanzar la plena integración de la persona en la misma. Así lo ponen de manifiesto diversos documentos: "Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad"⁸⁶, "Convención de los derechos de las personas con discapacidad"⁸⁷, "Envejecimiento activo: un marco político (OMS)"⁸⁸, "Envejecimiento activo (IMSERSO)"⁸⁹, "Envejecimiento activo, la mejor «receta» para prevenir la dependencia"⁹⁰.

El concepto de plena participación forma parte de lo que la OMS define como envejecimiento activo que es «el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen». Su importancia radica en que contribuye por un lado a la prevención de la discapacidad y por otro a retrasar su agravamiento, ya que permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital así como participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades.

El enfoque de la OMS en cuanto a la discapacidad se dirige hacia una situación de derecho de las personas discapacitadas en lugar de considerarlo un problema médico o de dependencia. Con este nuevo enfoque se pretende que a las personas que presenten algún tipo de discapacidad no se les nieguen, como a veces sucede, oportunidades

⁸⁶ Naciones Unidas. Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad. 1982. Documento A/37/51 [Internet] Naciones Unidas [acceso 16 de marzo de 2010]. Disponible en:

<http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?id=500#text>

⁸⁷ Naciones Unidas. Los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad. Op. cit.

⁸⁸ OMS. Envejecimiento activo: un marco político. REV. ESP. GERIATR. GERONTOL. [revista en Internet] 2002 [acceso 18 de mayo de 2012]; 37 (S2): [74-105]. Disponible en: http://www.contag.org.br/imagens/f1855marco_politico.pdf

⁸⁹ REGATO P. Envejecimiento activo. [Internet]. IMSERSO; 2001 [acceso 18 de mayo de 2012]. Disponible en:

<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/regato-envejecimiento-01.pdf>

⁹⁰ MARTÍN LESENDE I et al. Envejecimiento activo, la mejor «receta» para prevenir la dependencia. REV. ESP. GERIATR. GERONTOL. [Internet] 2007 [acceso 18 de mayo de 2012] 42 (Supl 2): [4-6]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/124/124v42nSupl.2a13124363pdf001.pdf>

y la posibilidad de participación en la sociedad, para poder alcanzar una situación de prosperidad y bienestar.

1.1 DEFINICIÓN DE DISCAPACIDAD - MINUSVALÍA - DEFICIENCIA - ACTIVIDAD - RESTRICCIONES DE PARTICIPACIÓN

La comunicación entre las personas tiene como base fundamental la palabra; cuando se interpreta una misma palabra de forma diferente puede dar lugar a una falta de entendimiento. En aras de profundizar sobre distintos aspectos muy relacionados, que pueden superponer contextos, en este capítulo se revisan conceptos como la discapacidad, ABVD y dependencia entre otros (términos necesarios, todos ellos, para interpretar correctamente el trabajo y la realidad del tema).

En la actualidad el empleo habitual del término «*discapacidad*», deriva de la evolución de las connotaciones atribuidas a sus "antecesores". Así, términos como «*impedido*», «*inválido*», «*subnormal*» o «*minusválido*» han caído en desuso por considerarse peyorativos, primero en el ámbito legislativo, extendiéndose luego al administrativo y coloquial. Así, se da paso a una terminología de carácter neutro e incluso positiva^{91,92}. Es importante especificar el significado de términos como discapacidad, minusvalía y deficiencia ya que aunque coloquialmente se usan como sinónimos tienen definiciones específicas diferenciadas desde 1980

⁹¹ EGEA GARCÍA C y SARABIA SÁNCHEZ A. Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad. Boletín del Real Patronato sobre Discapacidad [Internet] 2001 [acceso 18 de mayo de 2012] (50): [15-30]. Disponible en: <http://usuarios.discapnet.es/disweb2000/art/clasificacionesOMSDiscapacidad.pdf>

QUEREJETA GONZÁLEZ M. La clasificación de la OMS: dificultades para usar un lenguaje común. ZERBITZUAN: GIZARTE ZERBITZUETAKO ALDIZCARIA. Revista de Servicios Sociales [Internet] 1999 [acceso 18 de mayo de 2012]; (37) [41-50]. Disponible en: <http://www.zerbitzuan.net/documentos/zerbitzuan/La%20clasificacion%20de%20la%20OMS.pdf>

⁹² «Según indica una publicación del Servicio de Información sobre Discapacidad (SID) de 2001, actualmente, se tiende al empleo de este término, y su evolución futura, parece centrarse en el empleo de la expresión personas con necesidad de apoyo, pero esto todavía no aparece reflejado en la legislación española».

VERDUGO MA, VICENT C, CAMPO M, DE URRÍES BJ. Definiciones de discapacidad en España: un análisis de la normativa y la legislación más relevante [Internet] SID; 2001. [acceso 10 de febrero de 2013]: [6]. Disponible en: <http://sid.usal.es/idocs/F8/8.4.1-5021/8.4.1-5021.PDF>

(CIDDM). La OMS propone *discapacidad* como un término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación⁹³ de un sujeto en relación a lo considerado normal para su grupo de población.

La *deficiencia* hace referencia a toda pérdida o anormalidad⁹⁴ de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. Es, por lo tanto, la exteriorización directa de las consecuencias de una enfermedad y se manifiesta en los órganos del cuerpo y en sus funciones.

La *limitación* de la actividad o *discapacidad* es la dificultad para ejecutar acciones o tareas⁹⁵.

La *restricción en la participación* o *minusvalía* es la dificultad para participar en situaciones vitales. Ésta supone la socialización de la problemática causada en un sujeto por las consecuencias de una enfermedad, manifestada a través de la deficiencia y/o la discapacidad y que afecta al desempeño del rol social que le es propio⁹⁶.

La discapacidad es, pues, un fenómeno complejo que refleja la interacción entre las características de una persona y las características de la sociedad en la que vive.

Esta definición está en consonancia con la actual Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (en adelante, CIF), como se verá posteriormente.

⁹³ OMS. Temas de salud: Discapacidades. [Internet] OMS; 2012 [acceso 18 de mayo de 2012]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/disabilities/es/>

⁹⁴ En esta definición se debe entender anormalidad exclusivamente como desviación de la normalidad.

⁹⁵ Si bien es cierto que el Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre se apoya en la definición que da la OMS a la discapacidad, debe aclararse que la forma en que se comenta en este capítulo no se refiere a la clasificación de la misma aportada por este Real Decreto. Según esta norma, el porcentaje de discapacidad – obtenido según la valoración del baremo del anexo I.A – sumado al baremo de los factores sociales (anexo I.B) determinaría el grado de minusvalía de la persona. (Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía art.4 y anexo I (BOE núm. 22, de 26 de enero de 2000)).

⁹⁶ Naciones Unidas. Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad, op. cit.

A nivel nacional, el IMSERSO adopta la definición y el criterio de la ONU presentado en el Preámbulo de la "Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad"⁹⁷ de 2006 por el que se reconoce que la discapacidad es un concepto que evoluciona. Se entiende como personas con discapacidad a aquellas que tienen deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás⁹⁸.

La LD indica, mediante una disposición adicional, que los términos «minusválido» y «persona con minusvalía» deben entenderse como «persona con discapacidad» y que este último término es el que se ha de usar a partir de la publicación de esta ley⁹⁹.

1.2 CIE-CIDDM-CIF

La recogida de datos para conocer la esperanza de vida y las causas de defunción de las personas a nivel internacional cuenta ya con más de 150 años de historia. Desde 1853, en que se creó la Clasificación Internacional de las Enfermedades y Problemas de Salud Conexos (CIE) en el Congreso Estadístico Internacional, se han publicado varias revisiones. En 1948 en la Conferencia Internacional para la Sexta Revisión de París, la OMS se hizo responsable de la CIE, por lo que ha sido la encargada de continuar con las posteriores revisiones que han tenido lugar hasta la actual CIE-10, que se ha convertido en la clasificación estándar para todos los fines epidemiológicos generales y muchos de gestión sanitaria¹⁰⁰.

La misión de esta clasificación es la de crear un lenguaje común y normalizado de las enfermedades, trastornos o lesiones desde un punto

⁹⁷ Naciones Unidas. Los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad, op. cit.

⁹⁸ IMSERSO. [Internet]. IMSERSO; 2009 [acceso 18 de mayo de 2012]. Inicio. Autonomía Personal y Dependencia. Grado de discapacidad. Disponible en web:

http://www.imserso.es/imserso_01/autonomia_personal_dependencia/grado_discapacidad/index.htm#ancla1

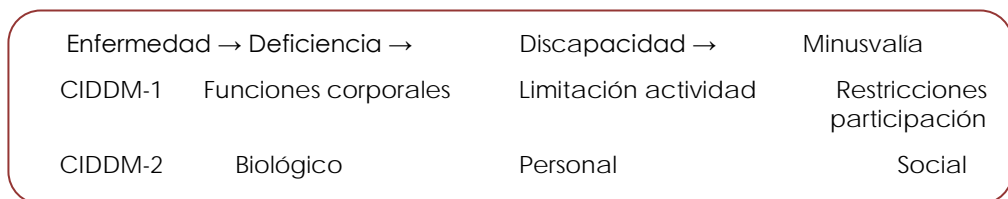
⁹⁹ Es obligado en este punto, hacer referencia a la ley marco que estableció las pautas de actuación en materia de discapacidad: la LISMI.

¹⁰⁰ OMS. Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud. A54/18. [Internet] OMS; 9 de abril de 2001 [acceso 18 de mayo de 2012]. Disponible en web: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA54/sa5418.pdf

de vista biomédico basado en el diagnóstico y el tratamiento a fin de obtener una nomenclatura uniforme de las causas de defunción, aplicable en todos los países.

Sin embargo, aunque este enfoque permitía identificar la esperanza de vida y las causas de defunción, no aportaba indicación sobre el estado de salud de las personas con vida; por lo que en 1976, en la 29ª Asamblea Mundial de la Salud, la OMS aprueba el ensayo de la CIDDM (Clasificación Internacional de las Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías) como complemento de la CIE. Posteriormente, en 1980, se publica el texto original en inglés (Manual de la CIDDM), y en 1983 se publica una traducción al español por parte del IMSERSO¹⁰¹.

Esta clasificación va más allá de la tradicional cadena etiología-patología-manifestación que se circunscribe exclusivamente a la enfermedad, para adoptar un nuevo esquema de consecuencias de la misma. La enfermedad – clasificada por la OMS en su Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Relacionados (CIE) – se entiende como una situación intrínseca que abarca cualquier tipo de trastorno o accidente, del que pueden derivar deficiencias a nivel de las funciones corporales, y a su vez pueden originar una situación de discapacidad porque determinen una limitación en las actividades que se puedan realizar; finalmente puede desembocar en una minusvalía cuando aparecen restricciones en la participación.



Esta primera clasificación se ha ido revisando en años sucesivos pasando de localizar la deficiencia en el sujeto en la CIDDM-1 a un modelo biopsicosocial en la CIDDM-2, basado en tres niveles: biológico, que permite plantear la existencia de la deficiencia; personal, que se refiere a las actividades personales y sus limitaciones, y social en el que se define el grado de participación social del individuo¹⁰².

¹⁰¹ EGEA GARCÍA, op. cit., 18.

¹⁰² VAZ LEAL F y CANO CARRASCO MA. Clasificación de las deficiencias, discapacidades y minusvalías. Ponencia en libro de actas del I Congreso virtual:

Las sucesivas revisiones corresponden a la CIDDM-2, el borrador β 1 de la CIDDM-2 en 1997 y el borrador β 2 en 1999 que pasó a denominarse "Clasificación Internacional del Funcionamiento y la Discapacidad", con una visión más positiva al minimizar los problemas de estigmatización y marginación. Posteriormente, se elaboraron un Borrador Prefinal y Final que dieron lugar a la actual CIF aprobada en 2001. Esta evolución ha hecho que la CIF haya pasado de ser una clasificación de "consecuencias de enfermedades" (CIDDM) a plantearse como una clasificación de "componentes de salud" (CIF) o, dicho de otro modo, "la salud y los estados relacionados con la salud". Esta nueva perspectiva permite hacer una clasificación teniendo en cuenta las condiciones de salud (trastorno o enfermedad), los factores ambientales y personales que interactúan con las funciones y estructuras corporales (que determinan el funcionamiento), y las actividades que pueda realizar la persona y su participación en situaciones de la vida.

La relevancia de la CIF, tanto a nivel internacional como nacional, reside en que, pese a las dificultades que se han podido presentar para su aplicación¹⁰³, ¹⁰⁴, permite obtener datos de salud, tanto para uso clínico como de investigación, comparables entre los diferentes Estados. Además, permite elaborar estadísticas de salud y estadísticas de discapacidad, lo que supone una fuente de información que podría determinar cambios en el modo de entender y evaluar la salud. Representa, por lo tanto, un valioso instrumento para establecer políticas de salud que permitan promover la igualdad de oportunidades

Derecho y discapacidad en el nuevo milenio [Internet] Extremadura: Academia Europea de Yuste; 2002 [acceso 18 de mayo de 2012]. Disponible en: <http://www.proyectojuvenalis.org/docs/clasificacion.pdf>

¹⁰³ QUEREJETA plantea dificultades en el uso de la terminología propuesta por la OMS en la CIDDM que podrían repetirse con la CIF: complejidad de su uso de forma cotidiana, escasa relevancia de las consecuencias sociales frente a las consecuencias de la enfermedad e inadecuadas traducciones del inglés.

-QUEREJETA GONZÁLEZ, op. cit., 41-50.

¹⁰⁴ EGEA Y SARABIA, dos años después de la publicación de QUEREJETA, con la aparición de la CIF, también plantean complicaciones en cuanto a la codificación de la información social, es decir, las escalas referentes a las actividades, la participación y los factores contextuales; reiteran, además, la dificultad del uso de la CIF de forma cotidiana por los codificadores, y recuerdan la recomendación de los propios redactores de la CIF de que los codificadores reciban entrenamiento.

-EGEA GARCÍA, op. cit., 15 a 30.

para todos y la lucha contra la discriminación existente en el entorno de la discapacidad¹⁰⁵.

2. ESTRATEGIAS DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIA EN EUROPA

El tratamiento que se da en las diferentes políticas sociales y sanitarias a la atención sociosanitaria trata de responder a las necesidades de la población, las cuales están condicionadas por las pautas de convivencia, apoyo informal y servicios formales que existen en cada país.

Desde documentos como los elaborados por el Consejo de Europa, el “Plan de Acción 2006-2015” y la “Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea” se reitera el derecho a la prestación de servicios sociales y a la protección de la salud; derechos que se ejecutan según tres modelos de atención a la dependencia.

2.1 PAUTAS DE CONVIVENCIA, APOYO INFORMAL, SERVICIOS FORMALES

La importancia de las necesidades de la población dependiente y mayor de 65 años¹⁰⁶ radica en el volumen de población afectada y la

¹⁰⁵VÁZQUEZ-BARQUERO JL et al. Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF): antecedentes, marco conceptual y estructura. PAPELES MÉDICOS [revista en Internet] 2001 [acceso 18 de mayo de 2012] 10 (4): [177-184]. Disponible en: <http://sedom.es/wp-content/themes/sedom/pdf/4cbc6dd52501bpm-10-4-003.pdf>

¹⁰⁶ CARRASCOSA et al. sostienen que existe una relación directa «entre la tasa de dependencia demográfica y la tasa de dependencia económica del sistema de protección social, entendiendo por esta última la proporción entre el número de perceptores de la prestación contributiva de jubilación y el número de cotizantes por esta contingencia».

La encuesta realizada por esta autora sobre el importe de las pensiones cobradas mensualmente por los jubilados encuestados muestra dos grupos: aquellos con pensiones superiores a 1.250 € que representan el 23,8 %, en su mayoría varones, y aquellos con niveles muy inferiores que corresponden generalmente a mujeres. Existe una correlación directa entre el incremento de las pensiones y el nivel educativo de las personas.

CARRASCOSA BERMEJO D, CARRILLO MÁRQUEZ D, LÓPEZ ÁLVAREZ MJ y LÓPEZ DE MIGUEL P. Protección social de los mayores: la jubilación. Puntos críticos. [Monografía en Internet]. Estudio resultante del proyecto de investigación financiado por el MINISTERIO DE TRABAJO E INMIGRACIÓN (SECRETARÍA DE ESTADO DE SEGURIDAD SOCIAL, Subvención para el Fomento de la investigación

coincidencia temporal del incremento de afectados con la denominada crisis del apoyo informal.

Teniendo en cuenta los cambios que se están produciendo en los modelos familiares, tanto por la incorporación de la mujer a la vida laboral, como por el crecimiento de los hogares unipersonales y en pareja entre la población mayor de 65 años, el problema se agudiza.

Tal como ocurre en otros países, en España tradicionalmente el apoyo informal a la persona dependiente se llevaba a cabo principalmente por mujeres. Sin embargo, la evolución de la sociedad hacia la plena inclusión de la mujer en el mercado laboral y por tanto la menor disposición de tiempo, unido a la menor tasa de natalidad (al tener menos hijos, dispone de un menor número de posibles cuidadores informales cuando envejecan ella y su pareja), reducen considerablemente el número de personas que dan apoyo informal a la sociedad¹⁰⁷.

Por otra parte, se observa (*Figura 3*¹⁰⁸) que, a grandes rasgos, los mayores de 65 años (españoles y europeos en general) en 2001 se decantan por las formas de vida unipersonales o en pareja, en sus propios hogares. El modo unipersonal se acusa más en el resto de países europeos (29,7%) que en España (19,5%). Este hecho, parece deberse a que la emancipación de los hijos se produce más tardíamente en España y a las formas de coresidencia con los padres ancianos¹⁰⁹.

En general, la forma de convivencia de la población mayor de 65 años más extendida en Europa es con la pareja y sin los hijos (40,4% en

sobre protección social FIPROS 2007/44. 2008 [acceso 1 de abril de 2014]; pág. 8 y ss.. Disponible en: <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/119791.pdf>

¹⁰⁷ MTAS: "Atención a las personas...", op. cit., 204-208.

¹⁰⁸ Gráfica adaptada de la fuente: EUROSTAT-Database. [Internet]. Population and social conditions. Population. Census. National level census 2001 round. [acceso 1 de abril de 2014] Disponible en:

<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/>

¹⁰⁹ LORENZO CARRASCOSA L y CASTEJÓN VILLAREJO P. Formas de convivencia, relaciones personales y la experiencia de envejecer. En: MTAS, IMSERSO. Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas. Informe 2008 [Internet] Madrid: 2009 [acceso 18 de mayo de 2012]: [225-268]. Disponible en:

<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/estadisticas/informe-mayores/2008/volumen-1/07-informe2008-vol1-cap5.pdf>

España y 41,8% en Europa). Le sigue la forma unipersonal¹¹⁰ (19,5% en España y 29,7% en Europa), la convivencia con la pareja y los hijos (17% en España y 9,2% en Europa), y la convivencia en otros hogares familiares (14% en España y 11,3% en Europa). Finalmente, de forma minoritaria, conviven el padre o la madre con los hijos o bien la convivencia tiene lugar en hogares no familiares.

2006 presenta unos datos similares, aunque con ciertas variaciones. Se mantiene como forma de vida mayoritaria la convivencia en pareja, que se incrementa a un 41,8% en 2006. Le siguen las personas que viven solas que alcanzan un 21,4%. También asciende el porcentaje de personas que viven en un hogar distinto del propio o de los hijos, alcanzando un 5,7% frente al 2,3% de 2001¹¹¹.

Estas diferentes formas de convivencia están motivadas por factores tan dispares como son la autonomía de las personas, la cercanía a la vivienda de los hijos, la posibilidad de ayuda de los abuelos a los hijos en el cuidado de los nietos, el reducido tamaño de las viviendas actuales, el incremento de las familias monoparentales, la movilidad y separación geográfica así como el retraso en la edad del matrimonio¹¹².

En relación a la situación económica de los mayores, ABELLÁN¹¹³ apunta en 2011 que prácticamente la totalidad de los mismos percibe algún tipo de pensión (directamente o a través del cónyuge). Cabe señalar que la pensión de jubilación media en enero de 2014 para personas con 65 años se sitúa en 864,92€¹¹⁴. No obstante, pese a la mejora de la situación económica general de los últimos años, debe

¹¹⁰ Como se observa en el INFORME 2010, el estado civil es considerado como un buen indicador del apoyo con el que puede contar la persona. Así, la soltería, viudedad, separación y divorcio, reducen los vínculos familiares con los que las personas pueden contar en la vejez.

En este sentido, la mujer se encuentra más desfavorecida al tener una mayor esperanza de vida y llegar al matrimonio a edades inferiores a los varones.

IMSERO. OBSERVATORIO DE PERSONAS MAYORES. Op.cit., 39.

¹¹¹ *Ibidem*, 227.

¹¹² MTAS: "Atención a las personas...", op. cit., 175 y ss.

¹¹³ ABELLÁN GARCÍA A, AYALA GARCÍA A, op. Cit.

¹¹⁴ Según datos del INE, la pensión media de diciembre de 2013 (862€) se ha visto ligeramente incrementada respecto a la de diciembre de 2012 (836,27€).

INE. Protección social. Sector público. Pensiones del Sistema de la Seguridad Social. Total de pensiones según clases de 2012 a 2014 [base de datos en Internet]. Madrid: INE; 2013 [acceso 10 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>

advertirse que la tasa de riesgo de pobreza de este grupo de población está en torno al 21,7%.

Como dato sobre el nivel de formación de las personas de 65 y más años, debe señalarse que en los últimos 30 años se ha reducido sensiblemente el analfabetismo, además de haberse incrementado el porcentaje de personas mayores con estudios de secundaria y superiores.

Según una publicación del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales¹¹⁵, el INE y algunos estudios estadísticos indican que el 32% de las personas mayores son cuidadas por sus hijas. Cifra que alcanza el 40% cuando los padres son mayores de 80 años. «*Sin embargo, los hijos varones que cuidan a sus progenitores sólo representan el 6%*».

Aunque tradicionalmente se ha dado una connotación de soledad y abandono familiar de las personas mayores al modo de vida unipersonal o con la pareja, realmente debe entenderse como signo de autonomía en los ámbitos de salud, económico y emocional.

Es evidente que la cercanía a la vivienda de los hijos u otros familiares facilita que se prolongue este modo de vida, gracias al apoyo de éstos en tareas cotidianas cuando empieza a mermar el grado de autonomía. Es en este momento cuando, en base a unas necesidades, surge el *apoyo informal* como acuerdo tácito entre las partes, ya que se va conformando según las necesidades del dependiente y las posibilidades del cuidador. El apoyo informal consiste pues en el cuidado del dependiente o del mayor de 65 años por parte de la familia, amigo, vecino,... de manera altruista y en mayor o menor medida de forma gratuita, a diferencia de los cuidados desarrollados por personal cualificado (profesionales de los servicios sociales y sanitarios) que constituyen los *servicios formales*. Estos últimos representan una opción que puede ser complementaria del apoyo informal o bien la única opción para cubrir las necesidades del mayor de 65 años o del dependiente.

En cualquier caso, la pérdida de autonomía da lugar a diferentes grados de dependencia que condicionan las posibilidades de la

¹¹⁵ ASOCIACIÓN NOVA HERDANZA. Compendio sobre prestaciones sociales para personas mayores en Galicia [Internet] Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2007 [acceso 10 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/097549.pdf>

persona mayor para optar por una u otra forma de convivencia, y la elección de la residencia habitual.

El cuidado del dependiente y/o de las personas mayores de 65 años, supone en numerosas ocasiones una sobrecarga para el cuidador informal que es quien desempeña todos los cuidados de larga duración en la mayor parte de los casos (sólo el 6,5% recibe estos cuidados de los servicios sociales)¹¹⁶.

El análisis de estas circunstancias plantea el hecho de que en la actualidad, el modo de que sigan manteniéndose los cuidados informales durante más tiempo es que se complementen con servicios formales¹¹⁷ (sociales y sanitarios). Los servicios formales alivian la carga y reducen los "costes de oportunidad" que puede suponer la dedicación del cuidador al dependiente. Además, se aporta calidad y profesionalidad a su cuidado.

Dentro de los recursos formales se distinguen los de tipo social y los de tipo sanitario. Según las formas de convivencia descritas, los servicios sociales que demanda la población son diferentes: centros de día, de noche, residenciales, alternativos a las residencias y servicios de atención a domicilio.

Los resultados de una encuesta sobre la opinión de las personas que cuidan a los mayores dan idea de la dirección que toma *a priori* la sociedad en cuanto al lugar de residencia en el que desearían recibir cuidados en caso de necesitarlos¹¹⁸. Según ésta, un 70% aproximadamente preferiría recibirlos en su propia casa, frente al 9,8% que preferiría una residencia pública, o el 2,7% una residencia privada. Si bien es cierto que la encuesta no fue realizada a la población en general, sin embargo resulta significativa dado que los cuidadores¹¹⁹,

¹¹⁶ MTAS: "Atención a las personas...", op. cit., 184.

¹¹⁷ Como indica ABELLÁN, el número de personas de 85 años y más por cada 100 de 45 a 65 años (ratio de apoyo familiar) ha ido aumentando progresivamente en los últimos años y se estima que seguirá haciéndolo, de manera que cada vez serán menores los recursos familiares disponibles para apoyar a una cifra tan alta de mayores.

ABELLÁN GARCÍA A, AYALA GARCÍA A. "Un perfil de las personas..." op.cit., 4.

¹¹⁸ MTAS: "Atención a las personas...", op. cit., 202-203.

¹¹⁹ En 2007 se publicó el Convenio especial de cuidadores no profesionales de personas en situación de dependencia mediante el cual los cuidadores quedaban incluidos obligatoriamente en el campo de aplicación del Régimen General de la Seguridad Social y en situación asimilada al alta, mediante la

gracias a su experiencia, son las personas que mejor conocen lo que es la atención al dependiente.

Si se atiende a la preferencia de vivir en su propio hogar, tanto de la población mayor de 65 años como de los cuidadores, parece evidente que para responder a la futura demanda, las políticas sociales y sanitarias deberían fomentar los servicios de atención a domicilio.

La demanda de servicios, por la población mayor de 65 años y/o dependiente, viene determinada por factores como son el estado físico y mental de la persona, su situación económica (ingresos, vivienda) y coste de los servicios, sus preferencias y, especialmente, la posibilidad de recibir cuidados de tipo informal y servicios formales de apoyo al cuidador informal.

Dado que la dependencia genera unos costes económicos, de tiempo y de calidad de vida tanto para el dependiente como para el cuidador, resulta imprescindible facilitar la integración del dependiente para minimizar estos costes.

2.2 DERECHO A LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES Y A LA PROTECCIÓN DE LA SALUD

El aumento de la demanda de cuidados profesionales sociales y sanitarios por parte de la población mayor de 65 años y de la población dependiente ha generado, a diferentes niveles (internacional, nacional, autonómico), numerosas iniciativas con el objetivo final de lograr su generalización y coordinación. Ello sucede especialmente en los países desarrollados, ya que, como se ha visto en el anterior capítulo, presentan una población más envejecida a causa de las mejoras sanitarias que propician una mayor esperanza de vida, y más recursos, aún dentro de lo limitado de los mismos.

La UE cuenta en la actualidad con 27 países. Su modo de alianza, a diferencia de la ONU, no es una mera cooperación entre gobiernos sino una agregación de países para tener más influencia de la que tendrían individualmente. Los Estados miembros continúan siendo naciones

suscripción del convenio. Posteriormente, en 2012 pasa a considerarse voluntario.

Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Convenio especial de cuidadores no profesionales de personas en situación de dependencia R.D. 615/2007 [Internet] 2013 [acceso 15 de febrero de 2013]. Disponible en: http://www.seg-social.es/Internet_1/Trabajadores/Afiliacion/Conveniosespeciales/Supuestosespeciales/Convenioespecialdec51635/index.htm

independientes pero comparten su soberanía, es decir, delegan algunos de sus poderes decisorios en las instituciones comunes creadas para que se tomen decisiones a nivel europeo¹²⁰.

El Consejo de Europa se reúne periódicamente. Las sesiones anuales (en marzo), se dedican a asuntos sociales, económicos y medioambientales.

En marzo del año 2000, el Consejo de Europa decidió que pese a lo desarrollado de los sistemas de protección social de la UE, éstos deben adaptarse de forma que se garantice su viabilidad a largo plazo frente al envejecimiento de la población y deben proporcionar servicios sanitarios de calidad¹²¹.

El informe de Laeken (2001), concluye que se debe atender a la modernización de los regímenes de pensiones, así como a mejorar la asistencia sanitaria y los cuidados de las personas. Todo ello en un marco de desaceleración económica de la UE en el año 2001, aunque se esperaba una progresiva recuperación a lo largo de 2002¹²². También el Consejo de Gotemburgo concluye que se necesita un enfoque global para afrontar el envejecimiento de la sociedad y asegurar la sostenibilidad de las pensiones¹²³.

En marzo de 2002, el Consejo de Europa, insta a los Estados miembros a incrementar su esfuerzo y coordinación en relación a la sostenibilidad a largo plazo de las finanzas públicas. El impacto del envejecimiento de la población, con los servicios requeridos, influye en dicha sostenibilidad.

¹²⁰ Europa.eu [sede Web] Europa.eu [acceso 21 de mayo de 2012] Funcionamiento de la UE. Instituciones y organismos de la UE. Disponible en internet: http://europa.eu/institutions/index_es.htm

¹²¹ Europa.eu [sede Web] Europa.eu [acceso 21 de mayo de 2012] Consejo Europeo de Lisboa. Conclusiones de la Presidencia. 23 y 24 de marzo de 2000. Disponible en: http://www.europarl.europa.eu/summits/lis1_es.htm

¹²² Europa.eu [sede Web] Europa.eu [acceso 21 de mayo de 2012] Consejo Europeo de Laeken. Conclusiones de la Presidencia. 14 y 15 de diciembre de 2001. SN 300/1/01 REV 1 (es). Disponible en: http://www.consilium.europa.eu/ueDocs/cms_Data/docs/pressData/es/ec/6883_2.pdf

¹²³ Europa.eu [sede Web] Europa.eu [acceso 21 de mayo de 2012] Consejo Europeo de Gotemburgo. Conclusiones de la Presidencia. 15 y 16 de junio de 2001. SN 200/1/01 REV 1. Disponible en: http://www.consilium.europa.eu/ueDocs/cms_Data/docs/pressData/es/ec/0020_0-r1.es1.pdf

En consecuencia, se propone establecer una nueva estrategia en la que se contempla la reforma de los regímenes de jubilación¹²⁴.

En 2003¹²⁵, se renueva el propósito de modernizar el modelo social europeo aplicando la estrategia de desarrollo sostenible (hasta 2009) adoptada en Gotemburgo. En 2006, en Bruselas, se reitera el mismo concepto¹²⁶.

2008 y 2009 han supuesto el principio de la etapa económica más dura para la UE por lo que desde el Consejo de Europa se hace un llamamiento a los Estados miembros para sanear su endeudamiento, y prestar especial atención a las personas más vulnerables y a los nuevos riesgos de exclusión social¹²⁷.

En 2010, con motivo de las presiones que pesan sobre los regímenes de asistencia sanitaria de los Estados miembros, como son la crisis financiera y el envejecimiento de la población, se advierte que la sanidad no debe considerarse solo como gasto sino también como inversión que puede reducir los gastos. Asimismo se destaca que la sostenibilidad no

¹²⁴ Europa.eu [sede Web] Europa.eu [acceso 21 de mayo de 2012] Consejo Europeo de Barcelona. Conclusiones de la Presidencia. 15 y 16 de marzo de 2002. SN 100/2/02 REV 2 (es). Disponible en: http://www.consilium.europa.eu/ueDocs/cms_Data/docs/pressData/es/ec/7082_9.pdf

¹²⁵ Europa.eu [sede Web] Europa.eu [acceso 21 de mayo de 2012] Consejo Europeo de Bruselas. Conclusiones de la Presidencia. 20 y 21 de marzo de 2003. 8410/03 jrb/BAM/er. Disponible en: http://www.consilium.europa.eu/ueDocs/cms_Data/docs/pressData/es/ec/7514_2.pdf

¹²⁶ Europa.eu [sede Web] Europa.eu [acceso 21 de mayo de 2012] Consejo Europeo de Bruselas. Conclusiones de la Presidencia. 23 y 24 de marzo, de 2006. 7775/1/06 REV. Disponible en: http://www.consilium.europa.eu/ueDocs/cms_Data/docs/pressData/es/ec/8902_6.pdf

¹²⁷ Europa.eu [sede Web] Europa.eu [acceso 21 de mayo de 2012] Consejo Europeo de Bruselas. Conclusiones de la Presidencia. 13 y 14 de marzo de 2008. Disponible en: http://www.consilium.europa.eu/ueDocs/cms_Data/docs/pressData/es/ec/9941_5.pdf

Europa.eu [sede Web] Europa.eu [acceso 21 de mayo de 2012] Consejo Europeo de Bruselas. Conclusiones de la Presidencia. 19 y 20 de marzo de 2009. 7880/1/09 REV 1. Disponible en: http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/es/ec/1068_15.pdf

consiste en recortar los gastos sino en obtener un rendimiento más alto. En este mismo año se designa 2012 como Año Europeo del Envejecimiento Activo ¹²⁸.

En 2010 se informa de la iniciativa de crear la "Asociación europea para la innovación a favor de un envejecimiento activo y en buena salud".

Se incide, en 2011, en lo indispensable de establecer medidas eficaces que permitan a los sistemas de protección social «*continuar ofreciendo protección y mejorando la aptitud para el empleo*¹²⁹». Con motivo de la extendida crisis económica, las conclusiones del Consejo Europeo de los años 2012, 2013 y 2014 se centran en la sostenibilidad económica de la UE ^{130, 131, 132, 133}.

¹²⁸ Europa.eu [sede Web]. Europa.eu [acceso 21 de mayo de 2012] Consejo de la Unión Europea. Comunicado de Prensa. Sesión nº 3053 del Consejo. Empleo, Política Social, Sanidad y Consumidores. Bruselas, 6 y 7 de diciembre de 2010. 17323/1/10 REV 1. (OR. en). PRESSE 331. PR CO 43. Págs. 16-21. Disponible en: http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/es/lisa/120831.pdf

¹²⁹ Europa.eu [sede Web]. Europa.eu [acceso 21 de mayo de 2012] Consejo de la Unión Europea. Comunicado de Prensa. Sesión nº 3131 del Consejo. Empleo, Política Social, Sanidad y Consumidores. Bruselas, 1 y 2 de diciembre de 2011/17943/11. (OR. en). PRESSE 471. PR CO 75. Disponible en: http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/es/lisa/127167.pdf

¹³⁰ Europa.eu [sede Web]. Europa.eu [acceso 10 de abril de 2014] Consejo de la Unión Europea. Comunicado de Prensa. Bruselas, 13/14 de diciembre de 2012. (OR. en). EUCO 205/12. CO EUR 19. CONCL 5. Disponible en: http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/es/ec/134371.pdf

¹³¹ Europa.eu [sede Web]. Europa.eu [acceso 10 de abril de 2014] Consejo de la Unión Europea. Comunicado de Prensa. Bruselas, 8 de mayo de 2012 (OR. en). EUCO 4/3/12. REV 3. CO EUR 2. CONCL 1. Disponible en: http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/es/ec/128560.pdf

¹³² Europa.eu [sede Web]. Europa.eu [acceso 10 de abril de 2014] Consejo de la Unión Europea. Comunicado de Prensa. Bruselas, 14 de marzo de 2013. (OR. en). EUCO 23/13. CO EUR 3. CO_CL 2. Disponible en: http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/es/ec/136159.pdf

¹³³ Europa.eu [sede Web]. Europa.eu [acceso 10 de abril de 2014] Consejo de la Unión Europea. Comunicado de Prensa. Bruselas, 21 de marzo de 2014. (OR. en). EUCO 7/1/14. REV 1. CO EUR 2. CO_CL 1. Disponible en:

2.2.1 “Plan de Acción 2006-2015” y “Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea”

Las reuniones del Consejo Europeo ponen de manifiesto el propósito de adaptarse a los continuos cambios de tipo social, demográfico y económico que se producen. Paralelamente, se publican otros documentos que inciden en la necesaria mejora de la calidad de vida de las personas con discapacidad, como es el Plan de Acción 2006-2015 [Rec. (2006)5]¹³⁴ adoptado por el Comité de Ministros el 5 de abril de 2006.

Dicho Plan va dirigido tanto a los Estados miembros para que integren las cuestiones relativas a la discapacidad en todas sus áreas políticas, así como a las empresas privadas, organizaciones no gubernamentales y otras organizaciones internacionales, por su proximidad a las personas con discapacidad. Debido al conocimiento de sus necesidades, estas organizaciones han cobrado especial relevancia y se han convertido en los interlocutores entre los gobiernos y las personas discapacitadas.

Entre las líneas que se consideran se encuentran la de “Asistencia sanitaria” y la de “Protección social”. La primera, aborda un acceso a servicios sanitarios de calidad acordes a las necesidades de los usuarios, en un plano de igualdad. Por ello se hace hincapié en la necesidad de formar a los profesionales de la salud con un enfoque más social de la discapacidad. La segunda plantea los sistemas de protección social en un plano de igualdad con los demás miembros de la sociedad.

Este Plan de Acción supone, por lo tanto, un llamamiento a los Estados para que mejoren la planificación y *coordinación* entre las autoridades, los organismos gubernamentales y los prestadores de servicios, tanto a nivel nacional como local, incidiendo especialmente en las personas con discapacidad.

Entre las acciones desarrolladas por la UE debe mencionarse la “Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea” que pretende reforzar la protección de los derechos fundamentales de los individuos.

http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/es/ec/141755.pdf

¹³⁴ Consejo de Europa. Recomendación Rec (2006) 5. Op. cit.

En la misma, se prohíbe la discriminación por motivos de discapacidad (art.21)¹³⁵.

Se reconoce el derecho a su integración y participación en la vida social como parte fundamental para el desarrollo de una vida activa, en plena armonía con el concepto de "envejecimiento activo" que pretende mantener la actividad física, social y mental de la persona a través de la participación en actividades recreativas, culturales, sociales, educativas, así como en la vida diaria en familia y en la comunidad (art.26 y 25).

En el artículo 34, se proclama el derecho de acceso a las prestaciones de la seguridad social y a los servicios sociales que garantizan una protección en casos de dependencia o de vejez y en el artículo 35 se reconoce el derecho a la protección de la salud. Ambos artículos hacen referencia al modo en que estos conceptos se hallen establecidos en las legislaciones de cada país, ya que, como se verá, se dan diferentes modalidades¹³⁶.

¹³⁵ Euskalherria [sede Web]. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas. 2001 Consejo de la UE. Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea. Diciembre 2000. Explicaciones relativas al texto completo de la Carta. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, 2001 [acceso 21 de mayo de 2012] Disponible en: http://www.euskalherria.com/dokumentuak/fitxategiak/carta_ue_es.pdf

¹³⁶ FERNÁNDEZ, en 2008, ya indicaba que son las prestaciones de servicios por profesionales las que aportan una mayor calidad en la atención y en la vida de los cuidadores, corroborando la tendencia actual de primar las prestaciones de servicios por profesionales.

Dicho esto, considera las últimas regulaciones en relación a los cuidadores no profesionales como un compromiso para modificar la realidad social de que progresivamente habrá un mayor número de personas en situaciones de dependencia que requerirán de unos cuidados que actualmente están ofrecidos principalmente por los propios familiares.

El escenario que plantea con el impulso a la figura del cuidador no profesional genera importantes consecuencias. Por un lado, se produciría una integración familiar que, en ocasiones, puede suponer un acto de gratitud y cariño. Este enfoque supone un ahorro al Estado en internamiento en residencias, trabajadores sociales y gastos de transporte, entre otros. Por otro lado, las consecuencias directas de la potenciación del cuidador no profesional implican la reducción de su capacidad laboral y la de los posibles cuidadores profesionales que desempeñarían esa labor, con las consiguientes repercusiones en el Sistema de la Seguridad Social (pérdida de cotizaciones y posible incremento de prestaciones por desempleo).

2.3 MODELOS DE PRESTACIÓN DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA: CUARTO PILAR DEL ESTADO DE BIENESTAR

El abordaje de la dependencia en cuanto a cobertura pública de los servicios es relativamente reciente. Entre los primeros países en legislar al respecto se encuentran Austria, con la "Ley Federal de Subsidio de Asistencia" de 1993, y Alemania, con el "Programa de Seguro de Cuidados de Larga Duración" de 1995. Posteriormente, otros países europeos como Reino Unido, Francia, Luxemburgo, Suecia y España han desarrollado también normativa sobre este tema.

Cada país ha intentado dar soluciones a esta problemática, originando diferentes modelos que, en todos los casos, van variando para adaptarse a la evolución de la sociedad: tendencia al alza del envejecimiento de la población, tendencia a permanecer en sus hogares si es posible, incremento de población mayor con enfermedades mentales (demencia senil, Alzheimer), incorporación de la mujer a la vida laboral y la consideración de la familia como principal cuidador (esto último, especialmente, en los países mediterráneos).

En Europa, a pesar de sus diferencias, estos modelos que configurarían el cuarto pilar del Estado de Bienestar¹³⁷, podrían agruparse, básicamente, en tres tipos:

FERNÁNDEZ ORRICO FJ. Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y Seguridad Social de cuidadores no profesionales. REVISTA DEL MINISTERIO DE TRABAJO E INMIGRACIÓN. [Internet] 2008 julio [acceso 15 de febrero de 2013]; 74 [79-104]. Disponible en: <http://libros-revistas-derecho.vlex.es/vid/cuidados-entorno-cuidadores-profesionales-50161643#>

¹³⁷ El Estado de Bienestar engloba los seguros de tres riesgos muy relevantes en la vida de los ciudadanos: el riesgo de enfermar, cubierto por el seguro sanitario, el riesgo de perder el trabajo, cubierto por el seguro de desempleo y el "riesgo de envejecer" cubierto por el seguro de las pensiones. Los pilares básicos comúnmente conocidos en que se apoya el Bienestar son la sanidad, educación y pensiones, siendo la educación, no tanto la cobertura de un riesgo en sí, sino la posibilidad de aportar igualdad de oportunidades a la población. La cobertura de estos tres riesgos, constituye los tres pilares del Estado de Bienestar, habría que añadir el riesgo de nacer o quedar discapacitado y de la dependencia cubierto por el cuarto pilar del Estado de Bienestar.

MULAS-GRANADOS. El Estado dinamizador y los pilares del Bienestar. El País. Jueves 18 de octubre de 2007 [periódico en Internet] 2007 [acceso 21 de mayo de 2012]. Disponible en: <http://www.almendron.com/tribuna/17263/el-estado-dinamizador-y-los-pilares-del-bienestar/>

- *El sistema universal* destinado a todos los ciudadanos, financiado mediante impuestos.

- *El sistema de protección a través de la Seguridad Social*, mediante prestaciones o modelo bismarckiano.

- *El sistema asistencial*, dirigido fundamentalmente a los ciudadanos carentes de recursos, financiado mediante impuestos.

El estudio de estos modelos pone de manifiesto el enfoque que cada país ha adoptado para atender las situaciones de dependencia.

2.3.1 Modelo universal

Se denomina así ya que sus prestaciones van destinadas a toda la población sin exclusiones por edad; en general, es el utilizado en los Países nórdicos y los Países Bajos. En estos países se llegó antes a la situación de tener una elevada tasa de población envejecida, lo que determinó que la toma de medidas fuera más precoz que en otros países europeos. Sus políticas sociales se han desarrollado en el sentido de promover la atención de tipo formal. El sistema es de copago ya que el Estado costea una parte de los servicios y el interesado abona el resto.

La financiación por la Administración pública es a través de impuestos, de forma que afecta a toda la población. Además, cuando se contrata un seguro privado de enfermedad, se obliga a que se contrate a la vez un seguro de dependencia.

En líneas generales el reparto público de funciones es como sigue:

- El Estado se encarga del pago de las pensiones.

- Los Condados se encargan de financiar los hospitales y servicios médicos.

- Los Municipios son los proveedores de servicios.

Las prestaciones que se ofrecen pueden ser bien de tipo servicios, bien económicas, aunque predominan las primeras, entre las que se incluyen los servicios a domicilio.

La oferta es eminentemente pública, principalmente en lo que se refiere a servicios domiciliarios y residencias, aunque se está introduciendo paulatinamente el sector privado.

La oferta de servicios a elegir por los usuarios es amplia, siendo uno de los modelos más avanzados pero también de los más costosos¹³⁸. Cuenta en general con los niveles más elevados de gasto público. Por ejemplo, en el año 2005, Noruega dedicó un 4,5% del PIB, Finlandia un 3,4%, Islandia un 3,2% y Suecia un 4,8%¹³⁹.

2.3.2 Modelo de protección de la Seguridad Social

Es el modelo bismarckiano¹⁴⁰, aplicado en Centroeuropa (por ejemplo en Alemania, Austria, Luxemburgo y Francia). En cierto modo, se sitúa entre el modelo universal y el modelo asistencial, compartiendo características de ambos. Se halla destinado a toda la población, independientemente de su edad, de forma análoga al modelo universal, ya que se fundamenta en el derecho a la protección de la dependencia en el ámbito de la Seguridad Social. Sin embargo, en

¹³⁸ MTAS: "Atención a las personas...", op. cit., 674-707.

¹³⁹ PETRASOVA A. Social Protection in the European union. Eurostat. Statistics in focus. 46/2008. Population and social conditions. Living conditions and welfare. Social [Internet] 2008 [acceso 17 de mayo de 2012]: pág. 5 Disponible en: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-SF-08-046/EN/KS-SF-08-046-EN.PDF

¹⁴⁰ Modelo de protección bismarckiano: es contributivo y profesional; sólo tienen derecho a las prestaciones los trabajadores que han contribuido obligatoriamente con parte de su remuneración a crear un fondo que cubra los gastos de atención a la salud y pueda suministrar un ingreso por causas de edad, accidente, enfermedad o paro involuntario.

Modelo de Beveridge: es un modelo no contributivo y universal. Todos los trabajadores renuncian a una parte de sus ingresos para proveer un fondo que permita el suministro a todos los miembros de la sociedad con un nivel de recursos mínimo, incluyendo a personas que no hayan cotizado; persigue evitar situaciones de extrema pobreza.

La aplicación de un modelo u otro no es excluyente; por ejemplo, en España se da una protección de tipo mixto: la seguridad social española dispone de determinadas prestaciones exclusivas para los trabajadores que han cotizado y otras de carácter universal como la asistencia sanitaria.

RAVENTÓS D. El derecho a la existencia. caps. 6, 7, y 9. Extractos. Barcelona, Ariel; 1999

BOSCH PRÍncep M y CLARAMUNT BIELSA MM. Previsión social pública. Prestaciones en el Régimen de la Seguridad Social. nº 54 [monografía en Internet] 5ª ed. Universidad de Barcelona. COLECCIÓN DE PUBLICACIONES DEL DEPARTAMENTO DE MATEMÁTICA, ECONÓMICA, FINANCIERA Y ACTUARIAL: BOSCH PRÍncep. M Y CLARAMUNT BIELSA M.M. 2005 [acceso 21 de mayo de 2012]. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/366/1/136.pdf>

estos países se conserva la tradición asistencialista que atribuye a la familia la responsabilidad del cuidado del dependiente.

La financiación procede de cotizaciones a la Seguridad Social e impuestos. Algunos países disponen además de otras formas de financiación como son los empresarios y los pensionistas (a modo de fondos de pensiones), o incluso un canon sobre la energía eléctrica como en Luxemburgo.

Existen prestaciones de tipo servicios pero principalmente se dan las de apoyo a la familia. El apoyo a la familia se consigue impulsando prestaciones como el SAD (Servicio de Ayuda a Domicilio) o ayudas al cuidador (facilitando las excedencias en el trabajo, mediante la cobertura de cotizaciones o servicios de descanso con los centros de día y residenciales para vacaciones).

La gestión de los recursos económicos se encuentra centralizada, mientras que la responsabilidad de la gestión de servicios corresponde a la Administración territorial. A diferencia del sistema universal, existe una considerable intervención de las empresas y ONGs. Se trata de un sistema de copago, lo que contribuye a frenar el gasto público.

El modelo, en líneas generales, supone un menor coste que el universal, con valores de gasto público destinado a la dependencia por ejemplo de un 2,2 % del PIB en Alemania y Austria, de un 2,8% en Luxemburgo y de un 1,8% en Francia, en el año 2005¹⁴¹.

Cada país procede a valorar la dependencia en base a unas escalas. En función de éstas y de los ingresos del usuario se podrá acceder a unas prestaciones u otras y una mayor o menor percepción económica.

Realizada la valoración, se procede a la elección de las prestaciones, de las que se dispone de un amplia oferta tanto a nivel de servicios como de prestaciones económicas. Sin embargo, cabe advertir que, conforme aumenta el nivel de dependencia, se tiende más a las condiciones de la atención especializada que al cuidado informal.

Respecto a la coordinación entre los niveles social y sanitario, Alemania tiene un sistema complejo donde el mayor peso corresponde al sector sanitario. Austria y Francia tienen una baja coordinación, mientras que Luxemburgo es el que posee la más alta.

¹⁴¹ PETRASOVA A, op. cit., 5.

2.3.3 Modelo asistencial

Los países europeos del Mediterráneo, como Italia, han aplicado el modelo asistencial fundamentado en una tradición que permanece bastante arraigada. En líneas generales, se mantiene que la responsabilidad de la persona dependiente corresponde a la familia. Compartían este compromiso, principalmente hasta los años ochenta, con otras formas de asistencia que tenían sus orígenes en organizaciones religiosas o similares, movidas por el compromiso social y la caridad.

A diferencia de los modelos anteriores cuyas prestaciones iban dirigidas a toda la población, este modelo está destinado a satisfacer las necesidades básicas de los ciudadanos en situación de dependencia con insuficiencia de recursos. El sistema deja desamparados a los ciudadanos dependientes pertenecientes a las clases medias, ya que al tener ciertos ingresos no cumplen con los requisitos de acceso sobre renta disponible y quedan excluidos del acceso a los servicios de carácter público. Sin embargo, los ingresos pueden ser insuficientes para costear determinados servicios sociales, como los residenciales en el ámbito privado.

Se trata, también, de un sistema de copago, lo que permite, como ya se ha comentado, frenar el gasto público.

Los servicios residenciales están más desarrollados que los de tipo comunitario, aunque es probable que estos últimos vayan mejorando con el tiempo debido al incremento de la demanda, acercándose a las políticas sociales de otros países de la UE más evolucionadas.

La gestión de servicios es principalmente privada y se encuentra descentralizada, lo cual acarrea un importante desequilibrio territorial en cuanto a su extensión y calidad.

El gasto público destinado a las prestaciones de la dependencia es, en general, el más reducido de los tres modelos (Italia gasta un 1,5% del PIB), lo que se traduce en una insuficiencia de recursos y en su peor calidad.

Una dificultad añadida en la atención a la dependencia es la separación existente a nivel normativo entre el ámbito sanitario y el ámbito socio-asistencial a pesar de los numerosos intentos de coordinación. Esta situación complica la fluidez entre las relaciones de los diferentes profesionales implicados que tienden a enfatizar las

competencias propias, en una lógica de autolegitimación y de refuerzo del poder profesional.

Sin embargo, estos países, impulsados por una creciente demanda social debida a los cambios sociodemográficos comentados, van, cada vez más, hacia un progresivo universalismo. Tal es el caso de España en que la prestación de servicios sociales en general se corresponde al modelo asistencialista destinado a la población que carece de recursos económicos, con una inversión de entre un 1,2% y un 1,5% del PIB en 2005, y cuyo fundamento se basa en la tradición asistencialista donde la responsabilidad de la atención recae en la familia. Sin embargo, actualmente – con la LD¹⁴² – la atención a la dependencia se basa en el principio de ciudadanía y presenta carácter universal.

Al estudiar las principales características de los tres modelos de atención a la dependencia aplicados en los distintos países de Europa, se observa:

- La falta de uniformidad y estandarización en la valoración de la dependencia, tanto a nivel del evaluador como de las escalas que gradúan el nivel de dependencia. En efecto, los que realizan la encuesta cuyos resultados permiten la valoración pueden ser trabajadores sociales, médicos o psicólogos o varios de ellos.
- En general los países del Norte destinan un mayor capital a la atención a la dependencia. Respecto a los recursos económicos destinados a la dependencia, no debe olvidarse que las inversiones realizadas en los servicios sociales generan importantes retornos económicos, gracias al ahorro en prestaciones de desempleo, incremento de la recaudación por cotizaciones sociales y de los ingresos fiscales, vía IVA, IRPF e Impuesto de Sociedades¹⁴³.

Se trata, por tanto, de una oportunidad de generar empleo, importante para las políticas públicas, pero también para el sector privado, dada su escasa expansión actual. Para ello, se debe fomentar el concepto de

¹⁴² Los antecedentes legislativos de la LD han de buscarse en el Capítulo V del Título II del Real Decreto legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, donde se abordan las situaciones de incapacidad e invalidez.

¹⁴³ MTAS: “ Atención a las personas ...”, op. cit., 719

envejecimiento activo que favorezca la integración y participación social de los mayores¹⁴⁴.

- En todos los casos, el sistema de financiación de los servicios funciona mediante la aportación de parte de los ingresos del usuario una vez valorada la renta del mismo.

- La limitación de edad, de recursos económicos y del nivel de dependencia frente a la universalidad para el acceso a servicios formales. Países como Reino Unido, Suecia, España (con anterioridad a la publicación de la LD) y Francia establecen escalones de edad a partir de los cuales se tiene derecho a una prestación (a partir de los 60, 65 o 75 años). Países como Alemania y Luxemburgo conciertan el acceso a las prestaciones y derechos a todas las edades, de forma que dan cobertura a la dependencia generada por problemas congénitos, accidentes de tráfico, conflictos y guerras.

Una consecuencia directa de estas diferencias es el desequilibrio territorial en cuanto al número de prestaciones a elegir, así como la calidad de las mismas, que suele ser mayor en los países del norte y centro de Europa. Asimismo, países con el modelo asistencial que solo incluyen como beneficiaria la población con recursos insuficientes, dejan ampliamente desprotegida la población de las clases medias.

En general, se tiende a una valoración diferente a nivel de domicilio y a nivel de residencia. Parece ser que se pretende potenciar la residencia en el domicilio con lo que se favorece la integración en la sociedad, al tiempo que se respeta esta tendencia de los ciudadanos lo que probablemente abarate los costes de los servicios prestados. La puesta en marcha de una adecuada coordinación con los centros de día y con los centros de salud, así como el apoyo a las familias (cuidadores) son medidas que favorecen la tendencia manifestada.

Finalmente, puede decirse que todos estos países dan especial importancia a valorar el grado de ayuda necesario en el autocuidado,

¹⁴⁴ ASGHAR ZAIDI. Características y retos del envejecimiento de la población: la perspectiva europea. En: MSPS, IMSERSO. Documentos internacionales. Envejecimiento de la población europea: la felicidad, la protección de la dignidad y el envejecimiento saludable. Boletín sobre el envejecimiento. Perfiles y tendencias. [Internet] Madrid: MSPS; 2008 [acceso 21 de mayo de 2012] (37). Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/boletinsobreenvejec37.pdf>

la movilidad, las tareas domésticas y el tiempo de ayuda requerida en horas por semana.

3. LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA EN ESPAÑA

Una vez revisados los citados aspectos a nivel internacional y los modelos planteados por diferentes países para solucionar los problemas sociales de su territorio, se procede en este apartado a analizar las bases legislativas de la vía que ha adoptado España. En este sentido, se examina desde la CE hasta las atribuciones dadas a las autonomías, así como el sistema de Seguridad Social español y el nuevo planteamiento en la atención a la dependencia como derecho subjetivo de ciudadanía que introduce la LD.

3.1 FUNDAMENTACIÓN CONSTITUCIONAL Y ATRIBUCIONES A LAS AUTONOMÍAS

La CE proclamada en 1978 define el régimen básico de los derechos y libertades de ciudadanos y poderes e instituciones de la organización política¹⁴⁵. Como fuente de Derecho resulta necesario incidir en determinados artículos, como punto de partida (*en el aspecto legislativo*), para abordar el tema que nos ocupa.

En sus principios básicos se refiere a España como «*un Estado social y democrático de Derecho*, que propugna como valores superiores de su ordenamiento jurídico la libertad, la justicia, la igualdad y el pluralismo político» (art.1.1). El significado de este artículo, da sentido al proceder que debe llevar a cabo el Estado en general y en el ámbito sociosanitario en particular.

El Estado de Derecho hace referencia al acatamiento que deben adoptar ciudadanos y poderes públicos a la disciplina del Derecho (a la CE, al resto de ordenamiento jurídico y a la jurisprudencia correspondiente)¹⁴⁶.

¹⁴⁵ CE art.9.1 y 53.1

¹⁴⁶ GARCÍA PELAYO M. Reproducción parcial de: Las Transformaciones del Estado Contemporáneo, "El Estado Social y democrático de derecho en la Constitución Española", para: Materiales de Derecho Constitucional. [Internet] 2000 [acceso 21 de mayo de 2012]. Disponible en: <http://www.uruguayeduca.edu.uy/Userfiles/P0001%5CFile%5CEI%20Estado%20social%20y%20democr%C3%A1tico%20de%20derecho%20en%20la%20Constituci%C3%B3n%20espa%C3%B1ola%20-%20Garcia%20Pelayo.pdf>

El Estado democrático se caracteriza por la soberanía nacional y el pluralismo político. En esta forma de estado las organizaciones sociales contribuyen con la Administración para proceder a las acciones sociales que se desarrollen.

Por último, el concepto de Estado social procede de la transformación del Estado liberal (que, como su nombre indica, está libre de intervención pública) a un Estado caracterizado por la prosecución de la procura existencial con el fin de satisfacer las necesidades vitales que no pueden ser satisfechas por los individuos o por los grupos. El ciudadano es partícipe de una serie de derechos políticos y de bienes económicos y culturales. Se configura pues, como un Estado donde los poderes públicos deben promover las condiciones para el correcto ejercicio de los derechos de los ciudadanos y donde la riqueza del país queda subordinada al interés general por medio de las prestaciones que refiere el Capítulo III del Título I. Entre éstas, las correspondientes a la Seguridad Social, la protección de la salud y las pensiones (artículos 41, 43 y 50).

La garantía de la suficiencia económica¹⁴⁷ de los ciudadanos durante la tercera edad se halla en el artículo 50, referido a las pensiones. Sin embargo, la exclusiva consideración de las pensiones para lograr este objetivo, podría resultar insuficiente para alcanzar un estado de bienestar en la población de la tercera edad. Por este motivo, se completa el artículo 50 añadiendo la promoción de un sistema de servicios sociales que cubra las necesidades específicas referidas a salud, vivienda, cultura y ocio. Esta enumeración de necesidades, tal

¹⁴⁷ Respecto al artículo 50, FIGUERUELO BURRIEZA recuerda lo comentado por MARTÍN MATEO en "Sobre el concepto de Asistencia social", en Problemas fundamentales de Beneficencia y asistencia social (1967): "si la suficiencia económica de los ciudadanos durante la tercera edad estuviera total o parcialmente garantizada por Seguros Sociales, tales pensiones no se concederían o quedarían reducidas a la proporción que correspondiera".

FIGUERUELO BURRIEZA A. La protección constitucional de las personas mayores. Conferencia pronunciada en la Universidad de Salamanca en el marco de las Jornadas: Los mayores ante el Derecho. 19 de noviembre de 2003. UNED. Teoría y Realidad Constitucional. núm. 14, 2º semestre 2004, UNED. Teoría y Realidad Constitucional. [Internet] 2004 [acceso 21 de mayo de 2012]: (14), 2º semestre [345-357] Disponible en:

<http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/trcons/cont/14/not/not13.pdf>

como indica SAGARDOY no pretende ser exhaustiva, sino más bien ilustrativa acerca de las posibilidades de atención en dicho sector¹⁴⁸.

Procede también matizar quiénes son los beneficiarios de esta prestación: los ciudadanos de la tercera edad. O sea, la mayor parte del grupo de población con dependencia, tal como se vio en el primer capítulo. La cobertura de la discapacidad, en toda la población, se contempla en el artículo 49 al establecer una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración.

La CE sienta las bases a través de los derechos de los ciudadanos y los principios rectores de la política social y económica (Título I: Capítulos I y II) para que los poderes públicos garanticen las prestaciones sociales y la protección de la salud, entre otros.

Estas bases se desarrollaron a través de la Seguridad Social que ofrece para todos los ciudadanos¹⁴⁹, desde la asistencia sanitaria, hasta los servicios sociales *«que puedan establecerse en materia de reeducación y rehabilitación de inválidos y de asistencia a la tercera edad»*, pasando por otras prestaciones como las de recuperación profesional o de familiares a cargo (art.41 de la CE). Como complemento a estas prestaciones, se añade la asistencia social¹⁵⁰ para atender situaciones de necesidad, previa demostración de que el interesado carece de los

¹⁴⁸ SAGARDOY BENGOCHEA JA. «Artículo 50. La protección a la tercera edad y el bienestar social». En: Comentarios a las leyes políticas, dirigidos por Oscar Alzaga, T. IV, Edersa, Madrid, 1984.

¹⁴⁹ Posteriormente a la publicación de la CE, en 1994, en la Ley de la Seguridad Social se definieron los beneficiarios de las prestaciones ofertadas en sus modalidades contributiva, no contributiva y extranjeros residentes en España (art.7).

¹⁵⁰ Se mencionan tanto la asistencia social como la Seguridad social en el abordaje de la dependencia, ya que como afirma SEMPERE y corrobora MORETÓN, no es exclusiva de una sola de estas técnicas, sino que más bien es susceptible de ser protegida por ambas. En consecuencia, resulta más oportuno hablar de "protección social". (Como se explica posteriormente, la competencia de estas materias estará repartida entre las CCAA y el Estado).

SEMPERE NAVARRO. Antecedentes y estructura de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Dependencia. Aranzadi social, 17, 2007.

MORETÓN SANZ MF. Derecho y obligaciones de los mayores en la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. En: RODRÍGUEZ VERA E. REVISTA DEL MTAS 70. [acceso 21 de mayo de 2012]. Madrid: MTAS; 2007. págs. 45-70. Disponible en: http://www.empleo.gob.es/es/publica/pub_electronicas/destacadas/revista/numeros/70/Trabajo-70.pdf

recursos indispensables para hacer frente a esa situación¹⁵¹ (art.38.1 y 2, y art.55 de la Ley de la Seguridad Social¹⁵²).

Por último, no debe dejarse en el olvido la protección a la familia mencionada en el artículo 39 de la CE en los ámbitos social, económico y jurídico, ya que es ésta quien generalmente asume la función de cuidador informal, con toda la carga que ello supone.

Con este breve recorrido por la CE, se comprueba, tal como indica MORETÓN¹⁵³, que los artículos 49 y 50, dedicados a la discapacidad y la tercera edad, «sobre los derechos y deberes fundamentales, han de ser interpretados conjuntamente con el Régimen público de la Seguridad Social y la protección a la familia en los ámbitos social, económico y jurídico¹⁵⁴».

La justificación de la acción protectora se encuentra en la justicia y solidaridad social que llega a los ciudadanos a través del Estado de Derecho, social y democrático. Así pues, la respuesta a la contingencia de la dependencia debe realizarse por políticas públicas que han de velar por la plena participación en la vida de la comunidad¹⁵⁵, la autonomía personal y el pleno ejercicio de los derechos de los ciudadanos.

Para cubrir las necesidades de salud se ponen a disposición de los ciudadanos instalaciones sanitarias (consultorios, centros de salud, hospitales,...) tanto para la atención primaria como especializada en los ámbitos curativo y preventivo. Y las correspondientes instalaciones para las actividades rehabilitadoras y de adaptación. En este sentido, la atención sociosanitaria, que pretende solventar de forma coordinada problemas de carácter social y sanitario, quedaría amparada por el

¹⁵¹ La asistencia social, tal como la define la Ley de la Seguridad Social en su artículo 55, constituye el modo en que la Seguridad Social, con cargo al Fondo Nacional de Asistencia Social (FNS), ofrece servicios y auxilios económicos en aquellas situaciones de necesidad previa demostración de la falta de recursos. Esta ayuda puede estar dirigida a las personas necesitadas, o bien a sus familiares o asimilado de quien dependen.

¹⁵² Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social (BOE núm. 154, de 29 de junio)

¹⁵³ MORETÓN, op. cit., 47 y ss.

¹⁵⁴ CE arts. 39, 41, 49 y 50.

¹⁵⁵ Véase: Real Patronato sobre Discapacidad. [Internet]. Líneas de actuación estratégicas [acceso 21 de mayo de 2012]. REAL PATRONATO SOBRE DISCAPACIDAD; 2004. Disponible en: http://www.rpd.es/lineas_estrategicas.html

principio rector de la política social y económica de la protección de la salud.

En la CE, quedan sin concretar ciertos aspectos¹⁵⁶ que están abiertos a su posterior desarrollo, distribuido entre el Estado y las CCAA en base a las competencias dictadas en los artículos 148 y 149.

Las competencias de las distintas CCAA vienen recogidas en sus Estatutos de Autonomía. El reparto de las mismas fue un proceso escalonado que comenzó con las Leyes Orgánicas de los Estatutos de Autonomía del País Vasco y Cataluña en diciembre de 1979, les siguieron Galicia, Andalucía, Cantabria y Asturias en 1981, La Rioja, Murcia, Comunidad Valenciana, Aragón, Castilla-La Mancha, Castilla y León, Canarias, Madrid y Navarra en 1983 y por último, las ciudades autónomas Ceuta y Melilla en 1995. En la *Tabla 13*¹⁵⁷ se indican las Leyes Orgánicas así como su modificación en alguna CA y la reforma (entre 2006 y 2007) del Estatuto de Autonomía de cinco CCAA: Andalucía, Baleares, Castilla y León, Cataluña y Comunidad Valenciana.

En función del reparto de competencias se reservan para el Estado de forma exclusiva la legislación básica y régimen económico de la Seguridad Social y en el ámbito sanitario las cuestiones sobre Sanidad exterior, las bases y la coordinación general de la sanidad (véase la Ley General de Sanidad¹⁵⁸), así como la legislación sobre productos farmacéuticos (medicamentos y productos sanitarios) (véase la LGURM).

A las CCAA se les atribuye la ejecución de los servicios de la Seguridad Social, así como las competencias en materias de Sanidad y Asistencia social.

A pesar de referirse al mismo tipo de servicio, cada comunidad autónoma ha adoptado una nomenclatura propia¹⁵⁹. Así pues, los servicios sociales en Andalucía se llaman "Consejería para la Igualdad y el Bienestar social", en Aragón "Instituto Aragonés de Servicios Sociales",

¹⁵⁶ Tal es el caso de la tutela de la discapacidad y de los mayores, cuya alusión en la CE no es sino un reclamo de desarrollo normativo. MORETÓN, op. cit.

¹⁵⁷ BOE [Internet] Madrid: Agencia estatal Boletín Oficial del Estado. Estatutos de Autonomía [acceso 21 de mayo de 2012]. Disponible en: http://www.boe.es/aeboe/consultas/enlaces/estatutos_autonomia.php

¹⁵⁸ Ley General de Sanidad

¹⁵⁹ El término servicios sociales adquiere distintos nombres como acción social o asistencia social, usándose indistintamente.

en la Comunidad Valenciana “Conselleria de Bienestar Social¹⁶⁰”, en Madrid “Consejería de Familia y Asuntos Sociales”. Lo mismo sucede con los nombres de los departamentos responsables de la asistencia sanitaria: “Consejería de Salud” en Andalucía, “Servicio Aragonés de Salud” en Aragón, “Departament de Salut” en Cataluña, “Servicio de Salud de Castilla-La Mancha” (SESCAM) o “Conselleria de Sanitat” en la Comunidad Valenciana¹⁶¹.

3.2 SEGURIDAD SOCIAL: SERVICIOS SOCIALES Y ASISTENCIA SOCIAL

El sistema de la Seguridad Social actual tiene la finalidad de garantizar la protección adecuada frente a las contingencias y situaciones que se indican en la Ley de la Seguridad Social¹⁶². Su acción protectora ha sido revisada en el apartado anterior. (Nota a pie de página 133). Se circunscribe la acción protectora al Régimen General, Regímenes Especiales¹⁶³ de la Seguridad Social y la modalidad no contributiva.

La asistencia social consiste en la dispensación de servicios y auxilios económicos previa demostración de la falta de recursos por parte del interesado para hacer frente a estados o situaciones de necesidad (se exime de la demostración de falta de recursos en caso de urgencia).

¹⁶⁰ Decreto 193/2012, de 21 de diciembre, del Consell, por el que aprueba el Reglamento Orgánico y Funcional de la Conselleria de Bienestar Social (BOE núm.6.929, de 24 de diciembre de 2012)

¹⁶¹ Decreto 191/2012, de 21 de diciembre, del Consell, por el que aprueba el Reglamento Orgánico y Funcional de la Conselleria de Sanidad y se regulan los órganos de gestión de la Agencia Valenciana de Salud (DOGV núm.6929, de 24 de diciembre)

¹⁶² Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social art. 7 (BOE núm. 154, de 29 de junio)

¹⁶³ Conviene precisar que el Régimen General comprende a los trabajadores por cuenta ajena o asimilados, mientras que los regímenes especiales comprenden a los trabajadores dedicados a las actividades agrícolas, forestales y pecuarias, así como los titulares de pequeñas explotaciones que las cultiven directa y personalmente, trabajadores del mar, trabajadores por cuenta propia o autónomos, funcionarios públicos, civiles y militares, empleados de hogar, estudiantes y aquellos que determine el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social (arts. 10 y 97).

La gestión de la asistencia social se lleva a cabo por el IMSERSO¹⁶⁴ en base a los recursos consignados para este fin en los Presupuestos correspondientes (art. 55).

3.2.1 Servicios Sociales en las CCAA

Pese a haberse anunciado en repetidas ocasiones una ley estatal de servicios sociales, y por tanto, con carácter de norma básica que haga efectivo el derecho y que establezca unas prestaciones mínimas en todo el Estado para esta materia, todavía no ha sido publicada. El motivo, según el Libro Blanco, puede deberse a la ambigüedad de los títulos competenciales y los costes políticos de dicha operación¹⁶⁵.

El Estado, aun siendo quien tiene la competencia para legislar la normativa básica y el régimen económico de la Seguridad Social ha intervenido sólo a través de formas pactadas¹⁶⁶ y en general, poco intensas. Por su parte, el IMSERSO tiene una indudable relevancia por las

¹⁶⁴ El actual Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), tiene sus orígenes en el Real Decreto Ley 36/1978, de 16 de noviembre, en que se crea el Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSS) para la gestión de los servicios complementarios de las prestaciones del Sistema de la Seguridad Social. Su acción se dirigía hacia los colectivos de personas mayores, personas con discapacidad y solicitantes de asilo y refugiados. Este modelo se modificó por la asunción de competencias en materia de Servicios Sociales por parte de las CCAA; en la actualidad sólo mantiene las Direcciones Territoriales en Ceuta y Melilla, y los centros de referencia de ámbito nacional. Las materias objeto de su competencia han variado con el tiempo pero siempre manteniendo la atención a las personas mayores y las personas con discapacidad. En 2004 adopta el nombre actual (Instituto de Mayores y Servicios Sociales).

En la actualidad está adscrito a la Secretaría General de Política Social y Consumo, del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

El art. 59.1 de la Ley de la Seguridad Social, relaciona las materias que competen al IMSERSO, entre las que figuran los servicios complementarios de las prestaciones del sistema de Seguridad Social.

IMSERSO. [Internet] IMSERSO; 2009. [acceso 21 de mayo de 2012] Inicio. El IMSERSO. Quiénes somos. Antecedentes y estructura actual. Disponible en web: http://www.imserso.es/imserso_01/el_imserso/quienes_somos/index.htm

¹⁶⁵ MTAS: "Atención a las personas ...", op. cit., 132.

¹⁶⁶ Plan concertado para el desarrollo de prestaciones de servicios sociales en las Corporaciones Locales (incluye entre sus prestaciones mínimas ayudar a las personas con dependencia y sus familias) o convenios de colaboración para la ejecución del Plan de Acción para las Personas Mayores o el Plan de Acción para las Personas con Discapacidad.

-Ibidem, 133.

funciones que le han sido otorgadas, como son "la planificación y regulación básica del reconocimiento del derecho a una ayuda personalizada a toda persona dependiente, garantizando un sistema de servicios universal, integrado y uniforme"¹⁶⁷.

Las CCAA, en el ejercicio de sus competencias¹⁶⁸ aprobaron leyes de servicios sociales que mostraban distintos modelos con un fondo común. A nivel de la actuación sobre la dependencia se aprecia esta diversidad, diferenciándose las leyes de primera generación (1982-1992¹⁶⁹) en las que se observan únicamente referencias indirectas acerca de personas con discapacidad y mayores, de las de segunda generación (a partir de 1993¹⁷⁰) que incorporan respuestas sociosanitarias.

Posteriormente, en 2001 y 2003 se firmaron tres leyes referidas directamente a la dependencia: la de Cantabria, la de Asturias y la de Madrid¹⁷¹.

Son principalmente las leyes de servicios sociales publicadas con posterioridad a la LD (2006), las que más abundan en el tema de la dependencia: Navarra en 2006, Cantabria y Cataluña en 2007, Galicia y País Vasco en 2008¹⁷². Además, por supuesto, de las normas publicadas

¹⁶⁷IMSERO. [Internet] IMSERO, 2009. [acceso 21 de mayo de 2012] Inicio. El IMSERO. Quiénes somos. Antecedentes y estructura actual, op.cit.

¹⁶⁸ El art.148.20 de la CE indica que las CCAA podrán asumir competencias en materia de Asistencia Social. Responsabilidad pública que es asumida por las diferentes autonomías en sus respectivos Estatutos.

¹⁶⁹ Únicamente, Canarias (1987) presenta entre sus líneas de actuación la «atención y apoyo a las personas y grupos sociales, especialmente en casos de [...] dependencia».

¹⁷⁰ Por ejemplo, las leyes de Servicios Sociales de Galicia (1993), País Vasco (1996), o Comunidad Valenciana (1997), actualmente derogadas.

¹⁷¹ Ley 6/2001 de Cantabria, de 20 de noviembre, de Protección de las Personas Dependientes (BOE núm. 302, de 18 de diciembre). Actualmente derogada por la Ley 2/2007, de 27 de marzo, de Servicios Sociales de Cantabria (BOE núm. 4, de 19 de abril)

Ley 1/2003, de 24 de febrero, de Servicios Sociales del Principado de Asturias (BOE núm. 86, de 10 de abril)

Ley 11/2003, de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid (BOCM núm. 88, de 14 de abril)

¹⁷² Cantabria: Ley 2/2007, de 27 de marzo, de Servicios Sociales de Cantabria art.4, 5, 9, 14,... (BOE núm. 4, de 19 de abril); Cataluña: Ley 12/2007, de 11 de octubre, de Servicios Sociales de Cataluña art. 17, 90 y disposiciones adicionales 1ª, 2ª, 5ª, 6ª (BOE núm. 266, de 6 de noviembre); Galicia: Ley 13/2008, de 3 de

en la mayoría de autonomías¹⁷³ para la aplicación de la LD y el baremo propuesto por el RD valoración dependencia ¹⁷⁴ (actualmente derogado).

La referencia a universalidad e igualdad como principios generales en las leyes de servicios sociales llevan, en ocasiones, al equivoco de pensar que se trata de un servicio gratuito. El matiz reside en que, según CASADO, «la aplicación de este principio lleva consigo la preeminencia absoluta del factor de necesidad técnica¹⁷⁵». Lo que significa que, para el acceso a las prestaciones se atiende tanto a la necesidad asistencial como al criterio de la renta para determinar la aportación económica del usuario y/o su familia. Esto deja en desamparo a la población con requerimientos asistenciales que, por situarse en niveles de rentas

diciembre, de servicios sociales de Galicia art. 3 y 4 (BOE núm. 15, de 17 de enero de 2009); País Vasco: Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales de País Vasco (BOE núm. 242, de 7 de octubre de 2011)

¹⁷³ Como ejemplos: Andalucía: Decreto 168/2007, de 12 de junio, por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, así como los órganos competentes para su valoración (BOJA núm. 119, de 18 de junio)

Asturias: Decreto 68/2007, de 14 de junio, por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (BOPA núm. 157, de 6 de julio)

Aragón: Orden 15 de mayo de 2007, del Departamento de Servicios Sociales y Familia, por la que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y el acceso a los servicios y prestaciones establecidos en la Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (BOA núm. 63, de 28 de mayo)

País Vasco: Decreto Foral 39/2007, del Consejo de Diputados de 24 de abril, que regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia, el derecho y el acceso a los servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en el Territorio Histórico de Álava (BOTH A núm. 58, de 14 de mayo)

¹⁷⁴ LD.

Real decreto 504/2007, de 20 de abril, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre de 2006, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (BOE núm. 96, de 21 de abril 2007). (En adelante, RD valoración dependencia.)

¹⁷⁵ CASADO PÉREZ D. La dependencia funcional y sus abordajes. En: Casado Pérez, D. Respuestas a la dependencia. Madrid, EDITORIAL CCS, 2004. págs. 34-35.

medias, no pueden acceder gratuitamente a este tipo de servicios y, por el mismo motivo, no pueden permitirse costear una residencia privada. Probablemente el gran *handicap* de las leyes de servicios sociales haya sido la falta de apoyo con recursos económicos, que ha resultado en una “selectividad” más que “universalidad”, en contraposición a la real universalidad que se da en la asistencia sanitaria¹⁷⁶. ANDRÉS-PIZARRO apuntó en 2004, que «*el hecho de que no se reconozca como un derecho subjetivo, universal y garantizado la protección social de la dependencia está en la base del déficit de recursos y de la diversidad normativa (entre CCAA y administraciones locales) y es causa de desprotección, discrecionalidad en el acceso y desigualdad*»¹⁷⁷.

Las prestaciones que comprenden los servicios sociales son de tipo técnico, económico, programas y otras actuaciones. Su objeto es garantizar la prevención, el tratamiento y/o la eliminación de cualquier causa o situación de marginación o desigualdad social. Se estructuran en dos niveles de intervención: los primarios, generales o comunitarios y los secundarios o especializados.

El nivel primario está dirigido a dar información, orientación, asistencia técnica y acceso a servicios de proximidad como atención domiciliaria, telealarma, hogares y centros de día y, en ocasiones, equipamientos residenciales. Se suman a las atribuciones de este nivel las actuaciones y programas comunitarios.

El nivel especializado dispone de centros diurnos y residenciales en los que, en ocasiones, se distinguen entre aquellos que atienden a personas con discapacidad o bien a los mayores.

En otros casos también se diferencia entre centros que atienden situaciones de discapacidad tan grave que precisan de la ayuda de otra persona para la realización de actividades de la vida diaria (en adelante, AVD), y los que atienden a personas con cierta autonomía personal como es el caso de Andalucía (Ley 1/1999, de 31 de marzo, de atención a las personas con discapacidad, art. 32).

¹⁷⁶ MTAS: “Atención a las personas ...”, op.cit., 137-138.

¹⁷⁷ ANDRÉS-PIZARRO. Desigualdades en los servicios de protección de la dependencia para personas mayores. GAC. SANIT. [revista en Internet] 2004 [acceso 21 de mayo de 2012] 18 Supl 1: [126-31]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112004000400020&script=sci_arttext

El repertorio de centros residenciales abarca las viviendas tuteladas y compartidas, las residencias y las residencias asistidas para cuidados más intensos de larga duración.

Respecto a los planes autonómicos sobre políticas de dependencia en el envejecimiento, ZAFRA concluye, que tienen un carácter asistencial enfocado eminentemente hacia el mayor dependiente. Por lo que los considera tardíos y poco preventivos. Como excepción, destacaba el plan de Canarias de orientación precoz al estar dirigido a la atención primaria¹⁷⁸.

Pese a esta carencia en los planes autonómicos, las leyes de servicios sociales sí hacían referencia a la prevención en la atención de servicios sociales, por ejemplo, a minusválidos (Extremadura) o a dependientes (Madrid, Galicia, Cataluña, La Rioja).

3.3 LEY DE LA DEPENDENCIA: DERECHO SUBJETIVO DE CIUDADANÍA

Este apartado recoge diferentes aspectos sobre la LD desde su planteamiento como derecho subjetivo de ciudadanía, pasando por puntos como los niveles en que se clasifica, hasta los tipos de prestaciones en que se desarrolla.

3.3.1 Derecho subjetivo de ciudadanía

La Ley de Dependencia, finalmente, otorga un derecho subjetivo¹⁷⁹ a las personas con dependencia¹⁸⁰. Se configura, de este modo, la cobertura pública de la promoción de la autonomía personal y la atención a la dependencia, como un derecho que asiste a las personas

¹⁷⁸ ZAFRA E et al. Análisis de la formulación de las políticas sobre envejecimiento en los planes autonómicos sociosanitarios y de atención a las personas mayores en España. GAC SANIT [revista en Internet] 2006 [acceso 21 de mayo de 2012], 20(4): [295-302]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv20n4/original7.pdf>

¹⁷⁹ Artículo primero LD:... «regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad en el ejercicio del derecho subjetivo de ciudadanía a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia,...».

¹⁸⁰ A diferencia de lo que ocurre con los derechos fundamentales (reconocidos en la CE), la adquisición de este derecho subjetivo precisa de su reconocimiento instado por el interesado.

y puede ser reclamado por ellas y no solo como respuesta a un problema¹⁸¹.

En efecto, frente a otras normativas¹⁸² que defendían exclusivamente un interés legítimo¹⁸³ del interesado, la LD confiere un derecho subjetivo¹⁸⁴ de ciudadanía.

La ciudadanía, implica el acceso a unos derechos y obligaciones, sin ningún tipo de discriminación o desigualdad. Si la hubiere, debería entenderse como un déficit de ciudadanía¹⁸⁵. Cobra especial relevancia la ciudadanía en la LD al referirse a la población dependiente y/o con discapacidades ya que en ocasiones se

¹⁸¹ PÉREZ BUENO LC. El nuevo derecho social a la autonomía personal y a la protección contra la dependencia: recepción, valoración y propuestas de mejora de su configuración legal desde el movimiento asociativo de la discapacidad. En: Las dimensiones de la Autonomía Personal. Perspectivas sobre la Ley 39/2006. Estudios en homenaje a Pilar Ramiro [monografía en Internet], Colección telefónica accesible. Madrid: Ediciones Cinca; 2008 [acceso 21 de mayo de 2012]: pág. 25. Disponible en: http://info.telefonica.es/ext/accesible/html/home//pdf/007_LasDimensionesdeLaAutonomiaPersonal.pdf

¹⁸² Ley 41/2003, de 18 de noviembre, de protección patrimonial de las personas con discapacidad y de modificación del Código Civil, de la Ley de Enjuiciamiento Civil y de la Normativa Tributaria con esta finalidad (BOE núm. 277, de 19 de noviembre).

Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad (BOE núm. 289, de 3 de diciembre). En adelante LIONDAU.

¹⁸³ El interés legítimo se define como el "interés de una persona reconocido y protegido por el derecho". Diccionario de la Real Academia Española (DRAE). Real Academia Española, Diccionario de la lengua española, [Internet] 22.^a ed. Madrid: Espasa, 2001 [acceso 22 de mayo de 2012]. Disponible en: <http://www.rae.es/recursos/diccionarios/drae>

¹⁸⁴ La guía 2000. El derecho subjetivo es aquella facultad que el ordenamiento jurídico (derecho objetivo) le reconoce a un individuo o grupo de personas, para que exijan de sus congéneres un comportamiento determinado que se constituye para estos en un deber jurídico u obligación. [Internet] La guía 2000 [acceso 22 de mayo de 2012]. Disponible en: <http://derecho.laguia2000.com/parte-general/los-derechos-subjetivos>

¹⁸⁵ MORENO FERNÁNDEZ L. Ciudadanía, desigualdad social y Estado del bienestar [Internet] CSIC. Unidad de políticas comparadas. Documento de Trabajo; 2003. [acceso 22 de mayo de 2012] (3-8): [1]. Disponible en: <http://digital.csic.es/bitstream/10261/1570/1/dt-0308.pdf>

presentan en la sociedad situaciones que limitan su autonomía (por ejemplo barreras arquitectónicas, o falta de escritura en Braille).

Debe observarse que como sostiene TOSCANI *«el reconocimiento del derecho a las prestaciones no exige acreditación de una fase previa de cotización y la preferencia para el acceso, así como para la determinación de la cuantía de las prestaciones, quedan, condicionadas a la capacidad económica del beneficiario»*¹⁸⁶.

3.3.2 Modelo social de la dependencia

Con esta concepción de ciudadanía, la LD pretende superar el "modelo médico-rehabilitador" que caracterizaba a otras leyes referidas a la discapacidad ya mencionadas y pasar al denominado "modelo social" que propone un cambio en la asignación del problema, de modo que deja de ser un problema individual para ser un problema social y que, por tanto, es abordado mediante políticas sociales¹⁸⁷.

Merece especial mención el cambio en la orientación adoptado en el fundamento constitucional de la LD frente al considerado en la primera ley relacionada con la dependencia promulgada después de la CE, (Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos, en adelante, LISMI) que se basaba exclusivamente en el artículo 49 de la CE¹⁸⁸. Como explica DE LORENZO, *«el nuevo enfoque implica una*

¹⁸⁶ TOSCANI GIMÉNEZ D. Algunas observaciones críticas sobre el largo y tortuoso camino para el reconocimiento de la situación de dependencia. Aranzadi Social: Revista Doctrinal, ISSN 1889-1209, Vol. 2, N.º. 14 (dic), 2009, págs. 73-91.

¹⁸⁷ Según ARNAU, en la LD, la definición de "Dependencia" (art. 2) mantiene el sentido del "modelo médico-rehabilitador" (al atender a factores como la edad, enfermedad, discapacidad), pero la definición de "Autonomía" (art. 2) y la "Prestación económica de asistencia personal" (art. 19) tienden hacia un planteamiento de tipo social (existe una discapacidad, pero también una serie de capacidades que pueden desarrollar la autonomía de las personas).

ARNAU RIPOLLÉS S y TOBOSO MARTÍN M. La "IN-dependencia": un nuevo derecho de ciudadanía. Una cuestión de Derechos Humanos [Internet] CSIC. XVII Congrés Valencià de Filosofia. Valencia: 6-8 de marzo de 2008 [acceso 22 de mayo de 2012] [149-162]. Disponible en:

http://www.uv.es/sfpv/congressos_textos/congres17.pdf

¹⁸⁸ En 2003, con la LIONDAU, ya se produjo una modulación respecto al fundamento constitucional de la LISMI. Mientras esta última invocaba como fundamento constitucional único el artículo 49 de la CE, la LIONDAU encontraba su fundamento también en los artículos 9.2, 10 y 14.

reubicación constitucional de los derechos de las personas mayores y de las personas discapacitadas, que se vinculan no a los artículos 49 y 50 de la Constitución exclusivamente, sino sobre todo, a los artículos 1, 9.2 y 14, que consagran el principio de igualdad (recogido en la Exposición de Motivos y en el articulado del Proyecto de Ley)»¹⁸⁹. De modo que no se configura como una ley de servicios o de asistencia social, que hubiera podido invadir las competencias autonómicas, sino como una ley con una nueva modalidad de protección social. Pretende así, ampliar y completar la acción protectora de la Seguridad Social y del Estado, dictada en el ejercicio de la competencia exclusiva estatal para regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y el cumplimiento de los deberes constitucionales establecida en el artículo 149.1.1 de la CE (Disposición Final 8.ª LD).

3.3.3 Principios inspiradores de la LD. Prestación sociosanitaria.

Entre los principios que inspiran esta ley (art.3), quedan recogidos los indicados por la UE en 2002 por los que debería regirse toda política de dependencia¹⁹⁰: la universalidad¹⁹¹, alta calidad y sostenibilidad en el tiempo.

Otro principio a destacar en esta ley es el que habla de la colaboración de servicios sociales y sanitarios. Cabe recordar en este punto la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud¹⁹² (en adelante LCC) que ha configurado legalmente, por vez primera en el ordenamiento sanitario, la prestación sociosanitaria. Esta

-DISCAPNET [sede Web]* Fundación ONCE; 2012 [acceso 10 de febrero de 2013]. Otros temas: Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la ley de autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (BOE 15/12/2006). Disponible en:

<http://www.discapnet.es/Castellano/areastematicas/derechos/Tusderechosafondo/OtrosTemas/Paginas/Ley%2039-2006.aspx?pagina=2>

¹⁸⁹ DE LORENZO GARCÍA R. Fundamentación constitucional y fortalezas/debilidades de la nueva ordenación legal de la dependencia con especial referencia a la discapacidad. REVISTA MTAS [revista en Internet] 2006 [acceso 22 de mayo de 2012] (65): [81-87]. Disponible en: http://www.empleo.gob.es/es/publica/pub_electronicas/destacadas/revista/numeros/65/Est06.pdf

¹⁹⁰ Vid. Exposición de motivos.

¹⁹¹ El abordaje del cuarto pilar del Estado de Bienestar adoptado por la LD, pretende abandonar el modelo asistencial y pasar a un modelo universal.

¹⁹² LCC

ley se enuncia con el propósito de establecer el marco legal para la coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias, en el ejercicio de sus respectivas competencias, de modo que se garantice la equidad, la calidad y la participación social en el SNS, así como la colaboración activa de éste en la reducción de las desigualdades en salud. Objetivos que se persiguen también en la prestación sociosanitaria definida en el artículo 14 como *“la atención que comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social”*¹⁹³. Esta atención comprende (epígrafe 2) los cuidados sanitarios de larga duración, la atención sanitaria a la convalecencia y la rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable. Por último, garantiza la continuidad de los servicios sanitarios y sociales mediante una adecuada coordinación entre las Administraciones públicas correspondientes (epígrafe 3).

A pesar de haber logrado la introducción de la prestación sociosanitaria en el marco legal con la LCC y la indicación a partir de la LD de su desarrollo normativo, éste no ha llegado a producirse. Tal como indica JIMÉNEZ¹⁹⁴, a pesar de las demandas planteadas por las organizaciones sociales, el Real Decreto 1030/2006¹⁹⁵, no ha llegado a desarrollar el contenido de la cartera de servicios de atención sociosanitaria, y mantiene vigente la disposición adicional cuarta del

¹⁹³ Se pueden encontrar otras definiciones de la atención sociosanitaria en las leyes de salud autonómicas (Tabla 14.) Pero todas tienen en común la concepción de un conjunto de recursos sociales y sanitarios de forma continuada y coordinada. Los objetivos de esta forma integrada de cuidados sanitarios y sociales son por un lado la inserción real en el entorno familiar y social y la percepción subjetiva de salud, y por otro lado la optimización de los recursos empleados.

¹⁹⁴ JIMÉNEZ LARA A. Salud pública y discapacidad. Planteamientos y propuestas del sector social de la discapacidad articulado en torno al CERMI ante la futura Ley estatal de Salud Pública. [monografía en Internet] Madrid: CERMI; 2010. [acceso 22 de mayo de 2012] (44). Disponible en: http://www.cermi.es/es-ES/ColeccionesCermi/Cermi.es/Lists/Coleccion/Attachments/86/CERMI_Salud_publicaydiscapacidadn44.pdf

¹⁹⁵ Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización (BOE núm. 222, de 16 de septiembre)

Real Decreto 63/1995¹⁹⁶, según la cual *“la atención a los problemas o situaciones sociales o asistenciales no sanitarias que concurren en las situaciones de enfermedad o pérdida de la salud tendrán la consideración de atenciones sociales, garantizándose en todo caso la continuidad del servicio a través de la adecuada coordinación por las Administraciones Públicas correspondientes a los servicios sanitarios y sociales”*. Tampoco se ha aprobado un Plan Sociosanitario de alcance estatal como anunció el MSC en 2003, pero sí su próxima elaboración¹⁹⁷. En octubre de 2012 se nombra un Consejo Asesor de Sanidad de carácter consultivo cuya labor consiste en la elaboración de informes de diversas materias entre las que cabe destacar la atención sociosanitaria. Con esta línea estratégica se pretende hacer efectiva la coordinación de los servicios sanitarios y sociales para garantizar la continuidad asistencial¹⁹⁸.

Pese a la aportación que podría suponer para los servicios sociosanitarios, muchos años después de la publicación de la LD *«la regulación de tales servicios se viene limitando a enunciados generales e inconcretos y/o a especificaciones que, por particulares, apenas sobrepasan lo anecdótico»*¹⁹⁹. Entre los colectivos afectados se consideran particularmente susceptibles de requerir atención sociosanitaria las personas mayores en situación de dependencia, las personas con discapacidad y otros grupos que, aunque la norma los resalta como autónomos, se podrían incluir en los grupos anteriores

¹⁹⁶ Real Decreto 63/1995, de 20 enero 1995, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud (BOE núm. 35, de 10 de febrero).

¹⁹⁷ El art.8 del Real Decreto-ley 9/2011, de 19 de agosto, de medidas para la mejora de la calidad y cohesión del sistema nacional de salud, de contribución a la consolidación fiscal, y de elevación del importe máximo de los avales del Estado para 2011 (BOE núm. 200, de 20 de agosto) aprueba la elaboración de una Estrategia de Coordinación de Atención Sociosanitaria de cinco años de duración (2011).

¹⁹⁸ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. El Consejo Asesor de Sanidad colaborará en la toma de decisiones sanitarias con informes científicos, éticos, económicos y sociales. NOTA DE PRENSA [Internet] 1 de octubre de 2012 [acceso 10 de abril de 2014]. Disponible en:

<http://www.mssi.gob.es/fr/gabinete/notasPrensa.do?id=2568>

¹⁹⁹ ZABARTE ME. La dimensión múltiple de la atención a la dependencia: la conexión de los servicios sociales con la Seguridad Social y el Sistema Nacional de Salud. REVISTA MTAS [revista en Internet] 2006 [acceso 22 de mayo de 2012] (65): [49-59]. Disponible en:

http://www.empleo.gob.es/es/publica/pub_electronicas/destacadas/revista/numeros/65/Est04.pdf

(personas con enfermedades somáticas crónicas y/o invalidantes, convalecientes de enfermedades con alta hospitalaria pero que aún no disponen de autonomía suficiente para el autocuidado; personas con enfermedades terminales).

3.3.4 Participación social

El artículo 3 (apartados k, m y n) y el artículo 4 (apartado e) de la LD tratan sobre la participación social en la formulación y aplicación de las políticas que afectan al bienestar, ya sea a título individual, de familia o entidades representativas. Conforme a estos artículos se crea el Comité Consultivo (art. 40): un órgano asesor, adscrito al Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (actual Ministerio de Empleo y Seguridad Social), mediante el cual se hace efectiva la participación social en el sistema y se ejerce la participación institucional de las organizaciones sindicales y empresariales. Como ejemplo de esta participación se puede citar la propuesta de regulación del modelo de prestación sociosanitaria en el ámbito sanitario presentada por el CERMI²⁰⁰ como sugerencia al Anteproyecto de Ley General de Salud Pública²⁰¹. Las características propuestas para este modelo fueron: la priorización del enfoque preventivo, la garantía de derechos de los usuarios, la orientación a las necesidades individuales, la primacía del mantenimiento del usuario en su entorno y un enfoque integral, la identificación de las personas susceptibles de atención sociosanitaria en el ámbito sanitario y por último establecer el contenido básico de la cartera de servicios de atención sociosanitaria en el ámbito sanitario y detallar las actuaciones de atención sociosanitaria que se prestarán en el ámbito de atención primaria de salud y en el de atención especializada.

3.3.5 Niveles de protección

El SAAD establece tres niveles de protección (Capítulo I del Título I de la LD):

²⁰⁰ El CERMI es la plataforma de representación, defensa y acción de la ciudadanía española con discapacidad y agrupa organizaciones que luchan para alcanzar la plena ciudadanía en igualdad de derechos y oportunidades con el resto de componentes de la sociedad.

²⁰¹ JIMÉNEZ LARA A y ZABARTE MARTÍNEZ DE AGUIRRE ME. La regulación de la prestación sociosanitaria. Propuesta del CERMI. [monografía en Internet] Madrid: CINCA; 2008 [acceso 22 de mayo de 2012]. Disponible en: <http://feafes.org/publicaciones/Regulacionprestacionsociosanitaria.pdf>

- El nivel mínimo, establecido por la Administración General del Estado, para cada uno de los beneficiarios del sistema, según grado y nivel de dependencia, y cuya cuantía es fijada en las Leyes de Presupuestos Generales del Estado (art. 9).

- El nivel de cooperación interadministrativa, que se acuerda entre la Administración General del Estado y la de cada Comunidad Autónoma, a través de convenios celebrados entre ambas partes en los que se fijan los *«objetivos, medios y recursos para la aplicación de los servicios y prestaciones»*, así como la financiación que corresponde a cada una de las administraciones; este nivel incrementa el mínimo de protección fijado por el Estado siendo el Consejo Territorial del SAAD el que determina la intensidad de protección de cada uno de los servicios y su régimen de incompatibilidades para que sea aprobado por el Gobierno (art. 10).

- El nivel adicional de protección al fijado por la Administración General del Estado que pueden establecer las CCAA que lo deseen, para el cual *«podrán adoptar las normas de acceso y disfrute que consideren más adecuadas»* (art. 11.2).

Véase como ejemplo el Convenio de Colaboración entre la Administración General del Estado y la Comunidad Autónoma de Extremadura²⁰².

TOSCANI matiza que, a diferencia de lo que ocurre con la valoración de la dependencia (que es idéntica en todo el Estado al tratarse de un baremo único), estos niveles de protección resultan en desigualdades legalmente admisibles entre CCAA²⁰³.

3.3.6 Prestaciones tipo servicios y tipo económicas

Las prestaciones ofertadas en el Capítulo II del Título I para la atención a la dependencia pueden tener la naturaleza de servicios o económicas.

²⁰² Resolución de 12 de enero 2012, por la que se da publicidad al Convenio de Colaboración entre la Administración General del Estado y la Comunidad Autónoma de Extremadura, para el desarrollo del Marco de Cooperación Interadministrativa previsto en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre de 2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia y para el establecimiento y financiación del nivel de protección acordado para el ejercicio 2011 (DOE núm. 20, de 31 de enero)

²⁰³ TOSCANI, op. cit.

Las de tipo servicios son las comprendidas en el Catálogo de Servicios (art.15):

-Servicios de prevención de las situaciones de dependencia y los de promoción de la autonomía personal

-Servicio de Teleasistencia

-Servicio de Ayuda a domicilio

- ∴ Atención de las necesidades del hogar (limpieza, lavado, cocina, otros)

- ∴ Cuidados personales

- ∴ Servicio de Centro de Día

- ∴ Centro de Día para mayores

- ∴ Centro de Día para menores de 65 años²⁰⁴

- ∴ Centro de Día de atención especializada

- ∴ Centro de Noche

-Servicio de Atención Residencial

- ∴ Residencia de personas mayores en situación de dependencia

- ∴ Centro de atención a personas en situación de dependencia, en razón de los distintos tipos de discapacidad

Los tipos de prestaciones económicas que existen son:

-Las vinculadas al servicio

-Prestación excepcional para ser atendido por cuidadores no profesionales, siempre que se den condiciones adecuadas de convivencia y de habitabilidad de la vivienda y así lo establezca el PIA (art.14.4)

²⁰⁴ Esta diferenciación en los tipos de centros, tanto en el caso de centros de día como de atención residencial, es un ejemplo de la tendencia del Gobierno hacia el modelo universalista anunciado por CABRA DE LUNA: «Las políticas públicas han de afrontar el fenómeno en su globalidad, sin fragmentaciones derivadas de límites de edad o ligadas a las causas de la situación, orientándose hacia modelos universalistas de protección de los derechos sociales de las personas en situación de dependencia y de sus familias».

CABRA DE LUNA MA. Discapacidad y aspectos sociales: la igualdad de oportunidades, la no discriminación y accesibilidad universal como ejes de una nueva política a favor de las personas con discapacidad y sus familias. Algunas consideraciones en materia de protección social. REVISTA MTAS [revista en Internet] 2004 [acceso 22 de mayo de 2012] (50): [p.21-46] Disponible en: http://www.empleo.gob.es/es/publica/pub_electronicas/destacadas/revista/numeros/50/Est02.pdf

-Prestación de Asistencia Personal destinada a personas con gran dependencia para la promoción de su autonomía (para facilitar el acceso a la educación, trabajo y el ejercicio de ABVD)

-Subvenciones (disposición adicional tercera) destinadas a ayudas técnicas o instrumentos y a accesibilidad y adaptaciones del hogar.

3.3.7 Baremo de valoración de la dependencia (BVD)

En mayo de 2007, conforme a lo indicado en las disposiciones finales quinta y séptima de la LD, el Gobierno aprobó un baremo que valora los grados y niveles de dependencia previstos en los artículos 26 y 27 de la misma ley²⁰⁵.

Como anunciaba la LD, la *severidad*²⁰⁶ de la dependencia se clasifica en tres grados (art.26), cada uno de los cuales con dos niveles según la puntuación obtenida en el baremo de valoración de la dependencia²⁰⁷ (en adelante, BVD) (*Tabla 15*). En un anexo del RD valoración dependencia se exponen los criterios para la valoración del grado de autonomía de las personas, en orden a la capacidad para realizar las tareas básicas de la vida diaria, así como la necesidad de apoyo y supervisión a este respecto para personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de acuerdo con la LD (Capítulo III, Título I). Este baremo contempla como ABVD el autocuidado (comer, beber, regulación de la micción/defecación, lavarse, vestirse), la movilidad (sentarse, acostarse, desplazarse dentro y fuera del hogar) y tareas domésticas (preparar la comida, hacer la compra, limpiar la vivienda) según la CIF-2001 y la capacidad de tomar decisiones en personas con discapacidad intelectual, enfermedad mental u otras situaciones que afecten a la capacidad perceptivo-cognitiva (decisiones relativas al autocuidado, interacciones personales básicas y complejas, cómo usar y gestionar el dinero o usar los servicios públicos).

²⁰⁵ RD valoración dependencia.

²⁰⁶ Pese a que en la gradación de la dependencia establecida en las normas publicadas sobre la dependencia (LD, RD valoración dependencia, por ejemplo) se habla de *dependencia severa*, sería más correcto el empleo del adjetivo *grave*, cuyo significado según la Real Academia Española es "grande, de mucha entidad o importancia", frente al resto de acepciones dadas para severo: "ríguroso, áspero, duro en el trato o castigo" y "exacto y rígido en la observancia de una ley, precepto o regla".

²⁰⁷ Anexo I. Determinación de la severidad de la dependencia (RD valoración dependencia).

Para las personas a las que se les haya reconocido la situación de dependencia, se elabora un Programa Individual de Atención (en adelante PIA) en el que se determinan las modalidades de intervención más adecuadas (art. 29).

La prioridad en el acceso a estas prestaciones viene determinada por el grado y nivel de dependencia, y a igual grado y nivel, por la capacidad económica del solicitante (art.14.6), advirtiéndose que ningún ciudadano puede quedar fuera de la cobertura del Sistema por no disponer de recursos económicos (art. 14.7, 33.1, 33.3 y 33.4).

Para el acceso a las prestaciones económicas vinculadas a servicio tendrán la prioridad ya indicada y se incorporarán cuando no sea posible la atención mediante los servicios del Catálogo de Servicios previstos en el PIA (art 14.3 y art.16).

En 2010 se fijó en seis meses el plazo máximo para el reconocimiento de la prestación de dependencia²⁰⁸.

La aplicación del BVD se fundamenta en informes sobre la salud de la persona y sobre su entorno habitual. Dado que las prestaciones ofrecidas en la LD van dirigidas a personas dependientes con carácter permanente (por razones derivadas de la edad, de la enfermedad o discapacidad y siempre ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial), se insiste en la no admisión a trámite de aquellas solicitudes que no respondan a estos requisitos. Las personas que se encuentran en situaciones transitorias con procesos patológicos graves que requieren tratamientos agresivos (ej.: quimioterapia), convalecientes de una intervención quirúrgica, en tratamiento rehabilitador, hospitalizadas por procesos infecciosos agudos, hospitalizadas por agudización de procesos crónicos, en situación de hospitalización de larga estancia, no son valorables hasta encontrarse en su domicilio o centro residencial y haber alcanzado la máxima recuperación funcional tras el ingreso hospitalario. La correcta evaluación requiere cumplimentar el nivel de desempeño de todas las tareas indicadas. Además debe indicarse el tipo y frecuencia del apoyo²⁰⁹ de otra persona.

²⁰⁸ LGURM Disposición final primera. 2, modificada por el art. 5.1 de RDL 8/2010.

²⁰⁹ La graduación de la frecuencia de apoyo requerido se hace en base a los intervalos propuestos por la OMS en la CIF (2001): casi nunca, algunas veces, bastantes veces, mayoría de las veces, siempre.

3.3.8 Intensidades de protección de los servicios y cuantía de prestaciones económicas

El Real Decreto 727/2007, de 8 de junio²¹⁰, en adelante DPD, desarrolla los servicios y prestaciones económicas correspondientes a los Grados II y III, de dependencia severa y gran dependencia, cuya aplicación, según el calendario previsto en la LD, corresponde a los cuatro primeros años (2007-2010, ambos inclusive). Esta norma instaura todas las prestaciones (servicios y prestaciones económicas) para los niveles 1 y 2 de los Grados II y III, a excepción de la prestación económica de asistencia personal en el Grado II.

La regulación del Grado I se pospuso hasta obtener los resultados de la evaluación de los tres primeros años de aplicación de la LD.

En 2011 se incorporó la protección del nivel 2 del Grado I (dependencia moderada) estableciéndose en 60 euros la aportación de la Administración General del Estado) y se pospuso a 2014 la valoración del nivel 1 Grado I²¹¹. El gobierno, ante los desequilibrios económicos del país, diseñó una estrategia de política económica que afectó a las prestaciones de la dependencia²¹². Entre las medidas adoptadas se vuelve a retrasar hasta 2015 la valoración del nivel 1 de dependencia moderada, se incrementan las aportaciones de usuarios y los descuentos sobre las prestaciones a percibir.

La intensidad de cada uno de los servicios *«se determina por el contenido prestacional de cada uno de los servicios asistenciales y por*

-Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (BOE núm. 42, de 18 de febrero)

²¹⁰ Real Decreto 727/2007, de 8 de junio, sobre criterios para determinar las intensidades de protección de los servicios y la cuantía de las prestaciones económicas de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (BOE núm. 138, de 9 de junio)

²¹¹ Real Decreto-ley 20/2011, de 30 de diciembre, de medidas urgentes en materia presupuestaria, tributaria y financiera para la corrección del déficit público (BOE núm. 315, de 31 de diciembre)

²¹² Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad (BOE núm. 168, de 14 de julio)

la extensión o duración del mismo según el grado y nivel de dependencia», [(Artículo 3.f, LD) (Capítulo II DPD)].

-La intensidad de los servicios de prevención se establece en los Planes de Prevención para la aparición de las situaciones de dependencia y su agravamiento, elaborados por las correspondientes CCAA o por la Administración que, en su caso, tenga la competencia en su correspondiente ámbito territorial.

-La intensidad de los servicios de promoción se adecuará a las necesidades personales y a la infraestructura de los recursos existentes, así como a las normas que establezcan las correspondientes CCAA o la Administración que, en su caso, tenga la competencia.

-Los demás servicios (teleasistencia, ayuda a domicilio, centros de día, centros de noche y atención residencial) se prestarán conforme a lo que establezca el PIA y en las condiciones que indiquen las CCAA o la Administración que tenga esta competencia (art.5 al 10). Por ejemplo, la ayuda a domicilio puede ir de 12 a 90 horas mensuales según grado y nivel de dependencia.

Las cuantías máximas de las prestaciones económicas vinculadas a servicio y a cuidados en el entorno familiar vienen definidas en el Real Decreto 570/2011, de 20 de abril²¹³. Van, en el primer caso de 300 (grado I, nivel II) a 833,96 euros (grado III, nivel II) y en el segundo, de 180 (grado I, nivel II) a 520,69 euros (grado III, nivel II). (Tabla 16).

La crisis económica del país afecta a todos los sectores y por supuesto a las políticas sociales. En los PGE presentados para el año 2013 se observó un incremento de un 34,4% respecto a 2012, resultando un total de 2.848,49 millones de euros²¹⁴. (Sin embargo, 1.034 millones van destinados a abonar obligaciones contraídas en ejercicios anteriores. Por lo que, en definitiva, el resultado es un recorte del 14,4% respecto a los PGE de 2012²¹⁵). Los PGE de 2014 recortan casi a la mitad la partida

²¹³ DPD.

²¹⁴ Ley 17/2012, de 27 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2013 (BOE núm. 312, de 28 de diciembre) y art.2 de la Ley 2/2012, de 29 de junio, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2012 art. 2 (BOE núm. 156, de 30 de junio)

²¹⁵ Como indica REMÍREZ, a mediados de 2012, la ministra de Sanidad, anunció, una revisión de la LD para de asegurar su viabilidad, dada la situación económica del país. Asimismo, se prevé una nueva revisión para mitad de 2013. REMÍREZ DE GANUZA C. Mato anuncia una 'revisión' de la Ley de Dependencia para asegurar 'su viabilidad'. EL MUNDO.ES [periódico en Internet] 5 de julio de

de 2013 aduciendo que ha desaparecido la deuda contraída en 2012 para pagar a la Seguridad Social la cotización de los cuidadores familiares de personas dependientes, resultando en 1.176.57 millones de euros²¹⁶.

Casi la totalidad del presupuesto, 2.747,39 millones de euros, se destina a acción social, que comprende: dependencia, drogadicción, personas con discapacidad, servicios sociales para la tercera edad, discapacitados, inmigrantes, infancia y familia.

De esta cantidad, 2.205,76 millones de euros se destinan al SAAD (Sistema de Autonomía Personal y Atención a la Dependencia).

De este último importe, se destinan 1.087,18 millones de euros a la financiación del mínimo garantizado por el Estado (que las CCAA deben igualar según indica la LD). Por lo que, en definitiva, esta partida, se reduce un 15,5% respecto a 2012, que equivale a 200 millones de euros²¹⁷, ²¹⁸. Además se mantienen suspendidos para 2014 determinados artículos de la LD relacionados principalmente con la cooperación entre la Administración General del Estado y las CCAA (7.2, 8.2 a), 10, 32.3, párrafo primero y de la disposición transitoria primera).

3.3.9 Red de Servicios Sociales

La Red de Servicios Sociales está integrada por las prestaciones y servicios de las distintas CCAA en el ámbito de las competencias que

2012 [acceso 15 de febrero de 2013]. Disponible en: <http://www.elmundo.es/elmundo/2012/07/05/espana/1341488135.html>

MARTÍN R. El Ministerio revisará la Ley de la Dependencia dentro de seis meses. SALAMANCA24HORAS.COM [periódico en internet] 29 de septiembre de 2012 [acceso 15 de febrero de 2013]. Disponible en: <http://www.salamanca24horas.com/local/80526-el-ministerio-revisara-la-ley-de-la-dependencia-dentro-de-seis-meses>

²¹⁶ DIARIO CRÍTICO/AGENCIAS. Nuevo 'tijeretazo' del 47% a la ayuda a la Dependencia. [periódico en internet] 30 de septiembre de 2013 [acceso 8 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.diariocritico.com/economia/ley-de-dependencia/presupuestos-generales-2014/443173>

²¹⁷ Los presupuestos de 2013 al detalle: se recortan en un 6,3% las prestaciones por desempleo. 20 MINUTOS. [periódico en internet] 29 de septiembre de 2012 [acceso 15 de febrero de 2013]. Disponible en: <http://www.20minutos.es/noticia/1602472/0/presupuestos-generales-2013/recortes/gasto-ingresos/>

²¹⁸ Ley 22/2013, de 23 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2014 Anexo I. 231I (BOE núm. 309, de 26 de diciembre)

tienen asumidas, según el art.148.2 de la CE y de sus Estatutos de Autonomía (art.16.1 LD). Las CCAA, en calidad de gestoras de la red de centros, crean y actualizan el Registro de Centros y Servicios, y facilitan la debida acreditación que garantiza el cumplimiento de los requisitos y estándares de calidad, así como las inspecciones y sanciones en caso de incumplimientos (art. 11.1.d y 11.1.f).

La red de centros está formada por los centros públicos de las CCAA, de las Entidades Locales, los centros de referencia estatal para la promoción de la autonomía personal y para la atención y cuidado de situaciones de dependencia, así como los privados concertados debidamente acreditados (art.16.1).

Por su parte, los centros y servicios privados no concertados que presten servicios para personas en situación de dependencia deben contar con la debida acreditación de la Comunidad Autónoma correspondiente (art. 16.3).

3.3.10 Descentralización

La LD se presenta con el objetivo de lograr la uniformidad, y por tanto la igualdad, en todo el Estado. Y, en efecto, lo consigue en cuanto a la valoración y calificación de sus grados, garantizando así la igualdad de condiciones en el acceso a los beneficios, derechos económicos y servicios. Sin embargo, los tipos, dotación y asignación de ayudas sociales competen a las CCAA y municipios. La descentralización en general, «supone trasladar la capacidad de decisión y gestión a entes territoriales en contacto directo con la realidad»²¹⁹. Lo cual, a priori, se presenta como una ventaja ya que permite un estudio más concreto de las necesidades reales de los usuarios, la posibilidad de mejorar la calidad de los servicios y dar mayor cobertura a la población. En resumen, una mayor eficiencia²²⁰. La desconcentración, además, favorece la participación, estimula la creatividad en las autonomías, mancomunidades municipales y municipios, así como la competitividad

²¹⁹ MORAGAS R. Descentralización territorial. Comité Español para el Bienestar Social. Ed. Marsiega. Madrid, 1979, pág. 93.

²²⁰ MARTÍN MARTÍN JJ. Balance crítico de la descentralización territorial de la sanidad. Un balance del estado de las Autonomías. Colección Mediterráneo Económico: Un balance del estado de las Autonomías. [revista en Internet] 2006 [acceso 22 de mayo de 2012] (10): [p.385-404]. Disponible en: <http://www.fundacioncajamar.es/mediterraneo/revista/me1018.pdf>

entre ellos²²¹. En contraposición a estas ventajas, cabe advertir que se corre el riesgo de que las regiones «*con mayores recursos económicos puedan ofrecer una gama superior de prestaciones y servicios que las comunidades menos favorecidas económicamente*»²²². Otras causas de la falta de uniformidad interterritorial que se pueden dar son criterios de oportunidad política, sensibilidad social o el número de beneficiarios cuya distribución por el país no es homogénea²²³ como se vio en el Capítulo I del presente trabajo.

4. NECESIDAD DE REGULACIÓN DE LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA SOCIOSANITARIA

En los últimos años la dependencia está cobrando cada vez mayor importancia a nivel sanitario, social, político y económico. El envejecimiento demográfico y la discapacidad se presentan como factores que condicionan la presencia de situaciones de dependencia. Estos factores presentan variaciones a lo largo del tiempo tanto por la mejora en las condiciones sanitarias, incorporación en la sociedad de hábitos saludables de vida en el caso del envejecimiento de la población como por los avances tecnológicos que se aplican a nivel sanitario y de ayudas para la discapacidad. El resultado es una mayor esperanza de vida unido a una mayor calidad de vida. No obstante, el número de personas mayores y de discapacitados, crece cada año. Motivo por el cual aumenta la demanda de servicios sanitarios y sociales.

La respuesta ante esta situación no se ha hecho esperar, y se ha dado en forma de incremento de la inversión en estos servicios, tal como se ha visto anteriormente (Capítulo I).

²²¹ Para que la descentralización alcance niveles óptimos de calidad, debe basarse en la equidad, tanto a nivel interterritorial como a nivel de usuarios. En ocasiones, sin embargo, se observan diferencias entre las autonomías como es el caso en el ámbito sanitario, tanto a nivel de acceso al servicio (distintas garantías en los tiempos de espera) como de prestaciones (prestaciones dentales, productos ortopédicos, cambio de sexo,...), así como desigualdades en gasto sanitario por persona protegida y en los sistemas de información. www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/.../grupodeTrabajoSanitario2007.pdf

²²² ALONSO OLAIZ E. La descentralización y desconcentración de los servicios sociales en Cataluña. ZERBITZUAN nº 14/91. [revista en Internet] 1991 [acceso 22 de mayo de 2012] (14): [p.39-43]. Disponible en: dialnet.unirioja.es/servlet/fichero_articulo?codigo=2699720

²²³ MORETÓN, op. cit., 56-57.

La atención farmacéutica sociosanitaria permanece ausente en el desarrollo normativo relacionado con la LD, pero cabe mencionar que entre las actividades de autocuidado contempladas, de acuerdo con la CIF-2001, figura el "mantenimiento de la salud". Uno de los conceptos de que consta este apartado, es el de "aplicarse las medidas terapéuticas recomendadas". De modo que se reconoce la falta de autonomía en actividades como la toma de medicación, comprensión y ejecución de los consejos de los profesionales de la salud (médicos, farmacéuticos, enfermeros). Carencia que, como otras, demanda una intervención y donde la atención domiciliaria se plantea como un recurso para su resolución. En este sentido y motivado por la accesibilidad del farmacéutico para el paciente, el Consejo de Ministros del Consejo de Europa recomienda desde 2001 la promoción del papel del farmacéutico en el marco de la seguridad sanitaria, *«instando a que los estados miembros adapten sus regulaciones legales, especialmente en lo que se refiere a la población dependiente²²⁴»*.

Si bien es cierto que la atención farmacéutica no viene enunciada expresamente en el catálogo de servicios de la LD, ni en la prestación de atención sociosanitaria de la LCC, ésta encuentra su aplicación en determinados servicios de los enumerados en el art. 15 de la LD como son los servicios de centros de día, de noche, de atención residencial y el de ayuda a domicilio. Se puede decir, como ejemplo, que el farmacéutico ejerce indirectamente un servicio de prevención de las situaciones de dependencia y de promoción de la autonomía personal en su labor diaria a través del consejo farmacéutico. Por este motivo, la prestación farmacéutica en la atención sociosanitaria se encuentra en desarrollo legislativo en las distintas CCAA.

El escenario sociodemográfico descrito, repercute consecuentemente, en el sector farmacéutico, tradicionalmente involucrado con la población y sus necesidades. Desde su posición privilegiada por el contacto directo con el enfermo y gracias a sus conocimientos académicos constituye una pieza clave en la atención a la población en general, y a la población dependiente en particular.

Para desarrollar adecuadamente su trabajo cabe definir ciertos puntos referentes a su labor profesional, como son por ejemplo, sus funciones,

²²⁴ Exposición de motivos del Decreto 94/2010, de 4 de junio, del Consell, por el que se regulan las actividades de ordenación, control y asistencia farmacéutica en los centros sociosanitarios y en la atención domiciliaria (DOGV núm. 6.285, de 9 de junio 2010), en adelante D 94/2010.

lugar de trabajo y asignación de pacientes. Es preciso, por tanto, que exista una regulación que concrete estos y otros puntos.

En esta dirección se orienta el trabajo, con el objetivo de revisar y reflexionar sobre la normativa existente en lo que refiere a la prestación farmacéutica socio sanitaria.

**CAPITULO III:
LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA
SOCIOSANITARIA: DEFINICIÓN,
PRINCIPIOS INFORMANTES DE LA
REGULACIÓN Y MARCO
COMPETENCIAL**

CAPÍTULO III. LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA SOCIOSANITARIA: DEFINICIÓN, PRINCIPIOS INFORMANTES DE LA REGULACIÓN Y MARCO COMPETENCIAL

1. PRESTACIÓN FARMACÉUTICA SOCIOSANITARIA

La LCC define la prestación farmacéutica como aquella que *«comprende los medicamentos y productos sanitarios y el conjunto de actuaciones encaminadas a que los pacientes los reciban de forma adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis precisas según sus requerimientos individuales, durante el período de tiempo adecuado y al menor coste posible para ellos y la comunidad»* (art.16). Ésta prestación se rige por la LGURM, y por la normativa en materia de productos sanitarios y demás disposiciones aplicables.

Esta definición se puede analizar atendiendo a dos partes, la primera relacionada con los medicamentos y productos sanitarios, y la segunda relacionada con la atención farmacéutica adaptada a los requerimientos de los pacientes.

Respecto a la primera parte, *medicamentos y productos sanitarios*, la prestación farmacéutica para pacientes no hospitalizados, comprende:

- *«los medicamentos financiables según la normativa vigente, con las condiciones de dispensación del SNS, y que hayan sido autorizados y registrados por la AEMPS*
- *los efectos y accesorios financiables en las condiciones de dispensación del SNS*
- *las fórmulas magistrales que cumplan las normas de la Real Farmacopea Española y los preparados oficinales elaborados según lo establecido en el Formulario Nacional, así como la normativa vigente sobre las normas para su correcta elaboración y control de calidad, en las condiciones pactadas en los correspondientes conciertos suscritos entre las administraciones sanitarias autonómicas y las oficinas de farmacia*
- *las vacunas individualizadas antialérgicas y bacterianas, preparadas con agentes inmunizantes, a concentración y dilución específica en*

base a la correspondiente prescripción facultativa para un paciente determinado, de acuerdo con la normativa vigente.

Excluye los medicamentos publicitarios, los excluidos de la financiación por la normativa vigente, los homeopáticos, los efectos y accesorios de los que se realice publicidad dirigida al público en general, y los productos de utilización cosmética, dietéticos, aguas minerales, elixires, dentífricos y otros productos similares».

Cabe matizar que la prestación farmacéutica en el caso de pacientes hospitalizados es sustancialmente diferente como puede verse en la Cartera de servicios comunes de la atención especializada²²⁵.

La segunda parte referida a la *actuación farmacéutica* da sentido a la atención farmacéutica sociosanitaria que pretende llegar al paciente atendiendo a su situación clínica. Es decir, la asistencia farmacéutica que reciba un paciente con plena autonomía puede diferir de la que necesite un paciente dependiente, ya sea en su domicilio, ya sea en un centro de asistencia social. La atención farmacéutica desarrollada en la oficina de farmacia, en adelante OF, (y en ocasiones el servicio de farmacia de hospital (SFH) para determinados tipos de medicación y servicio de farmacia de área (SFA) para determinados tipos de paciente en algunas autonomías), es la destinada al primer tipo de paciente. Mientras que para el paciente dependiente se dispone, además de la OF, de distintas estructuras ya sean de carácter privado o público: servicio de farmacia (SF) de centro sociosanitario (en adelante c.s.s.), depósito de medicamentos (DM) de hospital, de c.s.s., botiquín sociosanitario y depósito de medicamentos de atención domiciliaria²²⁶.

La asistencia farmacéutica sociosanitaria comprende la atención en los centros correspondientes y la atención domiciliaria²²⁷.

²²⁵ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Profesionales. Prestaciones sanitarias. Cartera de servicios comunes de prestación farmacéutica. [Internet] [acceso 2 de abril de 2014] Disponible en: <http://www.msc.es/profesionales/CarteraDeServicios/ContenidoCS/5PrestacionFarmaceutica/PF-PrestacionFarmaceutica.htm>

²²⁶ De aquí la importancia de la consideración de un centro como social, sociosanitario u hospital – explicados en el apartado anterior –en el contexto de este trabajo ya que condiciona si se da o no prestación farmacéutica en el centro, y en el caso de que se dé, condiciona a su vez el tipo de prestación con los requisitos que les caracterizan tanto a nivel de funciones como de personal.

²²⁷ La AFD se ha regulado en la Comunidad Valenciana como se trata más adelante (D 94/2010).

La actuación farmacéutica, también denominada atención farmacéutica o asistencia farmacéutica, se define en Galicia como *«aquel servicio de interés público que garantiza el acceso de los ciudadanos a los medicamentos y productos sanitarios y que contribuye a hacer un uso racional y eficiente de los mismos, tanto en los distintos niveles de asistencia sanitaria como en el campo de la salud pública»*²²⁸.

Las funciones a desempeñar en los diferentes servicios o establecimientos vienen determinadas por legislación estatal y autonómica en base a las peculiaridades de la población asistida, las posibilidades del establecimiento o servicio, la cualificación de los farmacéuticos y la accesibilidad del paciente.

En 1977 se publicó una orden que regulaba los servicios farmacéuticos de hospital²²⁹. En ella se especifican las funciones a desempeñar (art.2). Estas son actualizadas en la LGURM.

Las funciones que debe desempeñar el farmacéutico en los servicios farmacéuticos de hospital y en la OF vienen recogidas en la LGURM. En ella se especifican las funciones a desempeñar²³⁰.

Para comprender la perspectiva desde la cual cada comunidad autónoma plantea los diferentes servicios farmacéuticos sociosanitarios (SF, DM o botiquín sociosanitario), es necesario revisar las características y funciones de las oficinas de farmacia y servicios farmacéuticos hospitalarios y de área de salud.

Atendiendo a la clasificación de las funciones básicas del farmacéutico que propone el Documento de Consenso de Atención Farmacéutica²³¹ hay un primer grupo que están orientadas al medicamento (adquisición, custodia, almacenamiento, conservación de materias primas, medicamentos y productos sanitarios), y un segundo grupo que están orientadas al paciente (dispensación, formulación magistral, consulta farmacéutica, educación sanitaria, formación en URM,

²²⁸ Ley 5/1999, de 21 de mayo, de ordenación farmacéutica de Galicia art.2.1 (BOE núm. 144, de 17 de junio de 1999), en adelante LOF Galicia.

²²⁹ Orden de 1 de febrero de 1977, por la que se regulan los Servicios Farmacéuticos de Hospitales (BOE núm. 43, de 19 de febrero).

²³⁰ LGURM art. 82 y 84.

²³¹ Ministerio de Sanidad y Consumo. Documento de consenso de Atención Farmacéutica. Introducción [Internet] MADRID: MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. 2002 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.msc.es/profesionales/farmacia/consenso/consenso.htm#indice>

farmacovigilancia y seguimiento del tratamiento farmacológico)²³². En la *Tabla 17*²³³ se reseñan las funciones comunes; posteriormente se comentan las específicas de los servicios y OF. En la *Tabla 17* se observa que las actividades comunes se corresponden con la educación sanitaria y las orientadas al medicamento – a excepción de la selección de medicamentos que es exclusiva del SFH – con la particularidad de la dispensación en SFH de medicamentos de uso hospitalario y en SFA de salud del suministro de medicamentos extranjeros.

El resto de cometidos, exclusivos para cada servicio o establecimiento es lo que determina el enfoque de los mismos:

-La actuación del farmacéutico de OF debe estar coordinada con las estructuras asistenciales de los Servicios de Salud autonómicos. La proximidad al ciudadano le posiciona como el más idóneo para dar consejo, información, formación, seguimiento farmacoterapéutico (en adelante SFT), promoción, prevención y protección de la salud. Otras funciones desarrolladas en OF son: el control de recetas, la atención a las prestaciones farmacéuticas del SNS concertadas y la colaboración en la docencia para la obtención del título de Licenciado en Farmacia (prácticas tuteladas).

-El farmacéutico de SFH debe colaborar con AP y AE. Otras funciones que debe desarrollar son la evaluación y estudio del uso de medicamentos, llevar a cabo programas de investigación y colaborar en la realización de ensayos clínicos. Además, en los SFH, se participa en los programas de garantía de la calidad asistencial del hospital, formando parte de las comisiones o grupos de trabajo del centro en que sean útiles sus conocimientos, pudiendo desarrollar también funciones para mejorar el uso de medicamentos y productos sanitarios (mediante protocolos, control terapéutico facultativo con ayuda del acceso a la historia clínica), así como el desarrollo de programas de farmacocinética clínica.

²³² Aunque en el Documento de Consenso de Atención Farmacéutica se refiere a las funciones del farmacéutico en la OF, aquí se ha extendido la clasificación a las funciones en servicios farmacéuticos.

²³³ Se ha tomado la normativa de la Comunidad Valenciana para establecer la comparación de las funciones de SFH y SF de área de salud (art.5 Decreto 259/1993, de 30 de diciembre, del Gobierno Valenciano, de ordenación sanitaria de los servicios farmacéuticos hospitalarios en la Comunidad Valenciana (DOGV núm. 2188, de 19 enero de 1994); Ley 6/1998, de 22 junio, de Ordenación Farmacéutica de Comunidad Valenciana arts. 42 y 45 (BOE núm. 173, de julio)), en adelante LOF Valencia

-Por último, el SFA actúa como coordinador de la prestación farmacéutica, para lo cual se presenta como nexo entre todos los ámbitos procurando la información entre profesionales sanitarios, la colaboración con oficinas de farmacia, con el equipo de AP, AE y hospitales. Por ello, debe promover la elaboración, actualización y difusión de la GFT y programas de URM. También se encarga de la evaluación y estudios del uso de medicamentos, de llevar a cabo programas de investigación y de colaborar en la realización de ensayos clínicos.

Vistas las funciones a desarrollar por el farmacéutico de OF, de SFH y de SFA, cabe reflexionar sobre qué servicio o establecimiento se presenta como idóneo para llevar a cabo el suministro y atención farmacéuticos en los c.s.s. y en la atención domiciliaria. Las posturas planteadas se ciñen a la OF y SFH para los c.s.s., mientras que en atención domiciliaria, debe considerarse también el SFA.

El reglamento de la atención farmacéutica en los c.s.s. no es tan exhaustivo como el de las oficinas de farmacia, SFH o SFA, probablemente porque atiende a un número mucho menor y es un tipo de centro más reciente que las farmacias, los hospitales o las áreas de salud.

La creciente presencia de los c.s.s. y el importante volumen de usuarios, han llevado en las CCAA a la publicación de normativa relacionada con el tema. En ella se delimitan aspectos tales como los tipos de servicios farmacéuticos que pueden crearse, el modo de vinculación a OF o SF (público o privado, de hospital o de c.s.s.), los requisitos de equipamiento y material necesarios o las funciones a desempeñar en ellos. No obstante, la mayor parte de estas normas dejan sin concretar numerosos puntos.

Las posturas adoptadas en la normativa de cada autonomía permiten discernir si se pretende impulsar la OF o el hospital y si se quiere potenciar la figura del farmacéutico comunitario o la del farmacéutico especialista en Farmacia Hospitalaria.

1.1 IMPORTANCIA DE LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA

Desde que en 1990 Hepler y Strand acuñaron en E.E.U.U. el concepto de *Atención farmacéutica* se han sucedido los signos de reconocimiento de la relevancia del papel del farmacéutico en la atención de la

salud²³⁴. Así lo pone de manifiesto la OMS en el Informe de Tokio de 1993 donde se indica que la función del farmacéutico además de suministrar los medicamentos y otros productos y servicios, es comprometerse en sus actividades para «asegurar una buena salud y evitar enfermedades en la población²³⁵». A nivel europeo la Resolución del Consejo Europeo de 2001²³⁶ y a nivel nacional desde 1998 la creación de la Fundación Pharmaceutical Care se unen a este objetivo.

Con el respaldo de las Autoridades Sanitarias, en 2002 se publicó el Documento de Consenso de Atención Farmacéutica²³⁷.

Posteriormente, FORO de Atención Farmacéutica (2004) nació con el fin de promocionar la atención farmacéutica. La diversidad de la procedencia de sus integrantes²³⁸ pone de manifiesto un objetivo común desde los ámbitos de la investigación, la política, el ejercicio profesional de la farmacia comunitaria, AP y hospitalaria.

Dado que el paciente es el eje fundamental de la atención farmacéutica, se pretende que éste obtenga el máximo beneficio de los medicamentos y se limiten los riesgos que conllevan. Según informó

²³⁴ SALDAÑA M. La atención farmacéutica. REV SOC ESP DEL DOLOR [revista en Internet] 2006 [acceso 1 de abril de 2014]; 13 (4): 213-215. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v13n4/editorial.pdf>

²³⁵ Organización Panamericana de Salud. El papel del farmacéutico en el sistema de atención de salud. Informe de la Reunión de la OMS Tokio, Japón, 31 de agosto al 3 de septiembre de 1993. OPS/HSS/HSE/95.01 [Internet] 1993 [acceso 22 de mayo de 2012]. Disponible en: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/ime9848.pdf>

²³⁶ Consejo de Europa. Comité de Ministros. Resolución ResAp (2001) 2 relativa al papel del farmacéutico en el marco de la seguridad de la salud. PHARM CARE ESP 2001; 3: 216-222.

²³⁷ Ministerio de Sanidad y Consumo. Documento de consenso de Atención Farmacéutica. Introducción, op. cit.

²³⁸ Los integrantes de FORO de Atención Farmacéutica son el Ministerio de Sanidad y Consumo, la Real Academia Nacional de Farmacia, el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (en adelante, CGCOF), la Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria, la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria, la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria, la Fundación Pharmaceutical Care España y el Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada.

Foro de Atención Farmacéutica. Documento de Consenso [monografía en Internet] enero 2008 [acceso 1 de abril de 2014]: pág. 3 Disponible en: http://www.portalfarma.com/inicio/atencionfarmaceutica/forodeatfarm/Documentos/FORO_At_farma.pdf

FORO de Atención Farmacéutica en 2008, el 75% de los problemas relacionados con medicamentos en la población se pueden prevenir²³⁹.

El envejecimiento puede acarrear una serie de circunstancias que pueden llegar a producir complicaciones en la farmacoterapia como son:

- mayor incidencia de enfermedades
- enfermedades crónicas
- mayor número de medicamentos empleados
- administración concomitante de distintos medicamentos para distintas patologías crónicas durante un largo período de tiempo
- prescripción realizada por especialistas que no siempre atienden a la medicación empleada para otras patologías
- merma de la autonomía
- deterioro cognitivo
- trastornos de hidratación y nutrición

Desde el nacimiento hasta la madurez, y posteriormente el envejecimiento se producen una serie de cambios fisiológicos. El distinto grado de envejecimiento de los órganos del anciano suma a este listado alteraciones de tipo farmacocinético y farmacodinámico. Los cambios farmacocinéticos pueden atañer a la absorción, distribución y eliminación²⁴⁰. Entre los farmacodinámicos puede darse una disminución gradual de la reserva homeostática y cambios en el receptor específico y en la respuesta del órgano diana²⁴¹.

La aparición de todos estos cambios requiere una minuciosa atención en la prescripción de los medicamentos y se presenta como una oportunidad para el farmacéutico, como profesional del medicamento, para tratar de evitar posibles problemas relacionados con la medicación y minimizar los ingresos hospitalarios por esta causa. Una correcta intervención en la que se optimice el uso del medicamento y se obtengan por tanto los mejores resultados con el menor riesgo, sólo es posible con profesionales adecuadamente formados en el campo en

²³⁹ Ibid, 8

²⁴⁰ GENUA MI et al. Geriatría. En: Gamundi Planas, M.C. FARMACIA HOSPITALARIA. Tomo I [monografía en Internet] 3ª ed. SEFH; 2002 [acceso 1 de abril de 2014]: [975-977]. Disponible en:

<http://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo2/CAP08.pdf>

²⁴¹ Ibidem, .977-979.

que se trabaja. Por este motivo, algunos autores²⁴² reclaman una formación más específica en geriatría que proporcione las habilidades y conocimientos necesarios para el pleno ejercicio profesional.

Existen estudios que corroboran la necesidad^{243, 244, 245, 246}/o la utilidad de las intervenciones del farmacéutico en la población en general y en la población institucionalizada^{247,248,249}. Entre los beneficios que se pueden obtener se encuentran el aumento de adherencia al tratamiento, la reducción de consumo de medicamentos potencialmente no adecuados en ancianos (revisión del consumo de

²⁴² GENUA, op. cit., 959 y 986-989.

²⁴³ FERNÁNDEZ LISÓN LC et al. Errores de medicación e incumplimiento terapéutico en ancianos polimedicados. FARM HOSP [revista en Internet] 2006 [acceso 24 de mayo de 2012]; 30 (5): [280-283]. Disponible en: http://www.sefh.es/fh/11_4.pdf

²⁴⁴ RODRÍGUEZ CHAMORRO, MÁ, et al. Influencia de las características sociodemográficas y clínicas en la adherencia al tratamiento farmacológico de pacientes con riesgo cardiovascular. PHARMACEUTICAL CARE ESPAÑA, 2012, vol. 14, nº 4, pág. 138.

²⁴⁵ PEINADO, I. Iglesias, et al. Atención farmacéutica a pacientes en tratamiento con AINE. PHARMACEUTICAL CARE ESPAÑA [revista en Internet] 2013 [acceso 10 de abril de 2014] 15 (4): 130. Disponible en: <http://www.pharmacareesp.com/index.php/PharmaCARE/article/view/128/121>

²⁴⁶ CRESPILO-GARCÍA, E., et al. Conocimientos, percepciones y actitudes que intervienen en la adherencia al tratamiento en pacientes ancianos polimedicados desde una perspectiva cualitativa. Revista de Calidad Asistencial [revista en Internet] 2013 [acceso 10 de abril de 2014] 28 (1): 56-62. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1134282X12001327?via=sd>

²⁴⁷ GARCÍA-MINA FREIRE M et al. Atención farmacéutica en un centro socio-sanitario. FARM HOSP [revista en Internet] 2005 [acceso 1 de abril de 2014]; 29 (5): [312-317]. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?f=10&pident_articulo=13118534&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=121&ty=98&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=121v31n6a13118534pdf001.pdf

²⁴⁸ CHUMNEY EC, ROBINSON LC. The effects of pharmacist interventions on patients with polypharmacy. PHARMACY PRACTICE [revista en Internet] 2006 [acceso 1 de abril de 2014]; 4(3): [103-109]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/pharmacy/v4n3/en_revision.pdf

²⁴⁹ MONTAÑÉS-PAULS B, SÁEZ-LLEÓ C y MARTÍNEZ-ROMERO G. Ajuste de dosificación de medicamentos en pacientes ancianos institucionalizados con insuficiencia renal. FARM HOSP [revista en Internet] 2009 [acceso 1 de abril de 2014]; 33(1): [43-47]. Disponible en: http://www.sefh.es/fh/97_v33n01pdf007.pdf

laxantes, criterios Beers y STOPP/START²⁵⁰ valorando, por ejemplo, el uso de benzodiazepinas de larga duración) y los de baja utilidad terapéutica y un mayor conocimiento de sus propios tratamientos, lo cual puede aumentar su participación en sus propios cuidados de salud y animarles a aprender sobre su enfermedad y tomar cargo de la misma. También pueden evitarse duplicidades de medicación y posibles interacciones con significación clínica y riesgo de hospitalización, evitando en la medida de lo posible fármacos nefrotóxicos. Asimismo, se puede colaborar en la búsqueda de la presentación más adecuada del fármaco (por ejemplo en forma líquida para personas con dificultades de deglución); informar sobre efectos adversos y cómo proceder cuando aparecen; informar sobre la aplicación correcta de inhaladores.

Son particularmente interesantes este tipo de intervenciones en las residencias geriátricas en las que los residentes suelen tener un consumo de medicamentos mayor que el resto de población.

Desde los distintos departamentos de salud autonómicos, se hace hincapié en el valor de estas intervenciones como ponen de manifiesto los programas lanzados para la atención a polimedicados.

Atendiendo a lo expuesto puede intentar dilucidar qué tipo de farmacéutico puede considerarse óptimo para la atención en c.s.s.: farmacéutico comunitario, de atención primaria o de hospital.

Para decidir sobre esta cuestión debe atenderse a numerosos aspectos (epígrafe 2 del Capítulo IV) que tienen como objetivo común un incremento en la calidad de la asistencia al paciente, una mayor formación e información al paciente, personal social y personal sanitario y un incremento de la coordinación entre profesionales sanitarios.

La respuesta que da cada autonomía a la pregunta anterior se verá reflejada por el modelo de suministro de prestación farmacéutica adoptado.

²⁵⁰ DELGADO SILVEIRA E et al. Prescripción inapropiada de medicamentos en los pacientes mayores: los criterios STOPP/START. REV. ESP. GERIATR. GERONTOL. [revista en Internet]; 2009 [acceso 1 de abril de 2014]; 44 (5): [273-279]. Disponible en: http://rincondocentemfyc.files.wordpress.com/2011/12/stopp_start_espanol.pdf

Uno de los principios rectores de la atención sociosanitaria es la mejora continua de la *calidad*²⁵¹. Entre las definiciones que aporta el DRAE para este concepto figuran:

- superioridad o excelencia
- condición o requisito que se pone en un contrato

Atendiendo a ambas definiciones se puede decir que la calidad de la atención sociosanitaria – y por tanto también calidad de la prestación farmacéutica sociosanitaria – implica la búsqueda de la excelencia, y que para alcanzarse se deben cumplir las disposiciones legales sobre la materia. La *calidad*, por tanto, implica:

- prevención y promoción de la salud (según programas establecidos)
- detección de casos susceptibles de recibir esta atención por profesionales sociales y o sanitarios
- información adecuada a usuarios y familiares sobre los servicios de atención sociosanitaria
- capacitación profesional en gerontología
- cobertura de un catálogo de servicios básico en c.s.s. y atención domiciliaria
- coordinación efectiva de los servicios sociales y sanitarios
- evaluación continua de la calidad: análisis de los problemas, propuestas de resolución y planificación
- disponer de recursos para poder llevar a cabo los anteriores puntos

Las causas que propician la merma en la calidad son de diversa índole, desde la falta de recursos económicos, de infraestructuras o humanos (médicos, enfermeros, geriatras²⁵², farmacéuticos, psicólogos,

²⁵¹ Ley 5/2003, de 4 de abril, de Salud de las Illes Balears art.34 (BOE núm. 110, de 8 de mayo).

Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura art.51 (BOE núm. 177, de 25 de julio).

Ley 8/2008, de 10 de julio, de Salud de Galicia art.136 (BOE núm. 202, de 21 de agosto).

Ley 4/1994, de 26 de julio, de Salud de la Región de Murcia art.2.e (BOE núm. 243, de 11 de octubre).

Ley 3/2003, de 6 de febrero, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad Valenciana art.3.1.e (BOE núm. 55, de 5 de marzo)

²⁵² La especialidad de geriatría se reconoce desde 1978.

trabajadores sociales, cuidadores, recreadores), la insuficiente educación sanitaria de la población, la accesibilidad restringida a los recursos ofertados, e, incluso, la falta de seguimiento adecuado²⁵³.

Las modernas técnicas de gestión de calidad que se fomentan en la actualidad apuntan hacia principios fundamentales como la búsqueda de la satisfacción del usuario, evaluación continua, el compromiso del equipo directivo, la participación de todos los miembros de la organización y el fomento del trabajo en equipo, la involucración del centro/sistema/servicio en el sistema de calidad, la identificación y gestión de las dificultades del sistema, así como su superación y la toma de decisiones de gestión en función de datos y hechos objetivos²⁵⁴.

En el ámbito sociosanitario cabe destacar el Resident Assessment Instrument (RAI), que es una herramienta que permite la valoración integral de la persona dependiente y facilita la planificación para proporcionar un cuidado sociosanitario adecuado. De modo que se puede medir la calidad de los servicios sociosanitarios^{255, 256}.

2. REGULACIÓN Y COMPETENCIAS

Una vez observado el efecto derivado de la situación demográfica y social sobre los sistemas sanitarios en el mundo, Europa y España, y el estado de la atención sociosanitaria como aspectos que condicionan el desarrollo de la prestación farmacéutica sociosanitaria, en este capítulo se va a proceder a:

Real Decreto 2015/1978, de 15 de julio, por el que se regula la obtención de títulos de especialidades médicas (BOE núm. 206 de 29 de agosto)

²⁵³ STREJILEVICH L. Calidad de la atención sociosanitaria en adultos mayores [Internet] 2009 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.aggmdp.org.ar/CALIDAD%20DE%20LA%20ATENCIÓN%20SOCIOSANITARIA%20EN%20ADULTOS%20MAYORES.pdf>

²⁵⁴ GONZÁLEZ C. Conceptos generales de calidad total [Internet] [acceso 24 de mayo de 2012]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos11/conge/conge.shtml>

²⁵⁵ GUTIÉRREZ ZORNOZA M, DEL SUR ABARCA A. El Resident Assessment Instrument (RAI) como sistema de información de la calidad de los servicios sociosanitarios. BITS [Internet] 2004 [acceso 25 de mayo de 2012]: (7). Disponible en: <http://www.uclm.es/bits/sumario/33.asp>

²⁵⁶ RODRÍGUEZ MARTÍN B. Análisis cualitativo de los cuidados formales en residencias públicas de mayores. Tesis Doctoral. Universidad de Castilla-La Mancha [Internet] 2013 [acceso 10 de abril de 2014]. Disponible en: <https://ruidera.uclm.es/xmlui/handle/10578/3437>

- revisar la normativa relacionada desde el nivel básico estatal al particular de cada autonomía
- delimitar la población destinataria de esta prestación
- poner en valor este tipo de servicio
- revisar los modelos planteados por las distintas autonomías

2.1 ORDENACIÓN SANITARIA

En este epígrafe se procede a revisar la normativa estatal y autonómica del ámbito sanitario.

2.1.1 Estatal

En la CE se distribuyen las competencias de diversas materias entre el Estado y las autonomías como se indica en el capítulo anterior (pág. 65).

Antes de completarse la transferencia de competencias en materia sanitaria a las CCAA, el Instituto Nacional de Salud (INSALUD) asumía las funciones de administración y gestión [otorgadas en 1994] de las prestaciones sanitarias de la Seguridad Social en el ámbito territorial de las CCAA²⁵⁷ que no habían asumido dichas competencias, así como en Ceuta y Melilla. En el 2000 se produce una reestructuración del Ministerio de Sanidad y Consumo, manteniéndose el INSALUD y sus funciones²⁵⁸.

En 2002, tras la culminación del proceso de transferencia de competencias a las CCAA –finalizado en 2001 – se extingue el INSALUD que pasa a denominarse INGESA que se ocupa además de las prestaciones sanitarias de las ciudades autónomas Ceuta y Melilla²⁵⁹. Esta Entidad Gestora de la Seguridad Social conserva en la actualidad tanto la denominación como la gestión de las prestaciones sanitarias²⁶⁰,

²⁵⁷ Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social art. 57.1.b (BOE núm. 154, de 29 de junio) y disposición transitoria tercera de Ley General de Sanidad

²⁵⁸ Real Decreto 1450/2000, de 28 de julio, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad y Consumo art. 15 (BOE núm. 181, de 29 de julio)

²⁵⁹ Real Decreto 840/2002, de 2 de agosto, por el que se modifica y desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad y Consumo art. 15 (BOE núm. 185, de 3 de agosto)

²⁶⁰ Real Decreto 1087/2003, de 29 de agosto, por el que se establece la estructura orgánica del Ministerio de Sanidad y Consumo art. 15 (BOE núm. 208, de 30 de agosto)

aunque Ceuta (1999) y Melilla (2005) han asumido determinadas funciones y servicios que la Administración del Estado les ha otorgado en materia de sanidad incluyendo la autorización de creación, funcionamiento, adaptación o supresión de centros, servicios y establecimientos sanitarios²⁶¹. En 1986 se publicó la Ley General de Sanidad²⁶², en calidad de norma básica, para articular los instrumentos que consoliden el derecho a la protección de la salud y el establecimiento de una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de los disminuidos físicos, psíquicos y sensoriales.

A diferencia del modelo de protección de servicios sociales que es de tipo asistencial (epígrafe 2.3.3. del Capítulo II), el modelo de asistencia sanitaria era de tipo universal. Los titulares de derecho se consideraban todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tenían establecida su residencia en territorio nacional. También los extranjeros no residentes gozaban del derecho a la protección de la salud y asistencia sanitaria según conviniesen las leyes y convenios internacionales²⁶³. El RDL 16/2012, introduce un cambio trascendental al dirigir la cobertura sanitaria hacia aquellas personas que tienen la condición de asegurado^{264, 265, 266, 267, 268}: los trabajadores por cuenta ajena o propia,

²⁶¹ Ceuta: Real Decreto 32/1999, de 15 de enero, sobre traspaso de funciones y servicios de la Administración del Estado a la Ciudad de Ceuta, en materia de sanidad anexo b.h (BOE núm. 30, de 4 de febrero); Melilla: Real Decreto 1515/2005, de 16 de diciembre, sobre traspaso de funciones y servicios de la Administración del Estado a la Ciudad de Melilla, en materia de sanidad anexo b.h (BOE núm. 313, de 31 de diciembre)

²⁶² Ley General de Sanidad

²⁶³ Ley General de Sanidad art. 1.2 y 1.3

²⁶⁴ LÓPEZ FERNÁNDEZ LA, MARTÍNEZ MILLÁN JI, FERNÁNDEZ AJURIA A, MARCH CERDÀ JC, SUESS A, DANET A, PRIETO RODRÍGUEZ MA. ¿Está en peligro la cobertura universal en nuestro Sistema Nacional de Salud? GAC SANIT [Internet] 2012 [acceso 1 de abril de 2014]; 26: (4) [298-300]. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pident_articulo=90143318&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=138&ty=155&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=138v26n04a90143318pdf001.pdf

²⁶⁵ ARTELLS I HERRERO JJ, PEIRÓ S, MENEU DE GUILLERNA R, SERRAT I SESÉ JS. Visión de la crisis de la sanidad pública en España. Análisis Prospectivo Delphi. Fundación Salud, Innovación y Sociedad [Internet] 2012 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en:

http://www.actasanitaria.com/fileset/file_Informe_Final_64377.pdf

²⁶⁶ CASINO G, op. cit.

afiliados a la Seguridad Social y en situación de alta o asimilada a la de alta, los pensionistas del sistema de la Seguridad Social, perceptores de prestaciones periódicas de la Seguridad Social, inscritos en la oficina de empleo que hayan agotado la prestación o subsidio por desempleo y no sean asegurados por cualquier otro título. Se incluyen también las personas de nacionalidad española o de algún Estado miembro de la UE, del Espacio Económico Europeo o de Suiza que residan en España y los extranjeros titulares de una autorización para residir en territorio español que acrediten que no superan el límite de ingresos determinado reglamentariamente.

Son susceptibles de ser beneficiarios el cónyuge o persona con análoga relación de afectividad, ex cónyuge a cargo del asegurado y descendientes a cargo del mismo menores de 26 años o con una discapacidad en grado igual o superior al 65%. Las personas no beneficiarias ni aseguradas pueden obtener esta prestación mediante el pago de una contraprestación o cuota derivada de la suscripción de un convenio especial.

El régimen de asistencia sanitaria de las personas titulares o beneficiarias de los regímenes especiales no varía²⁶⁹.

En el esquema organizativo del SNS cada autonomía cuenta con un Servicio de Salud, el cual lleva a cabo una estructuración de su territorio en áreas de salud²⁷⁰ (llamadas departamentos de salud en la

²⁶⁷ RICO A., BLAKEY E. El impacto de la crisis en Sanidad: Recortes estructurales asimétricos con altos costes diferidos. En: Fundación Encuentro. Informe España 2012. Una interpretación de su realidad social. Fundación Encuentro, 2012.

²⁶⁸ GARCIA RADA A. New legislation transforms Spain's health system from universal access to one based on employment, op. cit.

²⁶⁹ Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones art.1 (BOE núm. 98, de 24 de abril), que modifica el art.3 de la LCC.

²⁷⁰ Real Decreto 1515/2005, de 16 de diciembre, sobre traspaso de funciones y servicios de la Administración del Estado a la Ciudad de Melilla, en materia de sanidad art.56.1 (BOE núm. 313, de 31 de diciembre)

²⁷⁰ Ley General de Sanidad

²⁷⁰ Ley General de Sanidad art. 1.2 y 1.3

²⁷⁰ LÓPEZ FERNÁNDEZ, et al, op. cit.

²⁷⁰ ARTELLS I HERRERO, op. cit.

²⁷⁰ CASINO G, op. cit.

²⁷⁰ RICO A., BLAKEY E., op. cit.

Comunidad Valenciana y demarcaciones territoriales en Cataluña), con el objetivo de alcanzar una gestión descentralizada y participativa, la proximidad de los servicios a los usuarios y, finalmente, una atención integral respecto a la Sanidad.

Cada Servicio de Salud está integrado por todos los centros, servicios y establecimientos de la Comunidad, Diputaciones, Ayuntamientos y otras Administraciones territoriales intracomunitarias²⁷¹. La instalación y funcionamiento de estos centros y establecimientos sanitarios precisa la previa autorización administrativa del régimen inicial²⁷², así como sus modificaciones estructurales.

Transcurridos más de 16 años desde la entrada en vigor de la Ley General de Sanidad y observando los cambios culturales, tecnológicos, socioeconómicos, de la forma de vivir y de enfermar de la población, se planteaban nuevos retos para el sistema sanitario como la integración sanitaria y sociosanitaria. Consecuentemente, se aprobó la LCC (2003) con el objetivo de, a través de la coordinación y cooperación de las Administraciones públicas, alcanzar la equidad, calidad y participación ciudadana. En ella se estableció que se determinarían mediante Real Decreto y con carácter básico, las garantías mínimas de seguridad y calidad que deben ser exigidas para la regulación y autorización por parte de las CCAA en la apertura y puesta en funcionamiento de los centros, servicios y establecimientos sanitarios²⁷³, en su ámbito territorial.

El Real Decreto por el que se establecen las citadas bases se aprobó antes de transcurrir cinco meses (1277/2003, de 10 de octubre). En él se clasifican y definen los tipos de centros, servicios y establecimientos²⁷⁴. Se indica que los requisitos mínimos comunes para su autorización de instalación, funcionamiento y modificación se establecerán por Real Decreto (art.4.2) y se crea en el Ministerio de Sanidad y Consumo un

²⁷⁰ GARCIA RADA A. New legislation transforms Spain's health system from universal access to one based on employment, op. cit.

²⁷⁰ RDL 16/2012 art. 1 que modifica el art.3 de la LCC.

²⁷⁰ Ley General de Sanidad art. 56.1.

²⁷¹ Ley General de Sanidad art. 50.1.

²⁷² También precisan autorización determinados servicios según se indique reglamentariamente en las normas autonómicas.

²⁷³ LCC art. 27.3.

²⁷⁴ Real decreto 1277/2003, de 10 octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios art.2 y Anexos I y II (BOE núm. 254, de 23 de octubre)

Registro general de centros, servicios y establecimientos sanitarios (art.5.1).

Posteriormente, en 2011, se publica un nuevo real decreto con el objeto de mejorar y cohesionar el SNS, así como su consolidación fiscal. Se abordan temas como la historia clínica digital, la tarjeta sanitaria con un formato único para todo el SNS y la posibilidad de facilitar desde la OF sistemas personalizados de dosificación a los pacientes que los soliciten²⁷⁵.

Las estructuras que se ofrecen en España para proveer de atención sanitaria al ciudadano se clasifican en base a la complejidad y duración de la ayuda requerida. Así, se dispone de la atención primaria y la especializada. Esta última se presta a través de centros especializados, unidades asistenciales y hospitales, los cuales a su vez se clasifican en:

- hospitales de agudos o corta estancia
- hospitales de media estancia o convalecencia
- hospitales de larga estancia
- hospitalización domiciliaria
- hospitales de día geriátricos²⁷⁶

Se deben incluir también las unidades de geriatría de corta estancia, así como las de media y larga estancia que desarrollan las mismas

²⁷⁵ Real Decreto-ley 9/2011, de 19 de agosto, de medidas para la mejora de la calidad y cohesión del sistema nacional de salud, de contribución a la consolidación fiscal, y de elevación del importe máximo de los avales del Estado para 2011 art.1.5 (BOE núm. 200, de 20 de agosto).

²⁷⁶ El hospital, sea de agudos, de media o larga estancia, se define como aquel centro sanitario *«destinado a la asistencia especializada y continuada de pacientes en régimen de internamiento (como mínimo una noche), cuya finalidad principal es el diagnóstico o tratamiento de los enfermos ingresados en éstos, sin perjuicio de que también presten atención de forma ambulatoria»*. Por su parte, el hospital de día, queda definido como *«la unidad asistencial donde, bajo la supervisión o indicación de un médico especialista, se lleva a cabo el tratamiento o los cuidados de enfermos que deben ser sometidos a métodos de diagnóstico o tratamiento que requieran durante unas horas atención continuada médica o de enfermería, pero no el internamiento en el hospital»*. Real decreto 1277/2003, de 10 octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios Anexo II. C. 1 y U. 65 (BOE núm. 254, de 23 de octubre)

funciones, respectivamente, que los hospitales citados. La asistencia en hospitales o unidades de media estancia ejerce un papel fundamental ya que tiene como objetivo la recuperación funcional de los ancianos con incapacidad o deterioro inicialmente reversible, así como administrar cuidados para la adaptación de los pacientes a la incapacidad, la implicación y aprendizaje de familiares en el cuidado de ancianos incapacitados, el cuidado y cicatrización de úlceras y heridas, la planificación de la ubicación definitiva al alta hospitalaria, la evaluación de los síndromes geriátricos y la estabilización clínica de enfermedades en fase subaguda²⁷⁷.

Resulta singular el caso de los hospitales de larga estancia y los centros residenciales sociosanitarios. La diferenciación teórica es clara, de forma que aunque en ambos se da el internamiento de los usuarios, en los centros residenciales prima la necesidad de cuidados sociales y en los hospitales de larga estancia, los cuidados sanitarios. Sin embargo, en la práctica no llega a haber una clara diferenciación²⁷⁸ y donde existen no hay uniformidad en la denominación²⁷⁹.

La escasez de unidades hospitalarias de larga estancia de la red pública y el agravamiento de las enfermedades y la dependencia de las personas institucionalizadas – por tanto el aumento de requerimientos de cuidados sanitarios – han propiciado la situación actual de España en que las residencias son las principales proveedoras de asistencia institucional de larga duración. Correspondiendo la mayor parte a residencias de titularidad privada que ofrecen también la mayor parte de plazas residenciales²⁸⁰.

²⁷⁷ Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Análisis y evaluación de la red de servicios sanitarios dedicados a la dependencia: programas de prevención, atención domiciliaria y hospitalización [Internet] 2005 [acceso 22 de mayo de 2012]: pág. 25. Disponible en:

<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/segg-analisis-01.pdf>

²⁷⁸ En el art.14 de la LCC se da libertad a las CCAA para determinar en qué niveles de atención llevará a cabo la atención sociosanitaria.

²⁷⁹ Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, op. cit., 28.

²⁸⁰ En 2012, en España había 3.981 residencias privadas y 1.493 públicas que ofrecían 256.378 y 94.612 plazas respectivamente. Concretamente en la Comunidad Valenciana, había 273 residencias privadas y 70 públicas con 21.934 y 5.572 plazas respectivamente.

EQUIPO ENVEJECIMIENTO EN RED. Departamento de Población, Instituto de Economía, Geografía y Demografía. Centro de Ciencias Humanas y Sociales,

Por último, el hospital de día geriátrico se caracteriza por tener entre sus objetivos la recuperación de la capacidad funcional (se realizan actividades de fisioterapia y terapia ocupacional), una valoración integral en pacientes complejos y los cuidados médicos y de enfermería por ejemplo en el control de tratamientos complejos, realización de punciones lumbares y curas de úlceras complicadas.

2.1.2 Autonómica

La ordenación de la denominada Sanidad Interior²⁸¹ se lleva a cabo por las CCAA mediante leyes llamadas de Salud, de Ordenación Sanitaria o de Sanidad. La cronología de las mismas oscila desde 1990 hasta 2010. Siete CCAA tienen normativas previas al año 2000 (la más antigua, de 1990, es la de Cataluña), y el resto son posteriores, siendo la más reciente la de Castilla y León (2010). Todas ellas han sufrido diversas modificaciones y desarrollos normativos con el objetivo de adaptarse a las necesidades del presente (*Tabla 14*). Las ciudades autónomas Ceuta y Melilla carecen de normativa específica.

A. Centros sanitarios

Según lo previsto en el Real Decreto por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios²⁸², las CCAA han regulado mediante decreto, y las ciudades autónomas mediante reglamento regulador, los procedimientos para la autorización de instalación, funcionamiento, modificación y cierre de los centros ubicados en su ámbito territorial (*Tabla 18*).

B. Centros de servicios sociales

Las autonomías han elaborado también normas correspondientes a los centros de servicios sociales que especifican los requisitos para su autorización. En ellas se contemplan características tales como la

CSIC. Estadísticas sobre residencias: Distribución de centros y plazas residenciales por provincia. Datos de diciembre de 2012. [internet] 1 de marzo de 2013 [acceso 1 de abril de 2014]: págs. 12 y 16. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-estadisticasresidencias2012.pdf>

²⁸¹ En oposición a la Sanidad Exterior de competencia estatal, la Sanidad Interior corresponde, de acuerdo a la CE y los estatutos de las CCAA a estas últimas.

²⁸² Real decreto 1277/2003, de 10 octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios art.3.4 (BOE núm. 254, de 23 de octubre)

capacidad, cartera de servicios, tipo de usuarios y ratios de personal. Sólo en el caso de que tengan autorizado un servicio médico se consideran c.s.s. (*Tabla 19*).

Por su parte, Ceuta y Melilla no tienen regulación específica sobre este tipo de centros.

La Ley de Servicios Sociales de Aragón indica que hasta que se apruebe la norma correspondiente para la acreditación de centros y servicios sociales para la suscripción de conciertos y la prestación de servicios sociales con financiación pública, es suficiente la autorización administrativa e inscripción en el registro administrativo y el cumplimiento de los requisitos correspondientes²⁸³.

2.2 ORDENACIÓN FARMACÉUTICA

El interés normativo para la correcta dispensación de medicamentos se pone de manifiesto en España desde mediados del siglo XIX. Durante el reinado de Isabel II – 1833 a 1868 –se aprobó la Ley de 28 de noviembre de 1855 sobre el Servicio General de Sanidad. En ella ya se dedicaba un capítulo a la «expedición de medicamentos». Desde entonces se han sucedido las normas que han acotado el quehacer farmacéutico procurando alcanzar una buena práctica de la profesión.

En la actualidad, la ordenación farmacéutica, integrada en la ordenación sanitaria, es en gran parte competencia de las autonomías. (Véase el reparto de competencias del apartado 3.1 del capítulo anterior).

Las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla, por su parte, tienen capacidad ejecutiva pero no legislativa en materia de Sanidad²⁸⁴.

Cabe destacar la Ley de Servicios de OF, de ámbito estatal. En ella se regulan, entre otros apartados, las funciones a desempeñar por el farmacéutico titular y demás personal de la OF, se fijan criterios básicos para la ordenación farmacéutica a desarrollar por las CCAA, se aborda el tema de la autorización administrativa que deben regular las

²⁸³ Ley 5/2009, de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón disposición transitoria tercera (BOE núm. 201, de 20 de agosto)

²⁸⁴ Ley Orgánica 1/1995, de 13 de marzo, de Estatuto de Autonomía de Ceuta art.21.19 (BOE núm. 62, de 14 de marzo)

Ley Orgánica 2/1995, de 13 de marzo, de Estatuto de Autonomía de Melilla art.21.19 (BOE núm. 62, de 14 de marzo)

autonomías y se exige la presencia y actuación profesional de un farmacéutico para la dispensación al público de medicamentos²⁸⁵.

Posteriormente, la Ley de Garantías y Uso Racional del Medicamento²⁸⁶ contempla puntos de diversa índole que afectan a la farmacia como la receta médica, las causas de sustitución de medicamentos, la prescripción por principio activo, el reflejo en factura de los descuentos por volumen de compra o pronto pago o la evaluación de las nuevas tecnologías previamente a su uso por el SNS.

Partiendo de una base común – la normativa básica estatal – las autonomías han desarrollado numerosos aspectos farmacéuticos. Entre ellos la prestación farmacéutica sociosanitaria. Por medio de normativa autonómica se han determinado los apartados más generales (tipos de servicio farmacéutico, sistema de vinculación) y a través de los conciertos de prestación farmacéutica se ha concretado el modo de llevarla a cabo (*Tabla 20*).

A continuación se intentará describir los matices que cada autonomía ha dado a la prestación farmacéutica sociosanitaria mediante estos últimos.

2.2.1 Conciertos

Conforme a la LCC las OF, a través de sus colegios profesionales o consejos autonómicos, suscriben conciertos con las Consejerías o Servicios de Salud de las autonomías²⁸⁷. El objetivo de los mismos es establecer el régimen de colaboración en lo referente a prestación de

²⁸⁵ Ley de Servicios de OF

²⁸⁶ LGURM

²⁸⁷ La Comunidad Valenciana introdujo en marzo de 2013, mediante el Decreto-ley 2/2013, de 1 de marzo (Cap. IV) la posibilidad de que los titulares de OF suscriban conciertos con la AVS de forma individual o colectiva, ya sea con los colegios farmacéuticos, entidades, instituciones, personas físicas o jurídicas. Aspecto que fue modificado con el art. 165 de la Ley 5/2013, de 23 de diciembre que mantiene solo la concertación mediante Acuerdo Marco a la que deben adherirse los titulares de OF abiertas al público (es decir, no necesariamente a través de los COF).

Decreto-ley 2/2013, de 1 de marzo, del Consell, de Actuaciones Urgentes de Gestión y Eficiencia en Prestación Farmacéutica y Ortoprotésica art.9 (DOGV núm. 6.978, de 5 de marzo)

Ley 5/2013, de 23 de diciembre, de medidas fiscales, de gestión administrativa y financiera, y de organización de la Generalitat (DOGV núm. 7181, de 27 de diciembre)

servicios profesionales inherente a la prestación farmacéutica así como la fijación de las condiciones económicas²⁸⁸. Todas las autonomías tienen suscritos conciertos salvo las ciudades de Ceuta y Melilla que mantienen subrogado el último Concierto firmado entre el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos y el INSALUD de 17 de noviembre de 1998²⁸⁹.

Estos conciertos recogen, entre otros aspectos, *«las características de la dispensación dentro del ámbito del SNS, el procedimiento de facturación de las recetas, las condiciones económicas relativas al pago de las recetas, las deducciones en productos dietoterápicos, tiras reactivas y en absorbentes para incontinencia urinaria, [...] y las causas de devolución»*²⁹⁰.

Algunos conciertos dedican un apartado a la prestación farmacéutica en c.s.s.. Aragón²⁹¹, Cantabria²⁹², Castilla-La Mancha²⁹³ y Extremadura²⁹⁴

²⁸⁸ LCC art. 33 y Decreto 2065/1974, de 30 de mayo, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social art. 107.4 (BOE núm. 173, de 20 de julio).

²⁸⁹ GRANDA VEGA E. Autoinspección en la Oficina de Farmacia. Marco legal, normativa y consejos prácticos para la actividad profesional [monografía en internet]. CLUB DE LA FARMACIA [acceso 22 de mayo de 2012]: pág. 113. Disponible en:

<http://www.clubdelafarmacia.com/wp-content/uploads/2011/05/libro-club.pdf>

²⁹⁰ *Ibidem*

²⁹¹ Orden de 30 de junio de 2008, del Vicepresidente del Gobierno, por la que se dispone la publicación del Convenio marco de colaboración, entre el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, los Colegios Oficiales de Farmacéuticos de Huesca, de Teruel y de Zaragoza y la Comunidad Autónoma de Aragón, por el que se establecen las líneas generales de actuación en materia de atención farmacéutica y promoción de la salud pág. 564 (BOA núm. 5, de 9 de enero de 2009)

²⁹² Concierto entre el Servicio Cántabro de Salud y el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Cantabria por el que se fijan las condiciones para la prestación farmacéutica a través de las oficinas de farmacia. 2008 cláusula adicional primera, pág. 13

²⁹³ Concierto entre el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM) y los Colegios Oficiales de Farmacéuticos de Castilla-La Mancha, por el que se fijan las condiciones para la ejecución de la prestación farmacéutica a través de las oficinas de farmacia, de 22 de diciembre de 2003 [internet] [acceso 1 de abril de 2014]: pág. 9, "cláusula adicional". Disponible en: <http://sescam.castillalamancha.es/profesionales/farmacia/Concierto>

²⁹⁴ Concierto entre la Consejería de Sanidad y Dependencia, el Servicio Extremeño de Salud y el Consejo de Colegios Profesionales de Farmacéuticos de

consideran la posibilidad de establecer acuerdos para la prestación farmacéutica sociosanitaria. Castilla y León²⁹⁵, Navarra²⁹⁶ y País Vasco²⁹⁷ indican que acordarán un retorno de beneficios en el caso de suministro de productos dietoterápicos. También en el País Vasco se indica respecto a la dispensación de absorbentes que se llevará a cabo en una OF del mismo Territorio Histórico donde se ha realizado la prescripción y el visado de inspección (pág. 74). Madrid indica que la dispensación se ha de hacer por farmacias capacitadas para efectuar una dispensación activa y, salvo casos excepcionales, que pertenezcan a la misma zona básica de salud (z.b.s.)²⁹⁸.

Andalucía²⁹⁹, Canarias³⁰⁰, Galicia³⁰¹ y Murcia³⁰² no se refieren en sus conciertos a esta modalidad de prestación.

Extremadura por el que se fijan las condiciones para la ejecución de la prestación farmacéutica a través de oficinas de farmacia y acuerdos de otras prestaciones. 2011, cláusula 12.1. pág. 32.

²⁹⁵ Concierto entre la Gerencia Regional de Salud y el Consejo de Colegios Profesionales de Farmacias de Castilla y León, por el que se fijan las condiciones para la ejecución de la prestación a través de las oficinas de farmacia, de diciembre de 2002 [internet] pág.3. Anexo C. Epígrafe 2. Disponible en [acceso. 1 de abril de 2014]: <http://www.cofsalamanca.com/sacyl.aspx>

²⁹⁶ Acuerdo de 13 de mayo de 2002. OFICINAS DE FARMACIA. Aprueba el Acuerdo Marco de condiciones de concertación de las oficinas de farmacia de Navarra anexo F. Epígrafe 2.1 (BON núm. 96, de 9 de agosto)

²⁹⁷ Concierto por el que se fijan las condiciones para la ejecución de la prestación farmacéutica y la colaboración sanitaria con el Departamento de Sanidad a través de las Oficinas de Farmacia de la C.A.P.V. 2006, pág.72. Anexo E (País Vasco)

²⁹⁸ Concierto entre la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid y el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid por el que se fijan las condiciones para la colaboración de las oficinas de farmacia con el sistema sanitario de la Comunidad de Madrid. 2011, anexo 3. pág. 10

²⁹⁹ CEOFA. Estudio para la contención del gasto de medicamentos en Andalucía y sostenibilidad de la farmacia andaluza [monografía en internet] CEOFA; 2010 [acceso 1 de abril de 2014]: pág. 50. Disponible en: http://www.fefe.com/ESTUDIO%20REVISADO%20E_GRANDA%20CEOFA.pdf

³⁰⁰ Concierto entre el Servicio Canario de la Salud y los Colegios Oficiales de Farmacéuticos de la Comunidad Autónoma de Canarias, por el que se fijan las condiciones para la ejecución de la prestación farmacéutica a través de las oficinas de farmacia, de 30 de diciembre de 2005

³⁰¹ Concierto para a prestación farmacéutica polas oficinas de farmacia. Galicia. [internet] 2004 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en:

El Concierto de la Comunidad Valenciana se dirige a la participación de la OF en el suministro de medicamentos en c.s.s. de titularidad privada de menos de 100 camas. Para que el farmacéutico ejerza plenamente su labor asistencial se manifiesta la voluntad de diseñar y desarrollar los programas y cursos que sean necesarios³⁰³.

3. ÁMBITO Y POBLACIÓN DIANA

En el capítulo anterior se ha explicado qué se entiende por atención sociosanitaria en base a una norma de rango estatal (art. 14 de la LCC), de lo que se deriva la homogeneidad del concepto en todo el territorio nacional. Esta atención pretende garantizar la continuidad entre los servicios sanitarios y sociales a través de una adecuada coordinación. Recuérdese, asimismo, la descripción de los destinatarios de esta atención dada en el mismo artículo.

El planteamiento de la atención sociosanitaria se puede hacer desde la coordinación de los ámbitos social y sanitario o bajo la creación de un nuevo espacio sociosanitario. No obstante, todas las CCAA se han puesto de acuerdo en promover la atención sociosanitaria mediante coordinación.

Algunas CCAA prevén en sus ordenaciones sanitarias la elaboración de planes sociosanitarios (Balears (art. 79.2 de la Ley 5/2003, de 4 de abril, de Salud de las Illes Balears), Cantabria (art. 16 de la Ley 7/2002, de 10 de diciembre, de Sanidad de Cantabria), Castilla-La Mancha (art. 52.3 de la Ley 8/2000, de 30 de noviembre, de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha), Castilla y León (art. 23.5 de la Ley 8/2010, de 30 de agosto, de Sanidad de Castilla y León), La Rioja (art. 53 de la Ley 2/2002, de 17 de abril, de Salud de La Rioja)) o, como es el caso de la Comunidad Valenciana, incluyen en otros planes medidas para impulsar la calidad en asistencia sociosanitaria (Plan de Humanización,

<http://www.sergas.es/Publicaciones/DetallePublicacion.aspx?IdPaxina=40008&DCatalogo=1162>

³⁰² Concierto entre el Servicio Murciano de Salud y el Colegio Oficial de Farmacéuticos de la Región de Murcia, por el que se determinan las condiciones para la ejecución de la prestación farmacéutica que se realiza a través de las oficinas de farmacia de la Región de Murcia. 2007

³⁰³ Concierto entre la Conselleria de Sanitat y los Colegios Oficiales de Farmacéuticos de las provincias de Alicante, Castellón y Valencia. 2004, pág.150, anexo D

art. 17 de la Ley 3/2003, de 6 de febrero, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad Valenciana).

La atención sociosanitaria que puede recibir un paciente viene determinada por la combinación de *factores* inherentes a la situación que éste atraviesa y los *recursos* ofertados en nuestro país.

Entre los *factores* que intervienen en el momento de determinar el tipo de servicios y/o recursos que necesita o pueden darse a una persona, se encuentran, en principio³⁰⁴:

- el grado de dependencia y por tanto la necesidad de cuidados personales. La población que requiere asistencia sociosanitaria puede agruparse según sus patologías en enfermos crónicos, enfermos en situación terminal, enfermos convalecientes con recuperación funcional, enfermos mentales, discapacitados físicos y sensoriales, discapacitados psíquicos o intelectuales.

- la necesidad de cuidados sanitarios, que en función de las patologías, condiciona su intensidad y continuidad³⁰⁵

- el apoyo informal de familiares y cuidadores, y las posibilidades económicas de la persona

Los *recursos* a través de los cuales se hace efectiva la atención sociosanitaria en España para atender las necesidades de la población se pueden clasificar en:

- medidas de apoyo al cuidador

- régimen domiciliario

- régimen de tratamiento diurno (centros de día, hospitales de día)

- régimen de internamiento (residencias, hospitales de agudos, media y larga estancia)

³⁰⁴ HERRERA MOLINA E. Retos inmediatos en Sanidad: la atención sociosanitaria. DS [Internet] 2005 [acceso 22 de mayo de 2012]; 13(1): [57-62]. Disponible en: <http://www.ajs.es/downloads/vol1305.pdf>

³⁰⁵ Las necesidades de cuidados sanitarios (de tipo curativo o alivio sintomático para mejorar la calidad de vida) pueden ser intensos o no. También pueden requerir una atención sanitaria continua, ya sea a diario, periódicamente o a demanda tanto del facultativo como de enfermería.

3.1 CENTROS SOCIO SANITARIOS

En este apartado se hará referencia, básicamente, a residencias concertadas y públicas de tipo autonómico, sin considerar las privadas y las municipales en las que los baremos de acceso pueden establecerse, respectivamente, por reglamentos de la empresa privada o por ordenanzas municipales.

Cabe resaltar que aun habiéndose publicado en el mismo año con una diferencia de tan solo cinco meses la LCC en la que se define la prestación de la atención sociosanitaria (art.14) y el Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, que define los centros, servicios y establecimientos sanitarios, el legislador no precisa entre las definiciones del Anexo II la de c.s.s.. Debe interpretarse entonces, que éste se asimila a las organizaciones no sanitarias que integran servicios sanitarios³⁰⁶.

La principal característica de los c.s.s. frente a los centros sociales es el requisito de autorización de servicios médicos, lo que permite que la asistencia médica sea recibida por los usuarios en el mismo centro. Con ello se favorece la accesibilidad del usuario, importante principalmente para personas con dificultades en la movilidad. Además, en los casos en que el médico del c.s.s. dispone de talonario³⁰⁷ para prescribir recetas con cargo al SNS, se descongestionan las consultas de los centros sanitarios de atención primaria ya que, aunque sigue existiendo un médico de atención primaria de referencia en el centro, el seguimiento y las prescripciones las lleva el médico del c.s.s. durante el horario de funcionamiento estipulado.

Los usuarios de los centros sociales, sin embargo, tienen asignado un médico de atención primaria de su centro sanitario de referencia que es quien sigue la evolución y tratamiento del paciente.

Pese a la homogeneidad comentada en lo que al concepto de atención sociosanitaria se refiere, no sucede lo mismo en cuanto a la consideración de las CCAA respecto de los c.s.s. afectos por sus

³⁰⁶ Real decreto 1277/2003, de 10 octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios anexo II. C. 3 (BOE núm. 254, de 23 de octubre)

³⁰⁷ La Resolución de 28 de febrero de 2001 de la Conselleria de Sanitat regula la utilización de talonarios en la Comunidad Valenciana en centros públicos y concertados. En ella se responsabiliza al médico propuesto por la Conselleria de Bienestar Social a la cumplimentación de la historia clínica de los pacientes (Segunda instrucción).

respectivas normativas farmacéuticas. Los sectores de la población considerados por las autonomías son los mayores, minusválidos, dependientes, enfermos mentales, menores, jóvenes infractores, internos en centros penitenciarios y otros (*Tabla 21*). Pero no todos ellos en todas las autonomías. Aragón, Asturias, Cantabria, Cataluña³⁰⁸, Murcia, La Rioja, Madrid, País Vasco y Comunidad Valenciana ^{309, 310}: consideran c.s.s. a aquellos que atienden a sectores de la población tales como personas mayores o ancianos, discapacitados o minusválidos y otros. Este "otros" permite incluir grupos de población que no se ajusten a los grupos definidos y que otras autonomías clasifiquen en grupos específicos. Andalucía³¹¹ añade a las personas dependientes y Castilla-

³⁰⁸ Abarca a los mayores y a aquellos que aun no siendo mayores de 65 años sufren enfermedades crónicas discapacitantes, evolutivas invalidantes, deterioro cognitivo, enfermedades en fase terminal o personas que tienen problemas de rehabilitación funcional o que requieren cuidados o tratamientos de manera continuada.

Decreto 92/2002, de 5 de marzo, por el que se establecen la tipología y las condiciones funcionales de los centros y servicios sociosanitarios y fijan las normas de autorización art.2 (DOGC núm. 3.597, de 18 de marzo)

³⁰⁹ En la redacción inicial y primera modificación de la Ley 12/2004, de 27 diciembre, de Medidas Fiscales, de Gestión Administrativa y Financiera, y de Organización de la Generalitat Valenciana (BOE núm. 38, de 14 de febrero de 2005) del artículo 48 de la LOF Valencia, se empleaba el término "minusválidos". Es, a partir de la siguiente modificación (Ley 1/2008, de 17 abril, de la Generalitat, de Garantías de Suministro de Medicamentos de Comunidad Valenciana (DOCV núm. 5.749, de 24 de abril)), posterior a la LD, cuando se adapta a la nueva terminología y se utiliza el término "discapacitado".

³¹⁰ Aragón: Ley de Ordenación Farmacéutica art. 32.2. (en adelante, LOF Aragón; Asturias: LOF Asturias art.52.1; Cantabria: Ley 7/2001, de 19 diciembre, de Ordenación farmacéutica de Cantabria art.37.2 (BOE núm. 14, de 16 de enero de 2002), en adelante LOF Cantabria; Murcia: Ley 3/1997, de 28 mayo, de ordenación farmacéutica de la Región de Murcia art.36.2 (BORM núm. 144, de 25 junio 1997), en adelante LOF Murcia; La Rioja: Ley 8/1998, de 16 junio, de Farmacia de La Rioja art.14.4 (BOE núm. 156, de 1 de julio d 1998), en adelante LOF La Rioja; Madrid: Ley 19/1998, de 25 noviembre, de Ordenación y Atención Farmacéutica de la Comunidad de Madrid art.54.1 (BOE núm. 124, de 25 de mayo de 1999), en adelante LOF Madrid; Comunidad Valenciana: Ley 1/2008, de 17 abril, de la Generalitat, de Garantías de Suministro de Medicamentos de Comunidad Valenciana art.10 (DOCV núm. 5.749, de 24 de abril) que modifica el art.48. LOF Valencia

³¹¹ Ley 22/2007, de 18 diciembre, de Farmacia de Andalucía Art.2.c (BOJA núm. 254, de 28 de diciembre), en adelante LOF Andalucía

La Mancha³¹² a los enfermos mentales. Canarias³¹³ contempla a los mayores y minusválidos e incorpora a los menores y jóvenes infractores. Por su parte Navarra³¹⁴ considera a los mayores, discapacitados, internos en centros penitenciarios y otros. El articulado en las normas farmacéuticas de Castilla y León y Galicia diferencia los centros psiquiátricos de los c.s.s.. La única comunidad autónoma que describe la población de sus c.s.s. de igual modo que el artículo 14 de la LCC es Extremadura³¹⁵, que además agrega a las personas que por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen dificultades para realizar por sí solos actividades personales imprescindibles para la vida independiente, y considera como c.s.s. a los hospitales psiquiátricos.

Las leyes de ordenación farmacéutica de Baleares, Castilla y León y Galicia no definen el tipo de usuarios de los c.s.s. a quien va dirigida la atención farmacéutica sociosanitaria³¹⁶. Ceuta y Melilla, como se ha comentado anteriormente, carecen de LOF.

De los recursos citados anteriormente, los c.s.s., incluyen residencias y centros de día. Los *centros sociales* se ocupan exclusivamente de tareas de índole social y que carecen de servicio médico autorizado.

Para conocer la población destinataria de la atención farmacéutica sociosanitaria deben revisarse los tipos de plazas existentes en los c.s.s., los centros de asistencia social y los requisitos de acceso a las mismas, así como los destinatarios de la atención domiciliaria.

³¹² Art.2.i Ley 5/2005, de 27 junio, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha. (DOCM núm. 131, de 1 de julio), en adelante LOF Castilla-La Mancha.

³¹³ Art.63.1. Ley 4/2005, de 13 julio, de Ordenación Farmacéutica de Canarias. (BOC núm. 143, de 22 de julio), en adelante LOF Canarias.

³¹⁴ Art.34.2. Ley Foral 12/2000, de 16 noviembre, de Atención Farmacéutica de Navarra.) (BOE núm. 44, de 20 de febrero de 2001), en adelante LOF Navarra.

³¹⁵ Art.58.2. Ley 6/2006, de 9 noviembre, de Farmacia de Extremadura. (DOE núm. 134, de 16 de noviembre), en adelante LOF Extremadura.

³¹⁶ Baleares: art.52 Ley 7/1998, de 12 noviembre, de Ordenación Farmacéutica de las Islas Baleares. (BOCAIB núm. 149, de 21 de noviembre), en adelante LOF Baleares; Castilla-León: art.48 Ley 13/2001, de 20 diciembre, de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad de Castilla y León.) (BOE núm.15, de 17 de enero de 2002), en adelante LOF Castilla y León; Galicia: Capítulo IV LOF Galicia.

3.1.1 Centros residenciales

A. Tipos de plazas

En 1985 se aprobó un Estatuto de carácter básico para los centros de la tercera edad³¹⁷ como respuesta a las conclusiones de la Primera Asamblea Nacional de la Tercera Edad. Constituye un compendio de mínimos – susceptibles de desarrollo – aplicables a los centros nacionales de la tercera edad que incluyen centros de día y centros residenciales del Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS). Los centros residenciales se definieron como «*centros de convivencia destinados a servir de vivienda permanente y común, en los que se presta una asistencia integral y continuada a quienes no pudieran satisfacer estas necesidades por otros medios*». Fue entonces cuando se estableció la clasificación de las residencias y/o plazas de las mismas en función de la autonomía de los usuarios:

-*residencias de válidos*: destinadas a quienes por sus condiciones personales pueden desarrollar las AVD sin la asistencia de otras personas. También llamados personas con autonomía o personas mayores. En Castilla-La Mancha se hace referencia a personas con dependencia no reconocida, las cuales no pueden ocupar plazas para personas con dependencia reconocida

-*residencias asistidas*: destinadas a la atención y asistencia de quienes sufran una patología crónica o invalidante que les impida valerse por sí mismos, precisando de la asistencia de terceras personas. También llamados no válidos, dependientes o personas

³¹⁷ Este estatuto, así como los elaborados con posterioridad por las autonomías, presenta las normas que debían cumplir entonces los centros del INSS, y actualmente los dependientes de las administraciones públicas (es decir, los locales, los de las autonomías, los estatales) y los privados concertados debidamente acreditados, en su caso, pudiendo servir como referencia para los de tipo privado.

El estatuto se mantiene vigente, salvo en Asturias y Castilla y León, que lo derogaron en 1997 y 2002 respectivamente, mediante decreto (disposición derogatoria del Decreto 26/1997, de 8 de mayo, por el que se aprueba el Reglamento de régimen interno de los Hogares-Centros de Día para personas mayores. Principado de Asturias (BOPA núm. 123, de 29 de mayo) y disposición derogatoria primera del Decreto 24/2002, de 14 de febrero, por el que se aprueba el Estatuto Básico de Centros de Personas Mayores de Castilla y León (BOCYL núm. 36, de 20 de febrero)

con discapacidad. En Canarias, llamadas de atención sociosanitaria.

-residencias mixtas: son establecimientos con servicios e instalaciones suficientes para acoger a personas que puedan desenvolverse de forma autónoma y a las que necesitan de asistencia para la vida diaria.

Esta clasificación ha sido adoptada por las distintas CCAA en sus respectivas normativas de asuntos sociales como se aprecia en la *Tabla 22*³¹⁸. Algunas autonomías han incorporado otras categorías de centros

³¹⁸ ESTADO: Orden de 16 de mayo de 1985 por la que se aprueba el Estatuto Básico de los Centros de la Tercera Edad del Instituto Nacional de Servicios Sociales de la Seguridad Social art.2 (BOE núm. 128, de 29 de mayo); Andalucía: anteriormente las residencias estaban clasificadas en centros para personas mayores válidas, asistidas y mixtas según el art.2 del Anexo de la Orden de 28 de noviembre de 1985, por la que se aprueba el Estatuto de los Centros de tercera Edad dependientes de la Junta de Andalucía (BOJA núm. 119, 14 diciembre 1985) que está actualmente derogado por la Orden de 21 de junio de 2006, por la que se aprueba el Reglamento de Régimen Interior de los Centros Residenciales de Personas Mayores de titularidad de la Junta de Andalucía (BOJA núm. 135, de 14 de julio). Se mantiene vigente la clasificación del Anexo II.II de Orden de 1 de julio de 1997, por la que se regula la acreditación de los centros de atención especializada a las personas mayores y personas con discapacidad (BOJA núm. 81, de 15 de julio); Orden de 4 de junio 1997, sobre autorizaciones administrativas de centros, servicios y establecimientos sanitarios (BOC núm. 118, de 13 de junio); Aragón: En la tabla se hace referencia a la clasificación del Anexo I. Tipología de los servicios y establecimientos sociales. Tipos: b. Decreto 111/1992, de 26 de mayo, de la Diputación General de Aragón, por el que se regulan las condiciones mínimas que han de reunir los servicios y establecimientos sociales especializados (BOA núm. 66, de 10 de junio). No obstante, en una orden posterior (2002), ya derogada, se hace referencia exclusivamente a las plazas de asistidos (Orden de 18 de noviembre de 2002, del Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales, que regula el acceso y adjudicación de plazas en los Centros de Atención a Personas Mayores, integradas en la red del Gobierno de Aragón art.4 (BOA núm. 144, de 11 de diciembre)). Esta orden es sustituida por la Orden de 7 de noviembre 2007, del Departamento de Servicios Sociales y Familia, por la que se regula el régimen de acceso a los servicios y prestaciones económicas del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia en la Comunidad Autónoma de Aragón (BOA núm. 132, de 9 de noviembre), que indica que el modo de acceso es según la valoración del grado de dependencia (art.5); Asturias: Decreto 10/1998, de 19 de febrero, por el que se regula el acceso y estancia en los establecimientos residenciales para ancianos art.6 (BOPA núm. 55, de 7 de marzo); Baleares: Decreto 86/2010, de 25 de junio, por el que se establecen los

principios generales y las directrices de coordinación para la autorización y la acreditación de los servicios sociales de atención a personas mayores y personas con discapacidades, y se regulan los requisitos de autorización y acreditación de los servicios residenciales de carácter suprainular para estos sectores de población arts. 5.d.3 y 4 (BOIB núm. 99, de 3 de julio); Canarias: Ley 3/1996, de 11 de julio, de participación de las personas mayores y de la solidaridad entre generaciones arts. 25, 26, 27 (BOC núm. 87, de 19 de julio); Cantabria: Decreto 40/2008, de 17 de abril, por el que se regulan la Autorización, la Acreditación, el Registro y la Inspección de Entidades, Servicios y Centros de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Cantabria arts. 3.1.a y 3.2.a (BOC núm. 83, de 29 de abril); Castilla-La Mancha: Decreto 186/2010, de 20 de julio, del régimen jurídico de los centros y servicios especializados para la atención a las personas mayores en la red pública de Castilla-La Mancha y del procedimiento de acceso a los mismos arts.4 y 7 (DOCM núm. 141, de 23 de julio); Castilla y León: Decreto 56/2001, de 8 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento regulador del régimen de acceso a las plazas en los centros residenciales para personas mayores dependientes de la Administración de la Comunidad de Castilla y León y a las plazas concertadas en otros establecimientos art. 2 del Anexo (BOCYL núm. 57, de 20 de marzo) y Decreto 14/2001, de 18 de enero, regulador de las condiciones y requisitos para la autorización y funcionamiento de los centros de carácter social para personas mayores arts.3 y 4 (BOCYL núm. 17, de 24 de enero); Cataluña: plazas de servicios sociales (Art.4 apartado 3.a y 3.b de modificaciones del anexo que modifica el apartado 2.3.2 a y b sobre servicios de centros residenciales para personas mayores (Decreto 176/2000, de 15 de mayo, de modificación del Decreto 284/1996, de 23 de julio, de regulación del sistema Catalán de Servicios Sociales (DOGC núm. 3.148, de 26 de mayo)) y plazas de centros sociosanitarios (Decreto 92/2002, de 5 de marzo, por el que se establecen la tipología y las condiciones funcionales de los centros y servicios sociosanitarios y fijan las normas de autorización (DOGC núm. 3.597, de 18 de marzo)); Extremadura: Decreto 4/1996, de 23 de enero, por el que se regulan los establecimientos de asistencia social geriátrica art. 2 (DOE núm. 14, de 3 de febrero) y Ley 2/1994, de 28 de abril, de asistencia social geriátrica de Extremadura art. 16 (DOE núm. 57, de 19 de mayo); Galicia: aunque en el Anexo 1.1. de la Orden 18 de abril de 1996 por la que se desarrolla el Decreto 243/1995, de 28 de julio de 1995, en lo relativo a la regulación de las condiciones y requisitos específicos que deben cumplir los centros de atención a personas mayores (DOG núm. 88, de 6 de mayo 1996) se citaban las plazas de asistidos, la clasificación publicada en 2000 hace referencia a los centros residenciales gerontológicos para personas mayores y los centros de atención a personas con minusvalías, distinguiendo en estos últimos entre residencias de minusválidos adultos y de minusválidos gravemente afectados (Orden de 18 de agosto de 2000, por la que se aprueba el Estatuto básico de los centros de servicios sociales de la Comunidad Autónoma de Galicia art. 5 del anexo (DOG núm. 177, de 12 de septiembre); La Rioja: actualmente la clasificación de las plazas

o tipos de plazas como los destinados a disminuidos (Aragón), plazas psicogeríatras (Castilla y León y Navarra³¹⁹) y plazas para personas

queda como muestra la tabla válidos/personas mayores con dependencia severa/personas mayores con gran dependencia. Estas dos últimas categorías se corresponden con las equivalentes de asistidos y Alzheimer y otras demencias indicadas en el art.2 de la derogada Orden 10/2001, de 1 de agosto, de la Consejería de Salud y Servicios Sociales, por la que se establece el sistema de ingreso en las Residencias de Personas Mayores propias y concertadas en la Comunidad Autónoma de La Rioja (BOR núm. 97, de 14 de agosto) y modificación añadida por el art.1 de la Orden de 28 de septiembre de 2006 de la Consejería de Juventud, Familia y Servicios Sociales por la que se modifica la Orden 10/2001, de 31 de julio, de la Consejería de Salud y Servicios Sociales, por la que se establece el sistema de ingreso en las residencias de personas mayores propias y concertadas en la Comunidad Autónoma de La Rioja (BOR núm. 128, de 28 de septiembre 2006) (Derogada), según dispone el segundo apartado de la disposición adicional segunda de Decreto 18/2011, de 11 de marzo, por el que se regula el sistema de acceso al servicio público de atención residencial y al servicio público de estancias temporales residenciales para personas mayores grandes dependientes y dependientes severos del sistema riojano para la autonomía personal y la dependencia (BOR núm. 36, de 18 de marzo) (véanse también art. 4 y disposición derogatoria única); Madrid: citado en art.3.2. Decreto 72/2001, de 31 mayo, del Consejo de Gobierno, por el que se regula el Régimen Jurídico Básico del Servicio Público de Atención a Personas Mayores en Residencias, Centros de Atención de Día y Pisos Tutelados (BOCM núm. 131, de 4 de junio); Murcia: Decreto 31/1994, de 25 de febrero, sobre ingreso y traslado en centros residenciales de la Administración Regional para personas mayores art.3 (BORM núm. 53, de 5 de marzo); Navarra: Decreto Foral 209/1991, de 23 de mayo, por el que se desarrolla la Ley Foral 9/1990, de 13 de noviembre de 1990, sobre el régimen de autorizaciones, infracciones y sanciones en materia de Servicios Sociales Anexo. 2. Área de tercera edad. Apartados: 2.6, 2.7, 2.8, 2.9 (BON núm. 84, de 5 de julio); País Vasco: Decreto 41/1998, de 10 de marzo, sobre los Servicios sociales residenciales para la tercera edad anexo II (BOPV núm. 66, 7 abril); Comunidad Valenciana: Orden de 4 febrero de 2005, de la Conselleria de Bienestar Social, por la que se regula el régimen de autorización y funcionamiento de los centros de servicios sociales especializados para la atención de personas mayores arts. 34 y 43 (DOGV núm. 4.945, de 14 de febrero 2005)

³¹⁹ Castilla y León: Decreto 14/2001, de 18 de enero, regulador de las condiciones y requisitos para la autorización y funcionamiento de los centros de carácter social para personas mayores art. 4.7 (BOCYL núm. 17, de 24 de enero); Navarra: Decreto Foral 209/1991, de 23 de mayo, por el que se desarrolla la Ley Foral 9/1990, de 13 de noviembre de 1990, sobre el régimen de autorizaciones, infracciones y sanciones en materia de Servicios Sociales Anexo. Apartado. 2. Área de tercera edad. Apartado 2.9 (BON núm. 84, de 5 de julio)

mayores con dependencia grave – equivalente a las plazas de asistidos – y plazas para personas mayores con gran dependencia (La Rioja). Por su parte, la Comunidad Valenciana en 2005 elimina el apelativo de residencias mixtas que junto a las de asistidos pasan a calificarse como residencias para personas mayores dependientes³²⁰.

El caso de Cataluña es singular, por un lado dispone de los c.s.s. de media y larga estancia dependientes de los servicios de salud, y por tanto financiados con fondos del departamento de salud, y por otro presenta residencias de servicios sociales para válidos (llar-residència) y para asistidos. El hecho de depender de diferentes departamentos les confiere diferentes características. En primer lugar el sistema de acceso para los c.s.s. es por derivación hospitalaria y para las residencias a través de los servicios sociales. También se rigen por normativas diferentes, de modo que en el primer caso corresponden al Departamento de Sanidad y Seguridad Social, y en el segundo al Departamento de Bienestar y Familia. Otra diferencia viene dada por el tipo de asistencia sanitaria recibida ya que en los c.s.s. se requiere el servicio médico, mientras que en las residencias de servicios sociales solo se exige un responsable higiénico-sanitario que puede ser un médico o un enfermero.

La clasificación de residencias que predomina, salvando las diferencias en la denominación, es la de válidos, asistidos y mixtas. Pese a ello, se hace patente el incremento de las plazas para asistidos en detrimento de las de válidos e incluso cierta tendencia a la extinción de las plazas de válidos como se pone de manifiesto en algunas normas autonómicas³²¹. En el País Vasco, por ejemplo, aunque permanece

³²⁰ Orden de 4 febrero de 2005, de la Conselleria de Bienestar Social, por la que se regula el régimen de autorización y funcionamiento de los centros de servicios sociales especializados para la atención de personas mayores disposición transitoria séptima (DOGV núm. 4.945, de 14 de febrero 2005)

³²¹ Aragón: la disposición adicional primera y disposición transitoria tercera de la Orden de 18 de noviembre de 2002, del Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales, que regula el acceso y adjudicación de plazas en los Centros de Atención a Personas Mayores, integradas en la red del Gobierno de Aragón (BOA núm. 144, de 11 de diciembre), ya derogada, indicaban la progresiva transformación de las plazas de válidos en asistidos. Actualmente se destinan las plazas residenciales a personas dependientes o con determinada discapacidad (Orden de 21 de mayo de 2010, del Departamento de Servicios Sociales y Familia, por la que se regula el régimen de acceso y adjudicación de plazas de servicio de ayuda a domicilio, centros de día, centros ocupacionales y residencias ofertadas por el Gobierno de Aragón art.6.3 (BOA núm.117, de 16 de

vigente el Decreto 41/1998, de 10 de marzo, que cita en su anexo las plazas de válidos y de asistidos, en la práctica todas las plazas ofertadas son para personas dependientes sin perjuicio de que quede una mínima representación de acogimiento para personas válidas en viviendas comunitarias y la posibilidad de acceso en determinadas circunstancias en que no se haya obtenido el reconocimiento de la dependencia.

B. Edad del usuario en centros para personas mayores

Con el objeto de unificar la normativa existente hasta 1985 en cuanto a determinadas condiciones de los centros para mayores, la orden de carácter estatal que recogía el Estatuto de los centros de tercera edad describió, entre otras cosas, las condiciones que deben reunir los beneficiarios para acceder a las distintas plazas de los centros residenciales y de día³²². Allí se indicaba que los centros residenciales para la tercera edad estaban destinados a personas que hubieran alcanzado los 60 años de edad³²³ y que no pudieran satisfacer sus necesidades en cuanto a lugar de convivencia y vivienda permanente por otros medios. Posteriormente, las autonomías se han pronunciado en este aspecto y han definido las condiciones de acceso para los centros de su territorio. Puede verse en la *Tabla 23*³²⁴ la disparidad en el criterio de la edad del usuario de centros residenciales para mayores.

junio). Cantabria: distingue entre plazas para discapacitados con autonomía o que precisen ayuda para determinadas ABVD Decreto 40/2008, de 17 de abril, por el que se regulan la autorización, la acreditación, el registro y la inspección de entidades, servicios y centros de servicios sociales de la Comunidad Autónoma de Cantabria art.3.2.a (BOC núm. 83, de 29 de abril). La Rioja: presenta una nueva clasificación solo para dependientes. (Decreto 18/2011, de 11 de marzo, por el que se regula el sistema de acceso al servicio público de atención residencial y al servicio público de estancias temporales residenciales para personas mayores grandes dependientes y dependientes severos del sistema riojano para la autonomía personal y la dependencia art.4 (BOR núm. 36, de 18 de marzo). Asturias: experimenta también la tendencia al incremento de plazas de asistidos frente a válidos (Decreto 10/1998, de 19 de febrero, por el que se regula el acceso y estancia en los establecimientos residenciales para ancianos art.6.3 (BOPA núm. 55, de 7 de marzo))

³²² Orden de 16 de mayo de 1985 por la que se aprueba el Estatuto Básico de los Centros de la Tercera Edad del Instituto Nacional de Servicios Sociales de la Seguridad Social arts. 2 y 17 (BOE núm. 128, de 29 de mayo)

³²³ Un dato a tener en cuenta es que de 1990 a 2009 se ha incrementado en cinco años la esperanza de vida en España (de 73 a 78 años).

³²⁴ ESTADO: Resolución de 26 de agosto de 1987, de la Dirección General del Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO), por la que se regulan los

ingresos, traslados y permutas en los Centros Residenciales para la Tercera Edad art.3 (BOE núm. 235, 1 de octubre). Andalucía: en las normas de 1985 y 1990 (actualmente derogadas) constaba como edad a partir de la cual se podía ser beneficiario de las plazas para mayores los 60 años (Decreto 28/1990, de 6 de febrero, por el que se establecen los requisitos para ingreso y traslado en las residencias para la tercera edad y los centros de atención a minusválidos psíquicos adscritos al Instituto Andaluz de Servicios Sociales art.1.1.a (BOJA núm. 27, de 30 de marzo) y Orden de 28 de noviembre de 1985, por la que se aprueba el Estatuto de los Centros de tercera Edad dependientes de la Junta de Andalucía art.17 del anexo (BOJA núm. 119, 14 diciembre 1985)) pero en 1999 se restringe a los 65, pudiendo establecerse reglamentariamente a los 55 años (Ley 6/1999, de 7 de julio, de atención y protección a las personas mayores de Andalucía art.2 (BOE núm. 233, de 29 de septiembre de 1999)); Aragón: cabe señalar que respecto de los beneficiarios de los servicios residenciales en Aragón se han encontrado dos posiciones: la primera destinada a mayores de 65 y pensionistas por contingencia de más de 50 años (Decreto 111/1992, de 26 de mayo, de la Diputación General de Aragón, por el que se regulan las condiciones mínimas que han de reunir los servicios y establecimientos sociales especializados Anexo I. Tipología de los servicios y establecimientos sociales. Tipos: b. Centros de servicios sociales con internamiento (BOA núm. 66, de 10 de junio)) y la segunda, más reciente, incluye a los que tienen 65 años (es decir, para 65 años o más) y excepcionalmente exime del requisito de edad por causa justificada (Orden de 21 de mayo de 2010, del Departamento de Servicios Sociales y Familia, por la que se regula el régimen de acceso y adjudicación de plazas de servicio de ayuda a domicilio, centros de día, centros ocupacionales y residencias ofertadas por el Gobierno de Aragón art.7.2 (BOA núm.117, de 16 de junio)); Asturias: Decreto 10/1998, de 19 de febrero, por el que se regula el acceso y estancia en los establecimientos residenciales para ancianos art. 9 (BOPA núm. 55, de 7 de marzo); Baleares: Decreto 86/2010, de 25 de junio, por el que se establecen los principios generales y las directrices de coordinación para la autorización y la acreditación de los servicios sociales de atención a personas mayores y personas con discapacidades, y se regulan los requisitos de autorización y acreditación de los servicios residenciales de carácter suprainular para estos sectores de población art.4.a (BOIB núm. 99, de 3 de julio); Canarias: Ley 3/1996, de 11 de julio, de participación de las personas mayores y de la solidaridad entre generaciones art.2 (BOC núm. 87, de 19 de julio) y Decreto 236/1998, de 18 de diciembre, por el que se regulan las condiciones de acceso y los criterios para el pago del servicio en centros de alojamiento y estancia para personas mayores, públicos y privados, con participación de la Comunidad Autónoma en su financiación art.3 (BOC núm.28, de 5 de marzo de 1999); Cantabria: Orden de 24 de septiembre de 2004, por la que se regula el sistema de ingreso y traslado en plazas de Centros Residenciales de Atención a Personas Mayores integradas en la Red Pública de la Comunidad Autónoma de Cantabria art.2 (BOC núm. 191, 1 octubre); Castilla-La Mancha: Decreto 186/2010, de 20 de julio,

del régimen jurídico de los centros y servicios especializados para la atención a las personas mayores en la red pública de Castilla-La Mancha y del procedimiento de acceso a los mismos art. 7 (DOCM núm. 141, de 23 de julio), excepcionalmente: art.16; Castilla y León: Decreto 56/2001, de 8 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento regulador del régimen de acceso a las plazas en los centros residenciales para personas mayores dependientes de la Administración de la Comunidad de Castilla y León y a las plazas concertadas en otros establecimientos anexo art. 3.1 (BOCYL núm. 57, de 20 de marzo), excepcionalmente: art. 3.3; Cataluña: Orden BEF/468/2003, de 10 de noviembre, por la que se regulan el procedimiento y los criterios de acceso a los servicios y programas de atención a las personas mayores gestionados por el Instituto Catalán de Asistencia y Servicios Sociales art.6.2 y 6.3 (DOGC núm. 4.020, de 28 de noviembre); Extremadura: Ley 2/1994, de 28 de abril, de asistencia social geriátrica de Extremadura art. 1.2 y 1.3 (DOE núm. 57, de 19 de mayo) y Decreto 88/1996, de 4 de junio, por el que se regula el régimen de acceso a los Centros Residenciales dependientes de la Consejería de Bienestar Social para personas mayores art. 2 (DOE núm. 68, de 13 de junio) y Decreto 83/2000, de 4 de abril, por el que se regula el Estatuto de los Centros de Mayores de la Consejería de Bienestar Social en la Comunidad Autónoma de Extremadura art.7 del anexo (DOE núm. 42, de 11 de abril); Galicia: Orden 18 de abril de 1996 por la que se desarrolla el Decreto 243/1995, de 28 de julio de 1995, en lo relativo a la regulación de las condiciones y requisitos específicos que deben cumplir los centros de atención a personas mayores art. 2.1 (DOG núm. 88, de 6 de mayo 1996) indica los 65 años para poder acceder a un centro de mayores, y excepcionalmente los 60 si se requieren estos centros por la situación personal o social y Orden de 18 de agosto de 2000, por la que se aprueba el Estatuto básico de los centros de servicios sociales de la Comunidad Autónoma de Galicia art.8 del Anexo (DOG núm. 177, de 12 de septiembre) exige 65 para los centros gerontológicos y 60 en caso de situación especial de dependencia física, psíquica o social; La Rioja: Decreto 27/1998, de 6 marzo, por el que se regulan las categorías y requisitos específicos de los Centros Residenciales de Personas Mayores en La Rioja art.4 (BOR núm. 29, de 7 de marzo); Madrid: Decreto 72/2001, de 31 mayo, del Consejo de Gobierno, por el que se regula el Régimen Jurídico Básico del Servicio Público de Atención a Personas Mayores en Residencias, Centros de Atención de Día y Pisos Tutelados arts. 3.2. y 3.6 (BOCM núm. 131, de 4 de junio); Murcia: Decreto 31/1994, de 25 de febrero, sobre ingreso y traslado en centros residenciales de la Administración Regional para personas mayores arts. 5.1.a y 5.2 (BORM núm. 53, de 5 de marzo); Navarra: Decreto Foral 69/2008, de 17 de junio, por el que se aprueba la cartera de servicios sociales de ámbito general Anexo C. Atención a personas mayores. 4. Servicio de atención residencial para personas mayores. d (BON núm. 84, de 9 de julio) y Orden Foral 3/2010, de 14 de enero, de la Consejera de Asuntos Sociales, Familia, Juventud y Deporte, por la que se regula el procedimiento y el baremo de valoración de la situación familiar para el acceso a plazas residenciales destinadas a la atención de personas mayores, de personas con

Pese a la pauta inicial establecida a nivel nacional de 60 años, la mayoría de las regiones se acogen en la actualidad a los 65 años para las plazas para mayores válidos (nueve exigen una edad superior a los 65). La explicación para este incremento en la restricción de edad puede encontrarse en el aumento de la población en número y la limitación de los recursos.

En ocasiones se admite también como requisito haber superado los 60, a lo cual Asturias, Cantabria, Extremadura y Comunidad Valenciana añaden la condición de pensionista.

En determinadas circunstancias como incapacidad física, psíquica, sensorial o pensión por diversas contingencias, algunas autonomías reducen el límite de edad a los 50 (Extremadura) o bien rebasar los 50 años (Aragón, Asturias, Canarias y Cantabria).

Por último, en situaciones excepcionales Cataluña y Extremadura, por ejemplo, no consideran el límite de edad (caso de estado de necesidad).

Otro requisito reiterado en las normativas autonómicas es la residencia en la Comunidad Autónoma en cuestión durante un determinado tiempo antes de la solicitud: Asturias solicita 2 años para mayores de 65 y pensionistas mayores de 60, y 3 años para mayores de 50 con incapacidad³²⁵, Cantabria la residencia de los 2 años anteriores a la solicitud o 10 años consecutivos en cualquier momento salvo para los

discapacidad, de personas con enfermedad mental y de personas en situación de exclusión social o en riesgo de estarlo art.1 (BON núm.22, de 17 de febrero); Pais Vasco: se ha tenido en cuenta lo indicado en el art.1.2. Decreto 41/1998, de 10 de marzo, sobre los Servicios sociales residenciales para la tercera edad (BOPV núm. 66, 7 abril) aunque realmente el acceso actualmente en la práctica es para dependientes según la LD; Comunidad Valenciana: la información relacionada en la tabla ha sido extraída del art.34 Orden de 4 febrero de 2005, de la Conselleria de Bienestar Social, por la que se regula el régimen de autorización y funcionamiento de los centros de servicios sociales especializados para la atención de personas mayores (DOGV núm. 4.945, de 14 de febrero 2005), sin embargo, en el art.19 de la Orden de 29 de junio de 1987, de la Conselleria de Trabajo y Seguridad Social, por la que se aprueba el Estatuto de los Centros de Tercera Edad y su Reglamento Electoral y se convocan elecciones (DOGV núm. 640, de 30 de julio), refiere como condición suficiente haber alcanzado los sesenta años.

³²⁵ Decreto 10/1998, de 19 de febrero, por el que se regula el acceso y estancia en los establecimientos residenciales para ancianos art. 10 (BOPA núm. 55, de 7 de marzo)

naturales cántabros a los que se les exige de cualquier periodo, Castilla-La Mancha requiere 2 años o ser emigrante retornado.

En la norma estatal y en las autonómicas, también se alude a otros requisitos para el acceso a centros residenciales³²⁶:

-no padecer enfermedad infecto-contagiosa, crónica en estado terminal o enfermedad clínica que requiera atención imprescindible en centro hospitalario

-no padecer trastornos mentales graves que puedan alterar la normal convivencia en el centro, ni demencia senil avanzada que requiera tratamiento en un centro psiquiátrico.

C. Requisitos para acompañantes

Con el fin de mantener la convivencia entre el usuario y los allegados más cercanos y/o necesitados, las autonomías plantean determinados requisitos para los posibles acompañantes de los que tienen reconocida la condición de usuarios.

Salvo La Rioja que no especifica el tipo de parentesco que deben tener usuario y acompañante, el resto de autonomías se decanta en general por considerar como acompañante al cónyuge o análogo³²⁷ y a familiares. Mientras algunas autonomías exigen al cónyuge o pareja de hecho haber alcanzado o superado los 60 años (por ejemplo Cantabria, Castilla y León y Madrid³²⁸), otras, sin embargo, prescinden de este

³²⁶ Orden de 16 de mayo de 1985 por la que se aprueba el Estatuto Básico de los Centros de la Tercera Edad del Instituto Nacional de Servicios Sociales de la Seguridad Social arts. 16 y 17 (BOE núm. 128, de 29 de mayo).

³²⁷ La expresión *análogo al cónyuge* es empleado en algunas autonomías como Aragón para referirse a las parejas de hecho. Concretamente en Aragón esta forma de relación está regulada por el título VI del Código del Derecho Foral de Aragón. Decreto Legislativo 1/2011, de 22 de marzo, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba, con el título de «Código del Derecho Foral de Aragón», el Texto Refundido de las Leyes civiles aragonesas (BOA núm. 63, de 29 de marzo)

³²⁸ También Aragón exigía inicialmente haber cumplido los 60 años (Orden de 18 de noviembre de 2002, del Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales, que regula el acceso y adjudicación de plazas en los Centros de Atención a Personas Mayores, integradas en la red del Gobierno de Aragón art.5.2 (BOA núm. 144, de 11 de diciembre)). Después elimina esta restricción de edad y exige de este requisito al cónyuge, pero no al familiar, salvo cuando esté incapacitado o en trámite de incapacitación (Orden de 21 de mayo de 2010, del Departamento de Servicios Sociales y Familia, por la que se regula el

requisito (Extremadura) o no lo mencionan (La Rioja y Murcia). Otros requisitos que plantean ciertas comunidades son la acreditación de la convivencia (Canarias³²⁹), del vínculo familiar (Castilla-La Mancha) y un período mínimo de convivencia (por ejemplo Cantabria y La Rioja piden cinco años, y Castilla y León, un año) (Tabla 24^{330, 331}).

régimen de acceso y adjudicación de plazas de servicio de ayuda a domicilio, centros de día, centros ocupacionales y residencias ofertadas por el Gobierno de Aragón art.7.3.a y b (BOA núm.117, de 16 de junio)

³²⁹ Cabe detenerse en lo dispuesto en la disposición adicional primera de Decreto 236/1998, de 18 de diciembre, por el que se regulan las condiciones de acceso y los criterios para el pago del servicio en centros de alojamiento y estancia para personas mayores, públicos y privados, con participación de la Comunidad Autónoma en su financiación (BOC núm.28, de 5 de marzo de 1999) donde aclara que la mención sobre parejas de hecho es conforme a lo dispuesto en la legislación civil, debiendo entenderse «hombre y mujer integrantes de una pareja unida de forma permanente por relación de afectividad análoga a la conyugal». No obstante, el concepto *pareja de hecho* varió en Canarias en 2003 incluyendo a las parejas del mismo sexo (Ley 5/2003, de 6 de marzo, para la regulación de las parejas de hecho en la Comunidad Autónoma de Canarias arts.1 y 2 (BOE núm. 89, de 14 de abril)).

³³⁰ Andalucía: Decreto 388/2010, de 19 de octubre, por el que se regula el régimen de acceso y traslado de personas en situación de dependencia a plazas de centros residenciales y centros de día y de noche disposición adicional primera (BOJA núm. 220, de 11 de noviembre); Aragón: Orden de 21 de mayo de 2010, del Departamento de Servicios Sociales y Familia, por la que se regula el régimen de acceso y adjudicación de plazas de servicio de ayuda a domicilio, centros de día, centros ocupacionales y residencias ofertadas por el Gobierno de Aragón art. 7.3.a (BOA núm.117, de 16 de junio); Asturias: Decreto 10/1998, de 19 de febrero, por el que se regula el acceso y estancia en los establecimientos residenciales para ancianos art. 13 (BOPA núm. 55, de 7 de marzo); Cantabria: Orden de 24 de septiembre de 2004, por la que se regula el sistema de ingreso y traslado en plazas de Centros Residenciales de Atención a Personas Mayores integradas en la Red Pública de la Comunidad Autónoma de Cantabria art.2 (BOC núm. 191, 1 octubre); Castilla-La Mancha: Decreto 186/2010, de 20 de julio, del régimen jurídico de los centros y servicios especializados para la atención a las personas mayores en la red pública de Castilla-La Mancha y del procedimiento de acceso a los mismos art. 8 (DOCM núm. 141, de 23 de julio); Castilla y León: Decreto 56/2001, de 8 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento regulador del régimen de acceso a las plazas en los centros residenciales para personas mayores dependientes de la Administración de la Comunidad de Castilla y León y a las plazas concertadas en otros establecimientos art. 3.2 (BOCYL núm. 57, de 20 de marzo); Extremadura: Decreto 83/2000, de 4 de abril, por el que se regula el Estatuto de los Centros de Mayores de la Consejería de Bienestar Social en la Comunidad

Autónoma de Extremadura art.9.d del anexo (DOE núm. 42, de 11 de abril). En el caso de residencias para discapacitados es suficiente con que uno de los dos miembros del matrimonio, pareja de hecho o familiar sea discapacitado según indica el art.4 de Decreto 88/1996, de 4 de junio, por el que se regula el régimen de acceso a los Centros Residenciales dependientes de la Consejería de Bienestar Social para personas mayores (DOE núm. 68, de 13 de junio); Galicia: art.8.a del Anexo de la Orden de 18 de agosto de 2000, por la que se aprueba el Estatuto básico de los centros de servicios sociales de la Comunidad Autónoma de Galicia. (DOG núm. 177, de 12 de septiembre); La Rioja: el art.4.1 Decreto 27/1998, de 6 marzo, por el que se regulan las categorías y requisitos específicos de los Centros Residenciales de Personas Mayores en La Rioja (BOR núm. 29, de 7 de marzo) indicaba la exención del requisito de haber cumplido los 60 años. Posteriormente en el art.3.2 de Orden 10/2001, de 1 de agosto, de la Consejería de Salud y Servicios Sociales, por la que se establece el sistema de ingreso en las Residencias de Personas Mayores propias y concertadas en la Comunidad Autónoma de La Rioja (BOR núm. 97, de 14 de agosto) se matiza que de forma excepcional se puede otorgar la condición de usuario al cónyuge o pareja de hecho que acredite 5 años de convivencia así como al familiar de hasta el 2º grado que acredite su dependencia del usuario. Sin embargo, esta orden es derogada en 2011 por la Decreto 18/2011, de 11 de marzo, por el que se regula el sistema de acceso al servicio público de atención residencial y al servicio público de estancias temporales residenciales para personas mayores grandes dependientes y dependientes severos del sistema riojano para la autonomía personal y la dependencia (BOR núm. 36, de 18 de marzo) que no trata el tema de los acompañantes; Madrid: Decreto 72/2001, de 31 mayo, del Consejo de Gobierno, por el que se regula el Régimen Jurídico Básico del Servicio Público de Atención a Personas Mayores en Residencias, Centros de Atención de Día y Pisos Tutelados art. 3.2 (BOCM núm. 131, de 4 de junio); Murcia: Decreto 31/1994, de 25 de febrero, sobre ingreso y traslado en centros residenciales de la Administración Regional para personas mayores art. 6.1 y 6.2 (BORM núm. 53, de 5 de marzo); Navarra: no hace referencia a acompañantes (Orden Foral 3/2010, de 14 de enero, de la Consejera de Asuntos Sociales, Familia, Juventud y Deporte, por la que se regula el procedimiento y el baremo de valoración de la situación familiar para el acceso a plazas residenciales destinadas a la atención de personas mayores, de personas con discapacidad, de personas con enfermedad mental y de personas en situación de exclusión social o en riesgo de estarlo (BON núm.22, de 17 de febrero); Pais Vasco: en Álava, el acceso del cónyuge es admitido siempre y cuando solicite el ingreso y tenga reconocida la situación de dependencia (Decreto Foral 45/2007, del Consejo de Diputados de 8 de mayo, que aprueba el Reglamento Regulador del Régimen de Acceso y Traslado de las Personas No Reconocidas Dependientes, que sean usuarias de la Red Foral de Servicios Sociales del Territorio Histórico de Álava disposición adicional segunda(BOTHA núm. 67, de 4 de junio), respecto a Vitoria y Guipúzcoa no se ha encontrado información sobre este punto, Comunidad Valenciana: Orden de 29 de junio de 1987, de la

Respecto a los familiares, se permiten como acompañantes aquellos que tengan hasta el segundo grado de consanguinidad. Algunas autonomías ahondan más en este aspecto y concretan un primer grado de consanguinidad vertical y un segundo grado de consanguinidad colateral, como es el caso de Asturias y Murcia. Solo una autonomía presenta el requisito de un período de convivencia en el mismo domicilio para los familiares. Se trata de Castilla y León que requiere al menos un año continuado inmediatamente antes de la presentación de la solicitud.

Navarra, por su parte, no ofrece la posibilidad de acceso de acompañantes. Únicamente, si un cónyuge o familiar tiene cierto grado de dependencia, debería ser valorado para poder ingresar en el centro que más se ajuste a sus necesidades.

Por su parte Galicia, hace referencia a una futura regulación de los acompañantes no residentes y Cataluña no hace referencia al tema.

D. Acceso a plazas de asistido, discapacitado y dependiente.

En este contexto, otro aspecto interesante a considerar es el acceso a las plazas de asistido. En términos generales, el acceso es concedido en primer lugar a aquellas personas en situación de urgencia, en segundo lugar a aquellas personas a las que se les haya reconocido la titularidad de los derechos reconocidos en la LD y por último aquellas personas a las que se les haya valorado cierta discapacidad o que requieran asistencia para las ABVD en la autonomía en cuestión. La valoración

Conselleria de Trabajo y Seguridad Social, por la que se aprueba el Estatuto de los Centros de Tercera Edad y su Reglamento Electoral y se convocan elecciones art. 19 (DOGV núm. 640, de 30 de julio).

³³¹ Hasta 2010, en Baleares se contemplaba la posibilidad de proveer de plazas para acompañantes de usuarios (cónyuge o familiar de hasta el segundo grado de consanguinidad una vez acreditada la dependencia del beneficiario) que ocupasen una plaza de mayor de sesenta y cinco años en cumplimiento de lo dispuesto en Decreto 123/2001, de 19 octubre, de definición y regulación de las condiciones mínimas de apertura y funcionamiento de los centros y servicios para personas mayores, tanto públicos como privados ubicados en el territorio de las Illes Balears (BOIB núm.130, de 30 de octubre). Queda derogado, sin embargo por el Decreto 86/2010, de 25 de junio, por el que se establecen los principios generales y las directrices de coordinación para la autorización y la acreditación de los servicios sociales de atención a personas mayores y personas con discapacidades, y se regulan los requisitos de autorización y acreditación de los servicios residenciales de carácter suprainular para estos sectores de población (BOIB núm. 99, de 3 de julio)

como asistido adoptada por las CCAA con anterioridad a la aparición de la LD, está siendo retirada por algunas autonomías que optan por la vía de entrada a partir de la valoración del grado y nivel de dependencia e instauración de un PIA que especifique el tipo de equipamiento más adecuado para el usuario. (Véase pág. 81). (Tabla 25³³²). El servicio de atención residencial como parte del catálogo de servicios (art.15) tiene carácter prioritario en virtud del art.14 de la LD.

³³² Andalucía: Decreto 168/2007, de 12 de junio, por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, así como los órganos competentes para su valoración art.13.1 (BOJA núm.119, de 18 de junio); Aragón: desde 2002 hasta 2007 en Aragón se llevaba a cabo una valoración de la dependencia y deficiencias en personas mayores en relación al baremo del Anexo I.B de la Orden de 18 de noviembre de 2002, del Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales, que regula el acceso y adjudicación de plazas en los Centros de Atención a Personas Mayores, integradas en la red del Gobierno de Aragón (BOA núm. 144, de 11 de diciembre), actualmente derogada por la Orden de 21 de mayo de 2010, del Departamento de Servicios Sociales y Familia, por la que se regula el régimen de acceso y adjudicación de plazas de servicio de ayuda a domicilio, centros de día, centros ocupacionales y residencias ofertadas por el Gobierno de Aragón (BOA núm.117, de 16 de junio). En 2007 se aprueba la Orden 15 de mayo de 2007, del Departamento de Servicios Sociales y Familia, por la que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y el acceso a los servicios y prestaciones establecidos en la Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (BOA núm. 63, de 28 de mayo), de modo que se mantiene el baremo de la (RD valoración dependencia) como única forma de entrada a las plazas de dependientes (Orden de 21 de mayo de 2010, del Departamento de Servicios Sociales y Familia, por la que se regula el régimen de acceso y adjudicación de plazas de servicio de ayuda a domicilio, centros de día, centros ocupacionales y residencias ofertadas por el Gobierno de Aragón art.9 (BOA núm.117, de 16 de junio)); Asturias: además de aprobar una norma para el reconocimiento de la dependencia Decreto 68/2007, de 14 de junio, por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (BOPA núm.157, de 6 de julio), mantiene la valoración del Anexo IV de Decreto 10/1998, de 19 de febrero, por el que se regula el acceso y estancia en los establecimientos residenciales para ancianos (BOPA núm. 55, de 7 de marzo), aunque no se indica en la norma la puntuación necesaria para reconocer la condición de asistido; Baleares: Decreto 83/2010, de 25 de junio, por el cual se establecen los principios generales del procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia, la

intensidad de protección de los servicios y el régimen de compatibilidad de las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en el ámbito de la comunidad autónoma de las Illes Balears, y se crea la Red Pública de Atención a la Dependencia de las Illes Balears art.15 (BOIB núm.99, de 3 de julio); Canarias: coexisten el baremo que valora las condiciones físicas y psíquicas del Anexo III del Decreto 236/1998, de 18 de diciembre, por el que se regulan las condiciones de acceso y los criterios para el pago del servicio en centros de alojamiento y estancia para personas mayores, públicos y privados, con participación de la Comunidad Autónoma en su financiación (BOC núm.28, de 5 de marzo de 1999) donde a partir de 15 puntos se requiere una plaza de asistido y el de la valoración de la dependencia según Decreto 54/2008, de 25 de marzo, por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, establecido en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (BOC núm.61, de 26 de marzo); Cantabria: coexisten la valoración sanitaria del Anexo I de Orden de 24 de septiembre de 2004, por la que se regula el sistema de ingreso y traslado en plazas de Centros Residenciales de Atención a Personas Mayores integradas en la Red Pública de la Comunidad Autónoma de Cantabria (BOC núm. 191, 1 octubre) donde se contemplan la escala Barthell, el examen mental-cognitivo, si puede tomar la medicación y el comportamiento psíquico y el baremo del RD valoración dependencia según el art.6.2.a de la Orden SAN/26/2007, de 7 de mayo, por la que se regulan los procedimientos para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (BOC núm. 91, de 11 de mayo); Castilla-La Mancha: existen dos vías de acceso, mediante el reconocimiento de la situación de dependencia según el baremo del RD valoración dependencia (Decreto 176/2009, de 17 de noviembre, del procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, y de la composición y funciones de los equipos de valoración art.12.3 (DOCM núm.227, de 20 de noviembre) y cuando no se reconoce esta situación para casos excepcionales como son la carencia de vivienda, situaciones de especial necesidad, sentencia judicial y situaciones de necesidad socio-familiar y económica que dificulten la permanencia en el domicilio, a través del baremo del Anexo IV de la Orden de 20 de diciembre de 2010, de la Consejería de Salud y Bienestar Social, por la que se aprueba el procedimiento para el acceso de las personas mayores a los servicios de estancia temporal y los traslados de centro residencial, así como el ingreso en plazas de carácter indefinido por circunstancias de tipo personal o social en los centros residenciales de la red pública de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha art. 7 (DOCM núm. 251, de 31 de diciembre); Castilla y León: se determina un mínimo de 160 puntos para plaza de dependiente y 100 puntos para la de psicogeriátrico y/o una puntuación igual o superior a 50 puntos en la variable de la capacidad

funcional del baremo del RD valoración dependencia según indica el art.2 de la Orden FAM/1056/2007, de 31 de mayo, por la que se regulan los baremos para la valoración de solicitudes de ingreso y de traslados en centros residenciales y en unidades de estancias diurnas para personas mayores dependientes de la Administración de la Comunidad de Castilla y León y a las plazas concertadas en otros establecimientos (BOCYL núm.117, de 18 de junio); Cataluña: hasta 2010 disponía de dos formas de acceso, una a través de una valoración de la autonomía según la sección 1 del apartado 2 (aspecto autonomía personal) del Anexo de la Orden BEF/468/2003, de 10 de noviembre, por la que se regulan el procedimiento y los criterios de acceso a los servicios y programas de atención a las personas mayores gestionados por el Instituto Catalán de Asistencia y Servicios Sociales (DOGC núm. 4.020, de 28 de noviembre) (derogada) en que se debe tener un índice de ABVD de al menos 15 puntos o bien a través del RD valoración dependencia derogado por el Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (BOE núm. 42, de 18 de febrero) según indicaba el Decreto 142/2010, de 11 de octubre, por el que se aprueba la Cartera de Servicios Sociales 2010-2011 (DOGC núm. 5.738, de 20 de octubre) en su apartado 1.2.3.3 del Anexo. Aunque esta norma se encuentra fuera de uso por haber superado el periodo para el que se promulgó, resulta válida para el desarrollo de la explicación, teniendo en cuenta que no se ha publicado nueva normativa que la sustituya; Ceuta y Melilla: Resolución de 16 de julio de 2007, del Instituto de Mayores y Servicios Sociales, sobre el procedimiento a seguir para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (BOE núm.175, de 23 de julio); Extremadura: conviven el acceso a través del reconocimiento de la dependencia Decreto 1/2009, de 9 de enero, por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en la Comunidad Autónoma de Extremadura (DOE núm. 9, de 15 de enero) y Decreto 88/1996, de 4 de junio, por el que se regula el régimen de acceso a los Centros Residenciales dependientes de la Consejería de Bienestar Social para personas mayores, apartado 2 sobre autonomía física y psíquica del Anexo 2 (DOE núm. 68, de 13 de junio); Galicia: Decreto 15/2010, de 4 de febrero, por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, el procedimiento para la elaboración del PIA y la organización y funcionamiento de los órganos técnicos competentes (DOG núm.34, de 19 de febrero); La Rioja: anteriormente al Decreto 18/2011, de 11 de marzo, por el que se regula el sistema de acceso al servicio público de atención residencial y al servicio público de estancias temporales residenciales para personas mayores grandes dependientes y dependientes severos del sistema riojano para la autonomía personal y la

dependencia (BOR núm. 36, de 18 de marzo) se valoraba a través de la escala de Barthell (asistido si la puntuación está por debajo del 95%) o el miniexamen cognoscitivo de Lobo (donde se considera asistido si la puntuación es inferior a 24) según el art.2 de la Orden 10/2001, de 1 de agosto, de la Consejería de Salud y Servicios Sociales, por la que se establece el sistema de ingreso en las Residencias de Personas Mayores propias y concertadas en la Comunidad Autónoma de La Rioja (BOR núm. 97, de 14 de agosto). Actualmente la valoración es a través del baremo de la dependencia según Decreto 18/2011, de 11 de marzo, por el que se regula el sistema de acceso al servicio público de atención residencial y al servicio público de estancias temporales residenciales para personas mayores grandes dependientes y dependientes severos del sistema riojano para la autonomía personal y la dependencia (BOR núm. 36, de 18 de marzo); Madrid: Orden 625/2010, de 21 de abril, de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales, por la que se regulan los procedimientos para el reconocimiento de la situación de dependencia y para la elaboración del PIA. Madrid (BOCM núm. 102, de 30 de abril) y Orden 1377/1998, de 13 de julio, de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, por la que se regula la tramitación de solicitudes y adjudicación de plazas en Centros Residenciales de Atención a Personas Mayores que integran la red pública de la Comunidad de Madrid (BOCM núm. 166, de 15 de julio); Murcia: Decreto 306/2010, de 3 de diciembre, por el que se establecen la intensidad de protección de los servicios, la cuantía de las prestaciones económicas, las condiciones de acceso y el régimen de compatibilidad de las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (BORM núm. 290, 17 diciembre) y la valoración del apartado 2 del Anexo de Decreto 31/1994, de 25 de febrero, sobre ingreso y traslado en centros residenciales de la Administración Regional para personas mayores (BORM núm. 53, de 5 de marzo); Navarra: Ley Foral 1/2011, de 15 de febrero, por la que se establece el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y se regula la organización, las funciones y el régimen del personal que configura los equipos y el órgano de valoración de la situación de dependencia en Navarra (BOE núm. 62, de 14 de marzo) y Escala Zarit en Anexo de la Orden Foral 3/2010, de 14 de enero, de la Consejera de Asuntos Sociales, Familia, Juventud y Deporte, por la que se regula el procedimiento y el baremo de valoración de la situación familiar para el acceso a plazas residenciales destinadas a la atención de personas mayores, de personas con discapacidad, de personas con enfermedad mental y de personas en situación de exclusión social o en riesgo de estarlo (BON núm.22, de 17 de febrero); País Vasco: Decreto Foral 85/2008, del Consejo de Diputados de 16 de septiembre, que modifica los Decretos 39 y 45/2007, de 24 de abril y de 8 de mayo, respectivamente, reguladores del procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia, el derecho y el acceso a los servicios del s Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, y del régimen de acceso y traslado de las personas no reconocidas dependientes que sean usuarias de la Red Foral de Servicios Sociales de este Territorio Histórico (BOTH A núm.113, de 3 de octubre), Álava:

La valoración como asistido consiste en el estudio de las condiciones físicas y cognitivas de la persona; como condiciones físicas se contemplan, por ejemplo, la disminución de la capacidad visual, la incontinencia urinaria, dificultad para el uso de extremidades superiores (agarrar, abrir envases,...) e inferiores (a causa de artritis, procesos reumáticos,...) y alteraciones a nivel del aparato respiratorio y cardiovascular. Como condiciones cognitivas se observan la orientación espacio-temporal, alteraciones de la percepción, incoherencias en la conversación, trastornos de memoria, descontrol emocional, trastornos de conducta, alteraciones del sueño³³³. Cada autonomía ha planteado

Decreto Foral 39/2007, del Consejo de Diputados de 24 de abril, que regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia, el derecho y el acceso a los servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en el Territorio Histórico de Álava (BOTH A núm. 58, de 14 de mayo) y Decreto Foral 45/2007, del Consejo de Diputados de 8 de mayo, que aprueba el Reglamento Regulador del Régimen de Acceso y Traslado de las Personas No Reconocidas Dependientes, que sean usuarias de la Red Foral de Servicios Sociales del Territorio Histórico de Álava (BOTH A núm. 67, de 4 de junio), Guipúzcoa: Orden Foral 320/07 de 25 de abril, por el que se establece el baremo de la valoración de la situación de dependencia y el procedimiento de actuación para su determinación (BO de Guipúzcoa núm. 82, de 27 de abril)), Vizcaya: Decreto Foral 74/2007, de 24 de abril, de la Diputación Foral de Bizkaia por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia (BOB núm. 81, de 26 de abril) y Decreto Foral 197/2007, de 6 de noviembre, de la Diputación Foral de Bizkaia, por el que se modifica el Decreto Foral 74/2007, de 24 de abril, de la Diputación Foral de Bizkaia, por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia (BOB núm. 224, de 16 de noviembre); Comunidad Valenciana: por un lado se emplean las valoraciones relacionadas en el Anexo I.C sobre historia sociosanitaria de la Orden de 4 febrero de 2005, de la Conselleria de Bienestar Social, por la que se regula el régimen de autorización y funcionamiento de los centros de servicios sociales especializados para la atención de personas mayores (DOGV núm. 4.945, de 14 de febrero 2005) que emplea para la valoración funcional la escala Barthell para ABVD (donde con la obtención de una puntuación por debajo de un 85% se considera que la persona requiere asistencia), el índice de Lawton (para actividades complejas) o la escala de la Cruz Roja y para la valoración cognitiva el índice de Pfeiffer, el minimal de Lobo o la escala de la Cruz Roja. Y por otro lado la valoración de la dependencia según la LD (Decreto 18/2011, de 25 de febrero, del Consell, por el que se establece el procedimiento para reconocer el derecho a las prestaciones del sistema valenciano para las personas en situación de dependencia (DOGV núm. 6.471, de 2 de marzo))

³³³ Se ha tomado arbitrariamente como referencia la valoración que se hace en Canarias según el Anexo III.2. Condiciones físicas y psíquicas de la persona

esta valoración de un modo diferente aplicando sus propias escalas y puntuaciones y, por tanto, difícilmente comparables entre sí³³⁴.

En algunas autonomías el acceso a las plazas de asistido es exclusivamente a través del SAAD que pretende garantizar las condiciones básicas y un contenido común en todo el territorio nacional. Se valora tanto el grado de dependencia como la situación económica del solicitante para la obtención, en su caso, del reconocimiento de la situación de dependencia y el derecho a las prestaciones correspondientes. La gravedad de la dependencia se determina en base a un baremo común a nivel nacional que pretende salvar posibles desigualdades autonómicas. (Véase la gradación en la *Tabla 15*). Para ello, las autonomías se remiten directamente a la LD y el

solicitante Decreto 236/1998, de 18 de diciembre, por el que se regulan las condiciones de acceso y los criterios para el pago del servicio en centros de alojamiento y estancia para personas mayores, públicos y privados, con participación de la Comunidad Autónoma en su financiación (BOC núm.28, de 5 de marzo de 1999) y Anexo I.B. Valoración de la dependencia y deficiencia en personas mayores de Aragón Orden de 18 de noviembre de 2002, del Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales, que regula el acceso y adjudicación de plazas en los Centros de Atención a Personas Mayores, integradas en la red del Gobierno de Aragón (BOA núm. 144, de 11 de diciembre). Esta última, aunque está derogada, es perfectamente válida para la aclaración.

³³⁴ Aragón: Con anterioridad a la Orden de 21 de mayo de 2010, del Departamento de Servicios Sociales y Familia, por la que se regula el régimen de acceso y adjudicación de plazas de servicio de ayuda a domicilio, centros de día, centros ocupacionales y residencias ofertadas por el Gobierno de Aragón (BOA núm.117, de 16 de junio), Aragón partía de unos cuestionarios sobre deficiencias física y psíquica para clasificar en no dependiente (0-1 punto), dependiente leve (2-9 puntos), moderado (10-19 puntos) o severo (20-30 puntos). Anexo I.B. Valoración de dependencia y deficiencias en personas mayores. Orden de 18 de noviembre de 2002, del Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales, que regula el acceso y adjudicación de plazas en los Centros de Atención a Personas Mayores, integradas en la red del Gobierno de Aragón (BOA núm. 144, de 11 de diciembre). En la actualidad emplea el reconocimiento de la situación de dependencia definido en la LD; Canarias otorga la condición de asistido si se alcanzan los 15 puntos en su valoración de las condiciones físicas y psíquicas. Anexo III.2 Decreto 236/1998, de 18 de diciembre, por el que se regulan las condiciones de acceso y los criterios para el pago del servicio en centros de alojamiento y estancia para personas mayores, públicos y privados, con participación de la Comunidad Autónoma en su financiación (BOC núm.28, de 5 de marzo de 1999); en Castilla y León se debe obtener una puntuación mínima de 105 puntos.

baremo del Anexo I aprobado por el RD valoración dependencia (actualmente derogado y reemplazado por el Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero) como es el caso de Cataluña y Cantabria, o bien han integrado en su norma autonómica el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia (Andalucía, Aragón, Asturias, Baleares, Navarra). Otras autonomías mantienen vigentes, además, sus anteriores baremos para las plazas de asistido (por ejemplo, Asturias, Canarias, Comunidad Valenciana).

Para aquellas personas que tienen reconocida la necesidad de concurso de otra persona, determinado según el baremo del anexo 2 del Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, se les reconoce el grado y nivel que corresponda, en función de la puntuación específica otorgada por el citado baremo. A las personas que tengan reconocido el complemento de gran invalidez, se les aplica el baremo del Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, garantizando como mínimo el grado I dependencia moderada, nivel 1.

Además de valorar la situación de válido o asistido, en ambos casos, se evalúan otras características como la situación socio-familiar, la vivienda, la situación económica, los apoyos informales o la atención sociosanitaria para determinar el orden de prelación para las posibles listas de espera para el acceso al centro de destino.

Dada la relevancia del apoyo informal y la situación de crisis que se está sufriendo, en algunas autonomías (por ejemplo Navarra) se tiene en consideración la sobrecarga del cuidador con la "Escala de Zarit"³³⁵.

3.1.2 Centros de día

El centro de día se considera como *«un servicio sociosanitario de apoyo a la familia que ofrece durante el día atención a las necesidades personales básicas, terapéuticas y socioculturales de las personas*

³³⁵ Orden Foral 3/2010, de 14 de enero, de la Consejera de Asuntos Sociales, Familia, Juventud y Deporte, por la que se regula el procedimiento y el baremo de valoración de la situación familiar para el acceso a plazas residenciales destinadas a la atención de personas mayores, de personas con discapacidad, de personas con enfermedad mental y de personas en situación de exclusión social o en riesgo de estarlo Escala de Zarit del Anexo II (BON núm.22, de 17 de febrero)

afectadas por diferentes grados de dependencia, promoviendo su autonomía y la permanencia en su entorno habitual^{336,337}».

Para el acceso a estos centros es imprescindible disponer de una determinada red de apoyo social (familiares normalmente), de modo que el centro de día es un centro que favorece la continuidad del desarrollo de la vida del usuario en su entorno habitual.

³³⁶ Esta definición está en consonancia con la que se dio en 1985 en el Estatuto de los centros de la Tercera Edad del INSS en la que se indica que los centros de día, son «*establecimientos donde se prestan servicios sociales y asistenciales, se fomenta la participación personal y comunitaria y se pretende la mejora progresiva de la forma de vida*». A lo que se añaden conceptos a los que se ha ido dando mayor peso con el tiempo como son el sociosanitario, el apoyo a la familia, la promoción de la autonomía, la permanencia en el entorno habitual. Orden de 16 de mayo de 1985 por la que se aprueba el Estatuto Básico de los Centros de la Tercera Edad del Instituto Nacional de Servicios Sociales de la Seguridad Social art.2.a (BOE núm. 128, de 29 de mayo).

³³⁷ Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, op. cit., 28, 33-34.

**CAPITULO IV:
LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA
SOCIOSANITARIA: MODELOS DE
GESTIÓN DE LA PRESTACIÓN
FARMACÉUTICA EN LOS CENTROS
SOCIOSANITARIOS**

CAPÍTULO IV. LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA SOCIO SANITARIA: MODELOS DE GESTIÓN DE LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA EN LOS CENTROS SOCIO SANITARIOS

La crisis económica de los últimos años afecta a las estrategias políticas en numerosos sectores imponiéndose medidas de ahorro y austeridad. El uso racional del medicamento (URM) es una de las principales propuestas no sólo para optimizar su utilización sino para racionalizar el gasto farmacéutico. Se pretende con esta medida (el URM) «*que todos los ciudadanos sigan teniendo acceso al medicamento que necesiten, cuando y donde lo necesiten, en condiciones de efectividad y seguridad*»³³⁸.

Dado que los pacientes crónicos y polimedicados configuran el grupo de mayor gasto de recursos sanitarios, se proponen iniciativas que incrementan la calidad de los servicios e implican un determinado ahorro. Ejemplo de ello es la partida presupuestaria para programas destinados a este sector de 20 millones de euros de febrero de 2010 o los 27 millones de marzo de 2009 aprobados por el Consejo Interterritorial^{339, 340, 341} el *Plan de uso racional del medicamento para pacientes crónicos polimedicados* de Canarias y los programas de

³³⁸ Ministerio de Sanidad y Política Social [Internet] 2006 [acceso 1 de abril de 2014] Campañas 2006: Uso Racional del Medicamento. Disponible en: <http://www.msps.es/campanas/campanas06/usomedicamento3.htm>

³³⁹ Polimedicados y crónicos, objetivo de Sanidad y de los farmacéuticos. CORREO FARMACÉUTICO. Nº 402. Año X. p.20.

³⁴⁰ BUSTELO MF. 21 millones más para polimedicados y crónicos que ya se ven "insuficientes". CORREO FARMACÉUTICO [periódico en Internet] 6 de junio de 2011 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.correofarmaceutico.com/2011/06/06/al-dia/profesion/21-millones-mas-para-polimedicados-y-chronicos-que-ya-se-ven-insuficientes>

³⁴¹ GUILLEN J. El seguimiento en farmacia mejora la calidad de vida del anciano polimedicado. CORREO FARMACÉUTICO [periódico en Internet] 11 de febrero 2014 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.correofarmaceutico.com/2014/02/11/al-dia/entorno/mayores-chronicos-polimedicados-mejoran-calidad-vida-66-puntos-media-gracias-sft>

atención a pacientes crónicos impulsados por Andalucía, País Vasco y Comunidad Valenciana ³⁴².

Ya en 1998 la OMS³⁴³ indicaba en un *Boletín de medicamentos esenciales*, que «la gestión apropiada del suministro de medicamentos es un componente primordial de los servicios de atención de la salud eficaces y asequibles en todo el mundo». La experiencia adquirida en la gestión de suministro revela ahorro económico y mejora de rendimiento. Para ello, es fundamental seleccionar los medicamentos a emplear así como la vigilancia y evaluación de la sistemática adoptada.

Las posibilidades de provisión de medicamentos en los c.s.s. que plantea la normativa abarcan los SF bien de hospital, bien de c.s.s., los DM vinculados a SF u OF y los botiquines vinculados siempre a OF (*Tabla 26*).

Frente al modelo clásico de suministro por la OF con las condiciones de pago habituales según los convenios autonómicos y sin más requisitos en cuanto al servicio, están ganando terreno el modelo de suministro a través de SFH, el propio del centro (que llamaremos sociosanitario) y, en mayor medida, el modelo mixto que combina las posibilidades de suministro desde OF y desde SF. También el suministro desde la OF está sufriendo variaciones como mejoras en la calidad del servicio, en particular, la dispensación activa y la atención farmacéutica, así como variaciones en el sistema de remuneración (vgr. aplicación de descuentos por convenio en algunas autonomías³⁴⁴ o abono del precio de coste del medicamento más una parte en concepto de servicios profesionales y otra por servicios logísticos y financieros³⁴⁵). Cabe añadir el uso de envases clínicos y la sujeción a guía farmacoterapéutica en la prescripción como factores que intervienen en los costes.

³⁴² OPIMEC. Conferencia Nacional para la Atención al Paciente con Enfermedades Crónicas [Internet] Sevilla; 2011 [acceso de 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.opimec.org/actuales/eventos/1410/i-conferencia-nacional-de-cronicos/>

³⁴³ Gestión del suministro de medicamentos. Boletín de medicamentos esenciales de la OMS [Boletín en Internet] 1998 [acceso de 1 de abril de 2014]; (25 y 26). Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s2245s/s2245s.pdf>

³⁴⁴ El Consejo regional del COF de Castilla-La Mancha pactó la aplicación de un descuento de un 6% con el SESCAM en la dispensación a residencias y en el País Vasco se negoció un 7% de descuento (véase nota a pie de página 667).

³⁴⁵ D 94/2010 art. 15

A lo largo de los últimos veinte años (la Ley de Farmacia de Cataluña de 1991³⁴⁶ es la más antigua vigente), las CCAA han elaborado diferentes fórmulas para formalizar la asistencia farmacéutica en los c.s.s.. En general todas se han decantado por hacerlo a través de SF y DM. Sólo la Comunidad Valenciana establece además la posibilidad de crear botiquines sociosanitarios en sus centros. Castilla y León y Baleares determinan el establecimiento de botiquines – no sociosanitarios- en sus centros residenciales de carácter social y en las salas de cuidados de sus centros residenciales de mayores y personas con discapacidad, respectivamente. Canarias dispone también de un tipo de DM en los que no se exige la presencia de farmacéuticos (epígrafe 4.3.1).

Como puede verse en la *Tabla 27*³⁴⁷ siete autonomías (Baleares, Canarias, Extremadura, Galicia, Murcia, Navarra y Comunidad Valenciana) disponen de un modelo mixto y Castilla-La Mancha y Castilla y León lo tendrán próximamente.

La decisión de adoptar un sistema u otro pasa por valorar los pros y contras de cada uno. Respecto a los SF, ya sean hospitalarios, ya sean sociosanitarios se pueden gestionar a través de compras directas a proveedores, o mediante compras centralizadas³⁴⁸. A su vez estos SF pueden suministrar a DM que tengan vinculados.

³⁴⁶ Ley 31/1991, de 13 diciembre, de Farmacia de Cataluña (BOE núm. 32, de 6 de febrero de 1992), en adelante LOF Cataluña.

³⁴⁷ Basado en la información del artículo de GARCÍA DEL RÍO R.: Un modelo mixto se abre paso en el servicio a centros sociosanitarios. CORREO FARMACÉUTICO [periódico en Internet] 14 de enero de 2008 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.correofarmaceutico.com/2008/01/14/al-dia/profesion/un-modelo-mixto-se-abre-paso-en-el-servicio-a-centros-sociosanitarios>

³⁴⁸ La centralización de las compras proviene de la experiencia en el sector sanitario. De hecho, tanto en atención primaria como en hospitales, está en auge esta modalidad. Ejemplo de ello son Murcia, Cataluña, Comunidad Valenciana, Galicia y Andalucía.

TRUJILLO JL. Sanidad hará compra centralizada de fármacos para las CCAA que quieran [periódico en internet] 17 de septiembre de 2012 [acceso de 12 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.correofarmaceutico.com/2012/09/17/al-dia/profesion/sanidad-hara-compra-centralizada-farmacos-ccaa-quieran>

Otro ejemplo se da en la Comunidad Valenciana que en 2012 aprobó un paquete de medidas de ajuste, entre las que se encuentran el suministro a los centros sociosanitarios de los medicamentos adquiridos por el sistema sanitario.

Respecto al suministro desde la OF – a través de DM o de botiquines – debe reconocerse la amplia distribución en todo el territorio nacional de oficinas de farmacia con un eficiente sistema logístico que supera con éxito las dificultades que supone la topografía española y la dispersión de la población. Esto permite disponer de los medicamentos en el mismo día si no estuvieran en el stock del servicio farmacéutico y facilita la cercanía del paciente al farmacéutico.

A nivel de gestión de compras del servicio farmacéutico del c.s.s., una ventaja indiscutible respecto a otro tipo de establecimientos o servicios (OF y SFH) es que en general se prevé una alta rotación de stock ya que se trata de pacientes crónicos y la prescripción es a través de guía farmacoterapéutica, y por lo tanto, de una selección de medicamentos en lugar del amplio vademécum comercializado en España. Esta situación minimiza las posibles pérdidas por caducidades que afectan al servicio farmacéutico responsable del suministro de medicamentos.

El establecimiento de las pautas a seguir en la prestación farmacéutica sociosanitaria consigue además de la mejora en la atención farmacéutica y en el empleo de los recursos económicos, evitar comportamientos irregulares como suministros desde regiones alejadas de la ubicación del c.s.s. o envío a domicilio de la medicación o productos sanitarios desde OF. Otras irregularidades son la falsificación de recetas de pacientes que están o han estado institucionalizados³⁴⁹.

Valencia prepara ya el suministro directo a centros sociosanitarios [periódico en internet] 3 de junio de 2013 [acceso de 12 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.correofarmaceutico.com/2013/06/03/al-dia/profesion/valencia-prepara-ya-el-suministro-directo-a-centros-sociosanitarios>

³⁴⁹ Cabe citar las sentencias de TS 58/2013 de 31 de enero, TS 1307/2006 de 22 diciembre y STS de 10 de febrero de 2005.

En la primera, se responsabiliza a un farmacéutico de un delito continuado de falsedad en documento oficial (recetas médicas), que además de monopolizar el suministro de medicamentos a varias residencias, junto con otra persona imprimió cupones precinto³⁴⁹. En esta sentencia se condenó por falsedad de documentos oficiales a una farmacéutica, la directora de la residencia de ancianos y el médico de la residencia por planificar la dispensación fraudulenta de recetas prescritas por el médico para supuestas patologías de los pacientes de la residencia, con cargo al Servicio Catalán de Salud.

La STS 1307/2006 de 22 de diciembre condenó a dos farmacéuticos por delito continuado por manipulación de recetas y por encargar y acordar proveerse de cartulinas con cupones precintos falsos con sus correspondientes códigos de barras, similares a los legítimos que llevan las cajas de medicamentos, para una

1. PROCESO DE AUTORIZACIÓN DE LOS SERVICIOS FARMACÉUTICOS

De conformidad con la legislación básica, únicamente los servicios y establecimientos sanitarios que cuenten con autorización administrativa pueden dispensar medicamentos.

La venta ambulante, a domicilio, por correspondencia o cualquier otra modalidad de comercio al público de medicamentos están expresamente prohibidas. No obstante, se admite, a falta de desarrollo legislativo, la venta por medios telemáticos de medicamentos y/o productos sanitarios que no requieran prescripción médica con la debida intervención del farmacéutico, y asesoramiento personalizado, dispensados por OF autorizada³⁵⁰.

En los c.s.s., previa autorización de un servicio médico, se puede autorizar la instalación de un servicio farmacéutico³⁵¹ bajo la dirección de un farmacéutico. No obstante, desde 2012, los centros de asistencia social con cien camas o más, en general, (no solo los sociosanitarios) deben disponer de un servicio farmacéutico³⁵².

Según ordena la Ley General de Sanidad, previamente a la instalación y funcionamiento, así como para las modificaciones de estructura y régimen inicial, se precisa autorización administrativa³⁵³. Estos servicios, al igual que las OF y SFH, están sujetos a calificación, registro y catalogación así como a evaluación, inspección y control administrativo³⁵⁴.

vez recortados unirlos a las recetas oficiales y aparentar así el despacho de los mismos.

La tercera sentencia sancionó a un farmacéutico que suministraba medicamentos a una residencia de la tercera edad. Las recetas dispensadas correspondían a antiguos residentes difuntos, a personas dadas de baja en la residencia o a ancianos que no padecían la dolencia correspondiente a la receta ni tenían un régimen de alimentación especial.

³⁵⁰ LGURM art. 2.5

³⁵¹ Existe distinta tipología de servicios farmacéuticos, según se desarrolla en el epígrafe siguiente.

³⁵² RDL 16/2012

³⁵³ Ley General de Sanidad art. 29

³⁵⁴ Ley General de Sanidad art. 29.2 y 30

Las autonomías adoptan este mandato en sus respectivas LOF³⁵⁵ y desarrollos. Los procedimientos de autorización deben ajustarse a la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

La solicitud de autorización de un servicio farmacéutico se efectúa según un procedimiento administrativo que solo Aragón³⁵⁶, Baleares³⁵⁷ y Comunidad Valenciana³⁵⁸ han detallado. Los apartados que contemplan se refieren a siete cuestiones:

- Plano o croquis del servicio farmacéutico y su ubicación en el centro (superficie y distribución)
- Mobiliario, utillaje y equipamiento

³⁵⁵ Andalucía: LOF Andalucía arts. 7.a, b y e, 50.3; Aragón: Ley 4/1999, de 25 marzo de Ordenación Farmacéutica para Aragón arts. 4.a, 4.c y 37 (BOA núm. 39, de 6 de abril), en adelante, LOF Aragón; Asturias: LOF Asturias arts. 6 y 52.2; Baleares: LOF Baleares arts. 52, 53, 54, Decreto 39/2003, de 25 de abril, por el que se establecen los requisitos y condiciones sanitarias de los servicios de farmacia y depósitos de medicamentos en centros hospitalarios, penitenciarios y sociosanitarios, y se establece el procedimiento para su autorización arts. 19 (SF) y 21 (DM) (BOIB núm. 63, de 6 de mayo), en adelante D 39/2003; Canarias: LOF Canarias arts. 3.b y 63.2; Cantabria: LOF Cantabria arts. 5, 6.a, 6.b, 6.c, 39; Castilla-La Mancha: LOF Castilla-La Mancha arts. 3.1, 3.4, 3.5, 4.a y 62.2; Castilla León: LOF Castilla y León arts. 3.b, 6.a, 6.b, 6.c, 11; Cataluña: LOF Cataluña arts. 15.a, 15.b, 15.c, 15.f; Extremadura: LOF Extremadura arts. 5.a, 5.b, 5.c, 6, 58.3; Galicia: LOF Galicia arts. 4, 7; La Rioja: LOF La Rioja arts. 3.3, 18.3, 18.4, 21.a, 21.b, 21.c; Madrid: LOF Madrid arts. 7, 8, 54.2; Murcia: LOF Murcia arts. 5, 6.a, 6.b, 6.c, 39; Navarra: LOF Navarra arts. 6, 7; País Vasco: Ley 11/1994, de 17 junio, de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad Autónoma del País Vasco arts. 4, 32, 33, 37 (BOPV núm. 135, de 15 julio de 1994), en adelante LOF País Vasco; Comunidad Valenciana: LOF Valencia arts. 1, 5, 48.2, 61 y D 94/2010 arts. 1.6, 5.1, 5.2, 5.3, desarrollo: Orden de 15 de noviembre de 2000, de la Conselleria de Sanidad, mediante la que se regula el funcionamiento del Registro de Establecimientos y Servicios Sanitarios de Atención Farmacéutica de la Comunidad Valenciana (DOGV núm. 3.902, de 21 de diciembre).

³⁵⁶ Aragón indica que se debe presentar junto a la solicitud de autorización de DM una memoria con los apartados relacionados incluyendo la justificación de la necesidad del centro de un DM. (Decreto 286/2003, de 18 de noviembre, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Reglamento de los SFH y los DM art. 19 (BOA núm. 144, de 1 de diciembre))

³⁵⁷ L OF Baleares sección cuarta

³⁵⁸ D 94/2010 art.7

-
- Respecto al centro: capacidad, número de asistidos y tipo de centro (residencial o de día)
 - Relacionado con el personal adscrito: titulación, farmacéutico responsable, certificaciones de colegiación y situación de no incompatibilidad. Funciones a desarrollar³⁵⁹
 - Las patologías más frecuentes de los residentes y memoria de la población residente. (Baleares)
 - Documentación acreditativa de la personalidad del solicitante (titular del c.s.s.) que es quien inicia el procedimiento. (Baleares)
 - En el caso de DM, la OF de la misma zona a la que se encuentra vinculado. (Baleares)

La solicitud de autorización se dirige a la Consejería competente en materia sanitaria para su conocimiento y tramitación. Se realiza la visita de inspección en que se comprueba que se cumplen todos los requisitos establecidos y se levanta el acta correspondiente. El procedimiento finaliza con la resolución de autorización. En el caso de los DM, Baleares establece en la misma resolución la dotación de medicamentos y productos sanitarios que debe disponer en función de la población y patologías más frecuentes.

Las resoluciones de autorización de Valencia fijan las condiciones a observar en términos de instalaciones, sistemas de dispensación individualizada, horario de atención farmacéutica, servicio de receta electrónica y contingencias en situación de emergencia³⁶⁰.

2. TIPOS DE SERVICIOS FARMACÉUTICOS: SERVICIO DE FARMACIA, DEPÓSITO DE MEDICAMENTOS Y BOTIQUÍN

Las principales diferencias entre SF, DM y botiquín se han de buscar en:

- las condiciones para su implantación.

³⁵⁹ El Decreto valenciano añade que en caso de cambio de cualquiera de los farmacéuticos, se debe comunicar justificando la titulación, vinculación y dedicación del nuevo farmacéutico. Garantizándose en todo caso la continuidad en la responsabilidad sobre el servicio y normal desenvolvimiento de las funciones cuando el cambio efectuado sea del farmacéutico responsable del servicio (D 94/2010 art.5.4).

³⁶⁰ D 94/2010 art.7.4

- la vinculación, en el caso de DM y botiquines, a servicio (SF) o establecimiento farmacéutico (OF)
- requisitos de superficie y áreas de trabajo
- equipamiento, mobiliario, utillaje, material
- la titulación exigida para el farmacéutico
- las funciones a desarrollar por el farmacéutico
- sistemas de prescripción
- tipo de envases empleados (envases clínicos, presentaciones ordinarias)
- modo de facturación

2.1 Condiciones de implantación

El primer punto – *las condiciones de implantación* – está a la espera de desarrollo reglamentario en todas las leyes autonómicas a excepción de la valenciana. No obstante, recientemente el RDL 16/2012 ha unificado el criterio a seguir por las autonomías obligando a establecer un SFH en los centros de asistencia social de cien camas o más en régimen de asistidos y los centros psiquiátricos (art.6.1.b). Se excluye por tanto, la vinculación a OF. Sin embargo, la consejería de cada autonomía puede establecer acuerdos o convenios con los centros anteriores y eximir del cumplimiento de esta exigencia siempre y cuando dispongan de DM vinculados a SFH público.

Anteriormente a esta norma, en general las administraciones sanitarias autonómicas preveían para la determinación del tipo de servicio farmacéutico, atender al número de plazas o camas, al tipo de usuarios, y a la atención médica y farmacológica que requerían. Algunas CCAA habían tomado el límite de 100 camas a partir del cual se debe contar con SFH, (era lo indicado en la derogada Ley del Medicamento³⁶¹ para los hospitales (art.92)). Por ejemplo, Castilla y León, Cataluña y Navarra³⁶² sin perjuicio del desarrollo pendiente ya comentado (*Tabla 28*). Galicia, era la comunidad más restrictiva al obligar al establecimiento de SF a partir de 50 camas, además de aquellos casos en que se determinase reglamentariamente que requiriesen una especial cualificación. No obstante, en 2011 se equipara al resto de autonomías y amplía a 100 camas o más las necesarias para el

³⁶¹ Ley del Medicamento

³⁶² Castilla y León: LOF Castilla y León arts. 48.2 y 43.2; Cataluña: LOF Cataluña art. 12.2; Navarra: LOF Navarra art. 35.1.b

requerimiento. En la norma gallega (igual que en la estatal) los centros objeto de regulación no son sólo los sociosanitarios sino los centros de asistencia social en general y centros psiquiátricos³⁶³.

En el caso de la Comunidad Valenciana, los c.s.s. con más de 60 camas tienen la posibilidad de optar por un SF o DM, mientras que si su capacidad es de 60 camas o menos, pueden elegir entre SF, DM o botiquín sociosanitario. Es por tanto, el propio centro el que decide qué servicio farmacéutico quiere tener.

Algunas autonomías presentan ciertas peculiaridades como, por ejemplo, Andalucía que distingue entre c.s.s. residenciales que tendrán SF según se indique reglamentariamente valorando las características citadas, y el resto de centros, sean o no residenciales que deben instalar DM³⁶⁴. Las islas Baleares y Canarias tienen la particularidad de ofrecer la posibilidad – no obligan – de autorizar un SF o DM³⁶⁵. Para los casos en que no se disponga de ningún servicio farmacéutico, en Baleares, se obliga a tener al menos un botiquín con medicación y cura elemental en la sala de curas³⁶⁶ y en Canarias un DM, bajo la custodia de un ATS o DUE responsable de su control y administración³⁶⁷.

Respecto a los DM, la norma estatal indica que deben establecerse en aquellos casos en que, sin tener cien camas o más de asistidos, tienen una asistencia sanitaria específica³⁶⁸ (es decir, para determinadas patologías). En general, las CCAA ya habían dispuesto la autorización de un DM en aquellos centros que carecían de SF y que reglamentariamente no tenían obligación de tenerlo. No seguían este

³⁶³ Modificado por el art.29.1 Ley 12/2011, de 26 de diciembre, de medidas fiscales y administrativas (BOE núm. 23, de 27 de enero de 2012)

³⁶⁴ LOF Andalucía art. 55.1

³⁶⁵ Baleares: D 39/2003 arts. 17.1 y 20.1; Canarias: LOF Canarias arts. 63.2 y 63.3

³⁶⁶ Decreto 86/2010, de 25 de junio, por el que se establecen los principios generales y las directrices de coordinación para la autorización y la acreditación de los servicios sociales de atención a personas mayores y personas con discapacidades, y se regulan los requisitos de autorización y acreditación de los servicios residenciales de carácter suprainular para estos sectores de población anexo 1, apartado 2.4.5.b (BOIB núm. 99, de 3 de julio); D 39/2003 art. 2

³⁶⁷ Decreto 63/2000, de 25 abril, por el que se regula la ordenación, autorización, registro, inspección y régimen de infracciones y sanciones de centros para personas mayores y normas de régimen interno Anexo III. A.1.7 (BOC núm. 62, de 19 de mayo)

³⁶⁸ RDL 16/2012 art.6.3

modo de proceder la Comunidad Valenciana, que atiende a las condiciones explicadas anteriormente, y Cantabria y Aragón³⁶⁹ que ofrecen la posibilidad, pero no obligan, a tener un DM.

En Castilla y León se ofrece la posibilidad de disponer de un botiquín en sus centros residenciales de carácter social³⁷⁰. Esta opción permite que aquellos centros que no disponen de servicio médico autorizado tengan un botiquín con medicamentos similar al que puede haber en una unidad de enfermería de hospital. Sin embargo, carecen de las ventajas que aporta la atención del farmacéutico en un servicio farmacéutico (SF, DM o botiquín sociosanitario).

El botiquín sociosanitario como tal solo aparece en la Comunidad Valenciana y siempre está vinculado a una OF.

2.2 Sistema de vinculación de los distintos servicios farmacéuticos

Los SF sociosanitarios, análogamente a otros tipos de SF (de hospital, área de salud), son servicios “autónomos” en cuestiones como la procedencia del personal, la gestión de compras o la elaboración de fórmulas magistrales y preparados oficinales y por tanto no están vinculados a otro tipo de servicio. Son excepciones los de Castilla y León que pueden ser propios o vinculados a un SFH según se determine reglamentariamente³⁷¹ y los de Asturias que están vinculados preferentemente a servicios o centros sanitarios públicos³⁷². Navarra, por su parte, establece una nueva fórmula, al dar la opción de organizar la prestación farmacéutica a través de SF exclusivos o bien mancomunados³⁷³ para varios centros, de modo que las compras se

³⁶⁹ LOF Cantabria art. 38.1 y LOF Aragón art. 35.1

³⁷⁰ LOF Castilla y León art. 49

³⁷¹ LOF Castilla y León art. 48.1

³⁷² LOF Asturias art. 52.2

³⁷³ Son ejemplos de residencias con SF de gestión mancomunada: Amma Oblata, Amma Mutilva.

KUTZ PEIRONCELY, M. Los servicios de farmacia de los centros sociosanitarios en Navarra. Congreso Internacional Dependencia y Calidad de Vida [Internet] [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.edad-vida.org/fixers/congreso/312Maria.Kutz.pdf>

hagan desde el SF de uno de los centros y se repartan entre varios³⁷⁴. Esta situación se da también en la Comunidad Valenciana³⁷⁵.

Los DM y botiquines se encuentran necesariamente vinculados a un SF o a una OF. Es particularmente relevante este punto sobre la vinculación por la connotación de impulso al sector farmacéutico privado (OF) o al público (SF).

El RDL 16/2012 coincide con la tendencia marcada por las normas autonómicas de establecer un orden que dé prioridad a las OF de la misma zona farmacéutica y a SF de estructuras sanitarias públicas o privadas en función de la titularidad del c.s.s.. Estas estructuras sanitarias pueden ser de hospital, atención primaria o del mismo sector sanitario³⁷⁶ (Tabla 29).

Como puede verse en la tabla se distinguen tres situaciones:

1) sin concreción al respecto (incluye Castilla-La Mancha³⁷⁷, Castilla y León³⁷⁸, La Rioja³⁷⁹, Madrid y País Vasco³⁸⁰).

³⁷⁴ LOF Navarra art.35.2

³⁷⁵ PEDRÓS MARÍA B, COMES BADÍA JL, MARTÍNEZ MARTÍNEZ MA y MUELAS TIRADO J. Situación de la atención farmacéutica en los centros sociosanitarios públicos de la Comunidad Valenciana. FAP. 2005; 3 (1): 16-26.

³⁷⁶ La relevancia de este dato sobre el tipo de SF a que puede vincularse se debe a que determina si el farmacéutico responsable del servicio farmacéutico será especialista o no.

³⁷⁷ En 2009 había en Castilla-La Mancha dieciséis residencias públicas vinculadas a hospital y el resto eran abastecidas por OF.

BUSTELO M. Competencia ve ilegal la rotación en la dispensación a residencias. CORREO FARMACÉUTICO [periódico en Internet] 27 de abril de 2009 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en:

<http://www.correofarmaceutico.com/2009/04/27/al-dia/profesion/competencia-ve-ilegal-rotacion-dispensacion-residencias>

En 2006 el Servicio Regional de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM) y los Colegios de Farmacéuticos de la región suscriben un acuerdo que regula la dispensación de medicamentos a los c.s.s.. En él se establece un sistema de turnos rotatorios que fue denunciado ante el Tribunal de Defensa de la Competencia. Este Tribunal resolvió que es ilegal la intervención del SESCAM en el establecimiento de turnos dado que se limita parcialmente la competencia. No obstante, cabe advertir que con este sistema se consigue que participen todas las farmacias de la zona. Con lo que se logra además garantizar el URM, evitar prácticas irregulares.

La libertad del usuario no se ve afectada ya que en cualquier momento puede acudir a la farmacia que desee.

En el caso de Madrid, aunque en la norma no figura un orden de preferencia entre OF o SF, para centros privados cuyo servicio farmacéutico se vincule³⁸¹ a OF si se disponía a través del convenio vigente hasta 2010³⁸² de un sistema rotativo. Las farmacias de la z.b.s.

-Westlaw Noticias: El Tribunal de Defensa de la Competencia ratifica el acuerdo de dispensar medicinas en las residencias

En 2012, se ratifica el fallo de este Tribunal, indicando que «Es incuestionalbe que la conducta que enjuiciamos restringe la competencia en un mercado ya de por sí restringido, lo que impide afirmar que no existe afección significativa del mercado».

Sentencia de la Audiencia Nacional de 6 junio de 2012

³⁷⁸ Presenta un modelo mixto aunque no existe un acuerdo que lo regule.

BUSTELO. Competencia ve ilegal la rotación en la dispensación a residencias, op. cit.

³⁷⁹ Según informa CORREO FARMACÉUTICO, en La Rioja el suministro es desde OF de la zona de ubicación del c.s.s..

Ibídem

³⁸⁰ El acuerdo que tenían Consejería y COF, que fijaba un 7% de descuento y el requisito de hacer atención farmacéutica, daba carta blanca a las residencias que desearan operar con las farmacias según turnos rotatorios.

Ibídem

³⁸¹ No se incluyen las plazas públicas de los centros privados concertados, ni los centros públicos. TCCM, 22 diciembre 2010 "relación de datos recabados 2ª"

³⁸² Convenio de colaboración entre la Comunidad de Madrid y el COFM para distribuir medicamentos y productos sanitarios a los centros residenciales. 13 de julio de 2001 (vigente hasta 31 diciembre de 2010).

En 2009 se inició de oficio un expediente en relación con este Convenio por supuestas prácticas de restricción de la competencia por la posibilidad de existencia de reparto de mercado en el suministro de medicamentos en los c.s.s. de Madrid. Este convenio sucede al de 16 de mayo de 1995 suscrito por el COF y el SRBS (Servicio Regional de Bienestar Social) que fue recurrido a su vez, y archivado el 25 de abril de 2000 al considerarse que el SRBS actuó como regulador de las prestaciones que deben ofrecer las residencias para mayores que dependen de dicho servicio, entre las cuales consta la de facilitarles el acceso a los medicamentos cuando estén imposibilitados para acudir a una OF a recogerlos previo consentimiento informado y sin ninguna contraprestación económica (TCCM, 22 diciembre 2010 "fundamentos de derecho 9º").

En el caso del Convenio de 2001, atendiendo al archivo del asunto del Convenio de 1995 citado anteriormente, y considerando que no consta en el COF de Madrid, ni en SRBS conocimiento de desacuerdo alguno por parte de los pacientes con el sistema de turnos establecido y que la limitación en que se basa el sistema rotativo de z.b.s. obedece a criterios de proximidad geográfica de forma que se permite el abastecimiento permanente de las residencias

donde estaba ubicado el centro (por razones de proximidad y eficiencia) podían incorporarse al sistema rotativo de forma voluntaria, siendo el periodo de rotación de dos meses, los siete días de la semana³⁸³. Este convenio contemplaba la libertad del paciente para adquirir los medicamentos en cualquier otra farmacia, si bien es cierto que, en la práctica, era frecuente que los usuarios, previa información y conformidad, entregasen sus recetas al personal de la residencia para que acudiese a la farmacia correspondiente de las del turno rotativo³⁸⁴.

2) En caso de centros privados, la vinculación a OF o SF se hace indistintamente sin obedecer a un orden de prioridad (los centros privados de Andalucía^{385,386}, Aragón, Canarias³⁸⁷, Cataluña³⁸⁸, Extremadura³⁸⁹, Galicia³⁹⁰, Murcia³⁹¹ y Navarra³⁹²).

basándose en criterios objetivos y técnicos se resolvió el sobreesimiento y archivo de las actuaciones y la denuncia que lo motivaron).

El SRBS de la Consejería está elaborando un sistema de adquisición de productos farmacéuticos para los residentes de centros del SRBS a través de la Subdirección General de Compras de Farmacia y Productos Sanitarios. TCCM, 22 diciembre 2010, "relación de datos recabados. 2ª". Tras la resolución de la CNC, la Comunidad de Madrid pretende mantener un modelo mixto aunque quedan por concretar las condiciones en que desarrollarán su labor las oficinas de farmacia (TCCM, 22 diciembre 2010.)

³⁸³ TCCM, 22 diciembre 2010, "relación de datos recabados 3ª". y Concierto entre la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid y el COF de Madrid por el que se fijan las condiciones para la colaboración de las oficinas de farmacia con el sistema sanitario de la Comunidad de Madrid. 2011 apartado 4 del Anexo 3

³⁸⁴ TCCM, 22 diciembre 2010 "relación de datos recabados 4ª" y "fundamentos de Derecho 3º".

³⁸⁵ LOF Andalucía art. 55.2

³⁸⁶ Según un artículo de CORREO FARMACÉUTICO, en Andalucía el suministro de medicamentos se hace desde las OF, generalmente mediante acuerdos entre titulares de OF y gerentes de centros. Por tanto, no se da el sistema de turnos rotatorios.

BUSTELO. Competencia ve ilegal la rotación en la dispensación a residencias, op. cit.

³⁸⁷ Canarias: Las residencias públicas bien tienen SF propio si disponen de más de cien camas o bien dependen del Cabildo si son pequeñas. En este último caso dependerían del SF del Hospital Provincial. En las privadas de más de cien camas la dispensación se hace desde las OF.

Ibidem

³⁸⁸ Cataluña: LOF Cataluña art. 12.5

³⁸⁹ Las OF rotan según un convenio entre COF y Administración.

Debe mencionarse que aunque Aragón no establece prioridad entre la vinculación a SF u OF, en el último caso se hace mediante concurso libre según un baremo explícito en el Decreto 286/2003, de 18 de noviembre. El orden establecido da prioridad a las OF de la misma zona de salud; en caso de que no concurriese ninguna se amplía a las OF de la zona limítrofe. Si aun así quedase desierto, el Director del Servicio Provincial del Departamento competente en materia de salud vincula de oficio el DM a la OF más próxima de la misma zona de salud³⁹³.

En Aragón se contemplan tres posibilidades de revocación de la vinculación: un cambio de titular de la OF adjudicataria, la renuncia por parte de la OF a la que está vinculado el DM o bien por deficiencias en el funcionamiento del DM o suministro de medicamentos. En estos casos se procede a convocar un nuevo concurso.

3) Hay CCAA que han establecido un orden de preferencia para la vinculación de sus DM (y botiquines en el caso de la Comunidad Valenciana). Son: Andalucía que en el caso de centros públicos están coordinados con SF de hospitales públicos mediante acuerdos³⁹⁴, Asturias³⁹⁵ que da preferencia a los servicios y centros sanitarios públicos,

Ibídem

³⁹⁰ LOF Galicia art.35.1

³⁹¹ A finales de 2010 se modificó el apartado 4.c del artículo 36 de LOF Murcia, de forma que se eliminó el orden de vinculación del SF a la OF más próxima de la zona farmacéutica del centro en las condiciones que se propusiesen reglamentariamente. Se añade la posibilidad de fijar un turno rotatorio temporal en el caso de que la vinculación de un DM se haga a OF (Ley 3/2010, de 27 de diciembre, de modificación de la regulación de algunos de los tributos propios de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia disposición adicional segunda (BORM núm. 301, de 31 de diciembre)). A este turno tendrían acceso voluntario las OF de la misma, pudiendo tener vinculado un solo DM cada OF.

Según CORREO FARMACÉUTICO existen turnos rotatorios en la dispensación a residencias.

BUSTELO. Competencia ve ilegal la rotación en la dispensación a residencias, op. cit.

³⁹² En 2009 había unos diez centros de más de 100 camas con SF propio, y el resto se abastecían por las boticas sin rotación.

Ibídem

³⁹³ Decreto 286/2003, de 18 de noviembre, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Farmacia Hospitalaria y los depósitos de medicamentos art. 14 (BOA núm. 144, de 1 de diciembre)

³⁹⁴ LOF Andalucía art. 55.3

³⁹⁵ Según informó el periódico CORREO FARMACÉUTICO en 2009, se hace por rotación entre las boticas de la zona donde está la residencia.

Baleares a las OF de la misma zona farmacéutica³⁹⁶, Cantabria³⁹⁷ a SFH públicos o SF de AP de la misma área de salud frente a las OF con un sistema de turnos no regulado.

Galicia y Comunidad Valenciana diferencian entre DM establecidos en centros públicos o privados. Los primeros están vinculados a un SF de la misma área sanitaria. Este SF, en la Comunidad Valenciana, es preferentemente público y del mismo sector.

Si es privado, en Galicia puede vincularse a una OF de la misma zona farmacéutica o a un SF³⁹⁸. En la Comunidad Valenciana, un Decreto-ley de marzo de 2013, da prioridad en la vinculación de los DM a los SF de centro público o privado, y deja como última opción de vinculación a la farmacia³⁹⁹. En el caso de los botiquines, se mantiene la prioridad de la vinculación a OF frente a SF. Cuando la vinculación, ya sea de botiquín o de DM, es a una OF, se lleva a cabo un concurso que se gestiona a través del sistema de información de la AVS denominado SICOMEPS⁴⁰⁰, en el cual se inscriben las OF interesadas⁴⁰¹. El plazo de inscripción se abre durante los primeros diez días de cada mes para realizar nuevas altas, modificaciones o bajas⁴⁰², siempre vía telemática.

BUSTELO. Competencia ve ilegal la rotación en la dispensación a residencias op. cit.

³⁹⁶ D 39/2003 art. 20. Según el artículo "Competencia ve ilegal la rotación en la dispensación a residencias", en 2009 había cuatro residencias vinculadas al SFH y el resto según lo indicado en el texto.

Ibidem

³⁹⁷ Ibidem

³⁹⁸ LOF Galicia art. 35.1

³⁹⁹ Decreto-ley 2/2013, de 1 de marzo, del Consell, de Actuaciones Urgentes de Gestión y Eficiencia en Prestación Farmacéutica y Ortoprotésica disposición final primera (DOGV núm. 6.978, de 5 de marzo)

⁴⁰⁰ SICOMEPS es el Sistema de Información, Control y Ordenación de Medicamentos y Productos Sanitarios de la AVS. Tiene como finalidad facilitar los trámites que marca la legislación sanitaria en materia de ordenación, control y seguridad de productos farmacéuticos, en los distintos sectores de la cadena del medicamento y los productos sanitarios, desde su fabricación, pasando por la distribución hasta la dispensación.

Portal de la Conselleria de Sanidad [Internet] DGFPS. SICOMEPS [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en:

<http://www.san.gva.es/cas/prof/dgf/homedgf.html>

⁴⁰¹ D 94/2010 art.10

⁴⁰² Instrucciones para la OF:

Resolución de 5 de julio de 2010, del director gerente de la AVS, mediante la que se dictan instrucciones para la ejecución del D 94/2010

El proceso de vinculación se inicia cuando un c.s.s. solicita la autorización de un DM o de un botiquín o cuando se finaliza el período de vinculación a una OF. El sistema comunica con tres meses de antelación el cambio de turno a los implicados, es decir, a la farmacia vinculada, a la farmacia siguiente en el turno y al c.s.s.. La farmacia entrante y la de reserva confirman telemáticamente la recepción del resultado del proceso de vinculación que durará tres años para cada farmacia seleccionada e incluida en el turno de rotación. Si no hubiese confirmación por parte de la primera, la segunda ocuparía su lugar (véase la *Figura 4*). El hecho de que este procedimiento se lleve a cabo vía telemática contribuye sin duda a facilitar al farmacéutico la participación. Aporta comodidad al usuario, que no debe desplazarse o ausentarse del trabajo, flexibilidad horaria y agilidad, además de llevarse a cabo de un modo transparente.

Continuando con el sistema valenciano, el orden para la vinculación a OF varía en función de si el municipio donde está ubicado el c.s.s. tiene una o más zonas básicas de salud (*Tabla 30*⁴⁰³).

En el primer caso, en los DM, la vinculación se hace a SF de otro centro, ya sea público o privado⁴⁰⁴. En su defecto, la vinculación se hace a una OF inscrita del mismo municipio⁴⁰⁵. Si no hubiera ninguna farmacia inscrita en el mismo municipio, se vincula a una OF de la misma zona farmacéutica⁴⁰⁶.

En el caso de que el municipio del c.s.s. tenga más de una z.b.s. se vincula a una de las farmacias inscritas en la bolsa de la misma z.b.s. que el c.s.s.. Si no hubiera ninguna inscrita, se vincula a una farmacia del mismo departamento y municipio de la z.b.s. en que se encuentra el c.s.s.⁴⁰⁷.

En ambos casos – en municipio de una y de más de una z.b.s. – si tampoco hubiera ninguna OF inscrita, la vinculación se haría a una OF de una zona farmacéutica limítrofe⁴⁰⁸.

⁴⁰³ Decreto-ley 2/2013, de 1 de marzo

⁴⁰⁴ *Ibidem*, disposición final primera 2

⁴⁰⁵ D 94/2010 art. 10.3. b

⁴⁰⁶ D 94/2010 art. 10.3.c

⁴⁰⁷ D 94/2010 art. 10.3. a

⁴⁰⁸ D 94/2010 art. 10.3.d

Los botiquines sociosanitarios se vinculan inicialmente a una OF, con el mismo orden que el establecido para los DM. Si ninguna OF quisiera llevar el botiquín, éste se vincularía a un SF de otro c.s.s. o SFH⁴⁰⁹.

Aunque puede haber varios DM vinculados a una misma OF, se ha establecido en 140 el límite de plazas para una misma OF. Excepcionalmente puede superarse este número cuando el centro tenga más plazas y cuando solo haya concurrido una OF al concurso. En el caso de los botiquines, el límite se ha establecido en 100. También, en este caso, se puede superar excepcionalmente, cuando solo haya concurrido una OF al proceso de selección para la vinculación del botiquín⁴¹⁰.

En aquellos casos en que más de una OF reúna las condiciones para la vinculación, se dirime en función de la calificación obtenida al sumar:

- un punto cuando la OF disponga de sistemas informáticos para procesar la receta electrónica
- un punto para OF localizadas en municipios de menos de 1500 habitantes
- un punto para aquellas farmacias con la acreditación INACEPS⁴¹¹

En Aragón también se ha establecido un baremo para determinar el orden de prioridad en el concurso en aquellos casos en que la vinculación se realiza a OF. Los conceptos valorados y las puntuaciones difieren de los valencianos. En este caso se valoran:

⁴⁰⁹ Decreto-ley 2/2013, de 1 de marzo, disposición final primera 3

⁴¹⁰ D 94/2010 art. 8.3

⁴¹¹ La acreditación de INACEPS tiene la misión de promover la excelencia en la calidad y fomentar la mejora continua de la calidad y seguridad de la asistencia sanitaria. Se basa en la comparación del estado de la organización a acreditar, con una serie de criterios y estándares de evaluación definidos por el Instituto para la Acreditación y Evaluación de las Prácticas Sanitarias, y recogidos en el Manual para la Acreditación Inaceps [Internet] Comunitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Direcció General d'Ordenació, Avaluació i Investigació Sanitària: 2004 [acceso 21 de junio de 2011]. Disponible en: <http://www.inaceps.info/?q=node/13>

INACEPS. [Internet] 2010 [acceso 26 de mayo de 2012]. Misión, visión y valores. Disponible en: http://www.inaceps.es/?page_id=137

INACEPS. [Internet] 2010 [acceso 26 de mayo de 2012]. Fase de información y solicitud. Disponible en: http://www.inaceps.es/?page_id=49

- la participación en programas de salud (2 puntos) y la realización de SFT a más de 10 pacientes con acreditación del COF (7 puntos)
- los recursos humanos que se tiene o se compromete a tener la OF (4 puntos por farmacéutico y 1 punto por auxiliar o técnico en farmacia)
- la elaboración de una memoria explicativa tanto del número de horas como de la forma de cumplir las funciones, con un máximo de 10 puntos

En caso de empate en la puntuación tiene preferencia la farmacia que haya realizado menor número de actos farmacéuticos, acreditados por el colegio de farmacéuticos, en el año anterior⁴¹².

2.3 Requisitos de instalaciones y equipamiento

Las características de los servicios farmacéuticos son de tipo asistencial, tecnológico, científico y administrativo en respuesta a las funciones que les asigna la normativa. Entre ellas, se realiza la selección, adquisición, preparación, conservación y dispensación de medicamentos y productos sanitarios y el seguimiento e información a enfermos y personal del centro. Esta diversidad de funciones requiere unas instalaciones adecuadas.

El incesante desarrollo de las tecnologías ha propiciado que la mayor parte de estas funciones cuenten con el apoyo de soportes informáticos que se han convertido, de hecho, en herramientas indispensables para la contabilización del stock, la emisión y recepción de pedidos, la dispensación y la consulta de fuentes de información para la actualización de los conocimientos sobre el medicamento, entre otras.

2.3.1 Requisitos de superficie y áreas de trabajo

Al igual que sucede en los SFH y las OF, las CCAA empiezan a considerar estos aspectos plasmándolos en sus normativas. Algunas autonomías contemplan ya las áreas de trabajo y superficie que deben tener los servicios farmacéuticos sociosanitarios. No obstante, debe reconocerse que pocos centros (privados principalmente) disponen actualmente de este tipo de servicios. Por otra parte, su construcción data de fecha previa a la publicación de la normativa.

⁴¹² 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 anexo I. BIS (BOA núm. 144, de 1 de diciembre)

Sin embargo, con el objetivo de mejorar la calidad de la prestación farmacéutica sociosanitaria, es interesante evaluar una serie de puntos que permitan planificar de una forma óptima el servicio farmacéutico. Consideraciones, que deben tenerse en cuenta por los técnicos y/o arquitectos para la reorganización de centros ya existentes, así como para centros de nueva creación. Para ello, puede aprovecharse la experiencia del SFH⁴¹³ y de la OF que ya diferencian sus espacios en determinadas áreas y precisan una superficie concreta.

La superficie total del servicio debe ser acorde a la capacidad del centro (número de camas), al tipo de actividades que se deben desarrollar y al tipo de centro.

Aragón, Baleares, Castilla y León y Galicia indican que se debe disponer de una superficie adecuada para el desarrollo de las funciones atribuidas⁴¹⁴. Aragón también indica que debe ir en relación al volumen de actividad. Otras autonomías están pendientes del desarrollo reglamentario aunque indican también que deberá ser adecuada a las funciones que deben desarrollarse (Cataluña, La Rioja, Murcia y País Vasco⁴¹⁵).

⁴¹³ MOLERO R y ACOSTA M. Planificación y organización de un SF. En: Gamundi Planas, M.C. FARM HOSP. Tomo I [monografía en Internet] 3ª ed. SEFH; 2002 [acceso 1 de abril de 2014]; [3-28]. Disponible en: <http://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo1/cap11.pdf>

⁴¹⁴ Aragón: Decreto 286/2003, de 18 de noviembre, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Farmacia Hospitalaria y los depósitos de medicamentos art.18 (BOA núm. 144, de 1 de diciembre); Baleares: en LOF Baleares el art.54 de indicaba que según desarrollo reglamentario, pero en 2003 se indica que debe ser una superficie adecuada a las funciones que deben llevarse a cabo (D 39/2003 art.18.2); Castilla y León: LOF Castilla y León arts. 46 y 48.2; Galicia: LOF Galicia arts. 33 y 36.

⁴¹⁵ Cataluña: según se indica en la LOF Cataluña art. 16 de la el Departamento de Sanidad y Seguridad Social fijará los requisitos necesarios en cuanto a instalaciones atendiendo a un diseño funcional de forma que por la situación, superficie, accesos e instalaciones puedan alcanzarse óptimos niveles de actividad. Por otro lado en el apartado 4.3.3 del Decreto 92/2002, de 5 marzo, por el que se establecen la tipología y las condiciones funcionales de los centros y servicios sociosanitarios y fijan las normas de autorización (DOGC núm. 3.597, de 18 de marzo) del Anexo 2 sobre tipología y condiciones funcionales de los centros sociosanitarios remite para esta cuestión al art. 8 de Orden de 10 de junio 1986, por la que se regulan los Depósitos de Medicamentos en los Centros Hospitalarios (DOGC núm. 709, de 4 de julio) según el que debe ir relacionada

En la Comunidad Valenciana se han establecido unas superficies mínimas para cada tipo de servicio: 40 m² en SF, 20 m² en DM y 15 m² en botiquines. Estas estancias son de uso exclusivo en el caso de SF y DM y pueden ser compartidas con los servicios médicos en el caso de los botiquines sociosanitarios.

En los SF de La Rioja y de la Comunidad Valenciana se añade el requisito de que formen un conjunto físico, permitiéndose excepcionalmente situar algún tipo de almacén fuera de este conjunto y dependencias descentralizadas de estos servicios cuando la estructura del c.s.s. lo requiera⁴¹⁶.

El tamaño de los almacenes vendrá determinado también por la periodicidad de las compras (diaria, semanal, quincenal, mensual) que determinará el tamaño del stock. Un mayor número de pedidos permite minimizar el stock.

La ubicación dentro del centro debe permitir una adecuada comunicación interna y externa. La comunicación interna permite el fácil acceso de los pacientes y personal del centro, así como el acceso a almacenes que pudieran estar separados del servicio farmacéutico.

Es aconsejable la ubicación en las plantas bajas, con acceso directo a la calle y a zonas de descarga habilitadas en lo posible sólo para el SF para facilitar la recepción y almacenamiento de medicamentos y productos sanitarios.

En Aragón, Castilla y León, Cataluña (en sus DM), Galicia, La Rioja, País Vasco y Comunidad Valenciana ⁴¹⁷ se indica que deben disponer de una localización adecuada y hacen referencia a una buena

con el número de camas, tipo de hospital, localización geográfica y funciones a desarrollar.

La Rioja: LOF La Rioja art. 18.2, Murcia: LOF Murcia art. 39 y País Vasco: LOF País Vasco art. 30

⁴¹⁶ La Rioja: LOF La Rioja art. 18.1 y Comunidad Valenciana: D 94/2010 art. 4.3

⁴¹⁷ Aragón: LOF Aragón art. 37 y Decreto 286/2003, de 18 de noviembre, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Farmacia Hospitalaria y los depósitos de medicamentos art. 18 (BOA núm. 144, de 1 de diciembre); Castilla y León: arts. 46 y 48 LOF Castilla y León; Cataluña: art. 8 Orden de 10 de junio 1986, por la que se regulan los Depósitos de Medicamentos en los Centros Hospitalarios (DOGC núm. 709, de 4 de julio) indica que debe presentar un fácil acceso; Galicia: LOF Galicia art. 36; La Rioja: LOF La Rioja art. 18; País Vasco: LOF País Vasco art. 30; Comunidad Valenciana: D 94/2010 art. 4.3

comunicación interna (Castilla y León, Galicia, La Rioja y País Vasco) o, interna y externa (Aragón y Comunidad Valenciana). Se concretan también en Aragón que estos espacios deben ser limpios y en la Comunidad Valenciana «independientes de zonas de producción y gestión de residuos peligrosos» (art.4.1 D 94/2010).

Conviene organizar el espacio disponible en áreas de trabajo que faciliten el cumplimiento de las tareas del farmacéutico.

Las áreas que se necesiten vendrán determinadas por las funciones que cada autonomía exija y por el tipo de servicio farmacéutico.

De una manera general, las áreas son:

- De revisión, confirmación y colocación de pedidos
- Conservación (corresponde a los almacenes)
- Preparación de sistemas personalizados de dosificación (si se emplean)
- Dispensación de medicamentos en formato habitual o de unidosis. (En algunos hospitales se están implantando sistemas automáticos o semiautomáticos de dispensación de medicamentos que permiten realizar la unidosis de un modo más eficaz. En el caso de que se extendiese su uso a los servicios farmacéuticos sociosanitarios debería tenerse en cuenta para su ubicación). (Este aspecto se revisa en la epígrafe 2.5.6. Capítulo IV)
- Farmacotecnia: para la preparación de fórmulas magistrales y preparados oficinales
- Centro de información de medicamentos (con biblioteca y base de datos informática) que permita la posibilidad de reuniones profesionales
- Zona administrativa

En función del espacio destinado, el volumen de trabajo y las funciones asignadas puede emplearse un mismo espacio para diferentes tareas.

Si el volumen de trabajo lo aconseja se pueden diferenciar distintos tipos de zonas de almacenamiento:

- condiciones especiales (termolábiles y estupefacientes, cuya ubicación siempre es en nevera o cámara y bajo llave respectivamente y gases medicinales)

- envases convencionales
- productos de gran volumen (productos sanitarios, nutrición artificial)
- medicamentos en investigación en caso de que estén autorizados ensayos clínicos
- productos caducados o para devolución.

Solo cuatro autonomías precisan con qué tipo de almacenes y áreas de trabajo deben contar sus servicios. Los SF de Baleares y los DM de Aragón deben tener almacén de medicamentos, almacenes para medicamentos especiales (armario o caja de seguridad para estupefacientes en los DM de Aragón), área de dispensación y zona administrativa⁴¹⁸. En la Comunidad Valenciana ⁴¹⁹ todos los servicios deben disponer de almacén general, áreas de recepción de medicamentos, de dispensación y administrativa. Los SF disponen también de:

- almacenes para productos sanitarios
- almacén de medicamentos especiales (termolábiles, estupefacientes, inflamables, gases medicinales y otros)
- laboratorio de farmacotecnia y análisis y control de medicamentos

Los DM y botiquines solo requieren – además de las áreas generales comentadas – un frigorífico para termolábiles y armario para estupefacientes ya que las actividades de farmacotecnia y análisis y control de medicamentos se realizan en el laboratorio del SF u OF a que estén vinculados.

En los SF de Cataluña se indican las mismas áreas que en la Comunidad Valenciana salvo los almacenes para productos sanitarios y se añade

⁴¹⁸ Aragón: Decreto 286/2003, de 18 de noviembre, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Farmacia Hospitalaria y los depósitos de medicamentos art. 18 (BOA núm. 144, de 1 de diciembre); Baleares: D 39/2003 art. 18.

⁴¹⁹ Comunidad Valenciana: D 94/2010 art. 4. En esta comunidad autónoma se ha previsto que, salvo acuerdo entre las partes, sean los titulares de los DM y botiquines de los centros sociosanitarios quienes corran con los costes de adaptación, mantenimiento, espacios e instalaciones (art. 4.7).

un centro de información de medicamentos y biblioteca⁴²⁰. Aunque en Cataluña no se determinan las áreas de los DM, sí se indica que su superficie debe permitir desarrollar como mínimo las funciones de dispensación, gestión e información del medicamento y disponer de los almacenes generales y especiales pertinentes⁴²¹.

En el País Vasco la determinación de áreas de trabajo se hará conforme a desarrollo reglamentario⁴²².

Andalucía, Asturias, Canarias, Cantabria, Castilla-La Mancha, Extremadura, Madrid y Navarra no se pronuncian sobre asuntos relacionados con las instalaciones.

2.3.2 Equipamiento, mobiliario, utillaje, material y bibliografía

Como cualquier otro tipo de empresa o industria, se requiere cierto equipamiento y material para el correcto funcionamiento del servicio. En este apartado se incluyen ordenadores, conexiones a internet, teléfono y demás material de oficina.

El mobiliario debe ser accesible y de fácil limpieza.

Un elemento que puede incluirse es el SADME (Sistema Automático de Dispensación de Medicamentos) que permite almacenar y llevar el seguimiento del inventario (*Figura 5*⁴²³). El valor añadido de esta herramienta es el seguimiento sobre la situación y farmacoterapia global del paciente⁴²⁴. Este tipo de aparatos se emplean principalmente en hospitales, pero pueden resultar muy prácticos en centros con muchos usuarios.

Debe disponerse asimismo del utillaje específico de laboratorio. El equipamiento y material se aborda en las normas de Aragón, Baleares, Castilla-León, Cataluña, La Rioja y Comunidad Valenciana que indican

⁴²⁰ Orden de 10 de junio 1986, por la que se regulan los Depósitos de Medicamentos en los Centros Hospitalarios art. 1.2 (DOGC núm. 709, de 4 de julio)

⁴²¹ Cataluña: Orden de 10 de junio 1986, por la que se regulan los Depósitos de Medicamentos en los Centros Hospitalarios art. 8 (DOGC núm. 709, de 4 de julio)

⁴²² País Vasco: LOF País Vasco art. 30

⁴²³ HERNÁNDEZ SANSALVADOR M y POVEDA ANDRÉS JL. Sistemas automáticos de dispensación de medicamentos [Internet] Barcelona: SEFH; 2001 [acceso 1 de abril de 2014]: pág. 7. Disponible en: www.combino-pharm.es/upload/publicaciones/dispensacion.pdf

⁴²⁴ *Ibidem*.

que debe ser el adecuado⁴²⁵. La Rioja y Comunidad Valenciana comentan la necesidad de disponer de mobiliario, utillaje y bibliografía suficiente para desempeñar correctamente las funciones que les son asignadas; y Baleares solo precisa la necesidad de bibliografía. El resto de autonomías no hacen indicación.

Como se ha visto en el apartado sobre autorización de servicios farmacéuticos sociosanitarios, adjunto a la solicitud de autorización debe aportarse documentación con información sobre las instalaciones y recursos materiales y técnicos⁴²⁶.

2.4 Recursos humanos

La planificación de los recursos humanos así como el tiempo de dedicación es fundamental para procurar un adecuado servicio a los usuarios. En relación con este asunto Cantabria y Murcia⁴²⁷ apuntan un futuro desarrollo reglamentario y Cataluña, Galicia, La Rioja y País Vasco⁴²⁸ anuncian que este desarrollo se determinará atendiendo al tipo de centro y volumen de actividad. Solo dos autonomías han definido el número de farmacéuticos precisos y lo hacen atendiendo al número de usuarios. La primera fue Aragón que en 1999 dispuso la existencia de un farmacéutico más por cada cien camas adicionales con que cuente el centro⁴²⁹.

La segunda, Comunidad Valenciana, en 2010, establece la dotación de farmacéuticos asignando un determinado tiempo de dedicación al mes para cada residente (treinta minutos por residente y mes)⁴³⁰. Dedicación

⁴²⁵ Aragón: LOF Aragón art. 37; Baleares: D 39/2003 art. 18; Castilla y León: LOF Castilla y León arts. 46 y 48; Cataluña: Orden de 10 de junio 1986, por la que se regulan los Depósitos de Medicamentos en los Centros Hospitalarios art.8 (DOGC núm. 709, de 4 de julio); La Rioja: LOF La Rioja art. 18 y Comunidad Valenciana: D 94/2010 art. 4

⁴²⁶ Aragón: Decreto 286/2003, de 18 de noviembre, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Farmacia Hospitalaria y los depósitos de medicamentos art. 10.1.b (BOA núm. 144, de 1 de diciembre); Baleares: D 39/2003 art. 10.2.c

⁴²⁷ LOF Cantabria art. 37.3; LOF Murcia art. 36.3

⁴²⁸ LOF Cataluña art. 12.4, LOF Galicia art. 34.2, LOF La Rioja art. 17.2, LOF País Vasco art. 28.4

⁴²⁹ LOF Aragón art.33.2

⁴³⁰ D 94/2010 art.6.3

que, como en la OF y otros servicios farmacéuticos, está sujeta al régimen de incompatibilidades previsto en la legislación vigente⁴³¹.

Al comparar lo dispuesto por ambas autonomías se observa que el planteamiento aragonés requiere un mayor número de farmacéuticos por cama (un farmacéutico para 100 pacientes frente a aproximadamente 320 pacientes en Valencia⁴³²), aunque debe tenerse en cuenta que no se especifica el tiempo de dedicación por paciente y que en Valencia se precisa también la dedicación de un auxiliar.

Otro asunto a destacar en los servicios farmacéuticos es la *titulación* exigida al farmacéutico responsable. Cada autonomía ha determinado, como puede verse en las *Figuras 6 y 7* si es necesario el requisito de la especialidad en Farmacia Hospitalaria o no. Se pueden apreciar seis posturas⁴³³:

⁴³¹ D 94/2010 art.6.3; LOF Valencia art. 7; LGURM art.3

⁴³² Según lo dispuesto en Valencia, 30 minutos de dedicación de farmacéutico por paciente y mes, con un horario de 40 horas semanales equivaldría a 80 pacientes por semana y 320 pacientes mes. Para Aragón se ha supuesto también una dedicación de 40 horas semanales para cada 100 pacientes.

⁴³³ Andalucía: LOF Andalucía art. 55.5; Aragón: LOF Aragón arts. 33.2 y 35.4, Decreto 286/2003, de 18 de noviembre, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Farmacia Hospitalaria y los depósitos de medicamentos art.8.1 (BOA núm. 144, de 1 de diciembre), Asturias: LOF Asturias art. 52.3; Baleares: Inicialmente en la LOF Baleares art. 52.1 se indicaba que el responsable de un servicio farmacéutico debía ser farmacéutico. No obstante, posteriormente se indica que el responsable de los servicios farmacéuticos será siempre especialista (D 39/2003 art. 17.3). A lo cual debe matizarse que dado que como el DM puede estar vinculado a OF (art. 20.2), se interpreta que será farmacéutico sin especialidad. También se indica que debe ser farmacéutico en LOF Baleares art. 52.1); Canarias: LOF Canarias art. 63.2; Cantabria: LOF Cantabria art. 37.3; Castilla-La Mancha: LOF Castilla-La Mancha art. 62; Castilla y León: en art. 48.2 de LOF Castilla y León se da a los servicios farmacéuticos la consideración prevista para los de carácter hospitalario de forma que el farmacéutico en SF debe ser especialista y en DM no es necesaria la especialidad (LOF Castilla y León arts. 44.3 y 45); Cataluña: LOF Cataluña arts. 12.4, 12.6 y 12.9; Extremadura: LOF Extremadura art. 59.1; Galicia: LOF Galicia arts. 34.3 y 35.1; La Rioja: LOF La Rioja arts. 17.1 y 17.3; Madrid: LOF Madrid arts. 54.3; Murcia: la redacción vigente hasta finales de 2010 vinculaba el SF a la OF más próxima de la zona farmacéutica del centro en las condiciones en que se desarrollase. Por lo tanto, se podía interpretar que no se requería la especialidad de Farmacia Hospitalaria. Sin embargo, la Ley 3/2010, de 27 de diciembre, de modificación de la regulación de algunos de los tributos propios de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (BORM núm. 301, de 31 de

1. Andalucía, Asturias⁴³⁴, Canarias y Madrid impulsan la profesión del farmacéutico sin especialidad en todos sus servicios farmacéuticos⁴³⁵.
2. Otras CCAA han optado porque el responsable del SF sea farmacéutico especialista en Farmacia Hospitalaria, pero no en el caso de los DM (Aragón, Baleares, Cantabria, La Rioja, Navarra y País Vasco).
3. El responsable de SF en Castilla y León⁴³⁶, Cataluña, Extremadura y Galicia debe ser especialista. En sus DM puede ser especialista o no en función de su vinculación (SF/DM). En el caso de Galicia, el responsable del DM vinculado a SF es el jefe de servicio⁴³⁷. En Cataluña⁴³⁸ se exige, además, que tenga experiencia y se indica que el farmacéutico que preste sus servicios en el DM será corresponsable junto con el farmacéutico titular de la OF o el jefe de servicio del SFH a que esté vinculado. La responsabilidad conjunta se indica también en Cantabria⁴³⁹. En Galicia y Extremadura, en aquellos casos en que la vinculación sea a OF,

diciembre) modifica el apartado 4.c del artículo 36 eliminando este tipo de vinculación, por lo que se requiere especialista en SF sociosanitario como dispone el art.36.3, art.36.4.c) y 38.4 LOF Murcia; Navarra: art.37.2 y 39 LOF Navarra; País Vasco: arts. 28.2 y 29.1 LOF País Vasco; Comunidad Valenciana: D 94/2010 art. 6.3

⁴³⁴ La Ley 1/2007, de 16 marzo, de Atención y Ordenación Farmacéutica del Principado de Asturias (BOPA núm. 72, de 27 de marzo), en adelante LOF Asturias, deroga el requisito establecido por la Ley 1/2003, de 24 febrero de Servicios Sociales (disposición adicional Ley 1/2003, de 24 de febrero, de Servicios Sociales del Principado de Asturias (BOE núm. 86, de 10 de abril)) de disponer de la especialidad de Farmacia Hospitalaria en SF y DM, pasando a requerirse un farmacéutico.

⁴³⁵ Andalucía: LOF Andalucía arts. 50.1 y 55.5; Asturias: LOF Asturias art. 52.3; Baleares: LOF Baleares arts. 52.1 y 52.3; Canarias: LOF Canarias art. 63.2; Madrid: LOF Madrid art. 54.3

⁴³⁶ Al darse la consideración de hospital a los servicios farmacéuticos sociosanitarios, se asume la misma formación que la exigida en los SF y DM de hospital.

⁴³⁷ Ley 12/2011, de 26 de diciembre, de medidas fiscales y administrativas art.29.3 (BOE núm. 23, de 27 de enero de 2012)

⁴³⁸ LOF Cataluña art. 12.7

⁴³⁹ LOF Cantabria art. 38.4.f

el responsable es un farmacéutico y un farmacéutico especialista cuando se vincule a SFH⁴⁴⁰.

4. Murcia solo concreta un farmacéutico ⁴⁴¹ en DM.
5. Castilla-la Mancha no determina nada.
6. El planteamiento valenciano combina las dos posibilidades en todos sus servicios farmacéuticos: opta por el especialista en los centros de titularidad pública y sin especialidad en los privados⁴⁴².

Respecto al resto de personal que se pueda requerir en los SF sociosanitarios está pendiente de reglamentación en Aragón, Cantabria, Galicia, La Rioja y Murcia. Concretamente en La Rioja se alude al personal auxiliar, y en Aragón y Galicia tanto a auxiliares, como a ayudantes técnicos, administrativos y personal subalterno⁴⁴³. La normativa valenciana estipula, de modo similar a la asignación de farmacéuticos, un tiempo de dedicación mensual por paciente – quince minutos por residente y mes –.

La figura responsable del servicio farmacéutico y el tipo de servicio aplicado en cada c.s.s. responde a la perspectiva que cada autonomía tiene de cómo mejorar la atención farmacéutica. Aunque muchas opiniones son partidarias de que la única mejora es de tipo económico, la realidad es que el servicio que se ha venido dando, en general, en los últimos años, basado exclusivamente en el suministro de productos farmacéuticos desde la OF, es mejorable. Las autonomías, ante esta oportunidad de mejora están impulsando la incorporación de atención farmacéutica (control de la medicación, SFT, dispensación en dosis unitarias), la modalidad de suministro desde hospital o desde atención primaria.

Cada sector (farmacia comunitaria, hospitalaria y de atención primaria) defiende desde su experiencia el valor añadido que pueden aportar⁴⁴⁴. Parece que todos tienen en común los mismos objetivos⁴⁴⁵:

⁴⁴⁰ LOF Galicia arts. 34.1 y 35.2; LOF Extremadura art. 59.1

⁴⁴¹ Murcia: LOF Murcia art. 38.1; Andalucía: LOF Andalucía arts. 50.1 y 55.5; Asturias: LOF Asturias art. 52.3; Baleares: LOF Baleares arts. 52.1 y 52.3; Canarias: LOF Canarias art. 63.2; Madrid: LOF Madrid art.54.3

⁴⁴² D 94/2010 art. 1.4

⁴⁴³ Aragón: LOF Aragón art. 34.2; Galicia: LOF Galicia art.34.2

⁴⁴⁴ Desde hospital: minimizar el número de ingresos hospitalarios.

ACEDO F. Expertos demandan la implicación del farmacéutico hospitalario en el cuidado de los pacientes residentes en centros sociosanitarios. NOTICIAS DE SALUD [Internet] 28 de noviembre de 2008 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en:

<http://noticiadesalud.blogspot.com.es/2008/11/expertos-demandan-la-implicacin-del.html>

También se incide en la mejora mediante la adecuación del tratamiento al diagnóstico, la dosificación en ancianos, adecuación de la forma farmacéutica, valoración con el médico de los medicamentos de baja utilidad terapéutica, interacciones de medicamentos, valoración de los requerimientos nutricionales y monitorización de medicamentos de estrecho margen terapéutico y ajustes posológicos, detección de automedicación e incumplimiento terapéutico, control de la duración de los tratamientos, educación a pacientes en empleo de la medicación, revisión integral del tratamiento del paciente y posible aplicación de tratamientos de uso hospitalario (EPO, antirretrovirales).

PIÑEIRO VÁZQUEZ C. La Coordinación sociosanitaria y la Ley de Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. Buenas prácticas en la coordinación sociosanitaria [Internet] Santander: 7 de septiembre de 2010 [acceso 26 de mayo de 2012]. Disponible en: <http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/galicia.pdf>

Desde atención primaria: coordinación, consultor de médicos y enfermeros de residencia, formación de los cuidadores, recetas según guía farmacológica de AP, dispensación en dosis unitarias.

MORALES LUQUE D, MARTOS LÓPEZ E y GÓMEZ JIMÉNEZ L. Coordinación de los servicios de farmacia de atención primaria y los servicios sociosanitarios. En: TORRES BOUZA C, MATÁIX SANJUÁN A, MORALES SERNA JC. Manual de farmacia de atención primaria [monografía en Internet] Madrid: SEFAP; 2006 [acceso 1 de abril de 2014]: [607-615]. Disponible en:

http://www.sefap.org/media/upload/arxiu/area-conocimiento/SEFAP_Manual_complet.pdf

ZUZUÁRREGUI GIRONÉS MS et al. Residencias de ancianos: mayor coordinación, mejores resultados, más eficiencia. Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios [Internet] 2010 [acceso 1 de abril de 2014]; 11(3): [43-56]. Disponible en: <http://www.fundacionsigno.com/archivos/publicaciones/2011r%2010%203%20p43.pdf>

Desde OF: preparación de un catálogo de servicios para mayores por los farmacéuticos manchegos.

Los boticarios manchegos preparan un catálogo de servicios para mayores. PR SALUD [Internet] 30 de enero de 2008 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.prnoticias.com/index.php/salud/762-prsalud/20073581-los-boticarios-manchegos-preparan-un-catalogo-de-servicios-para-mayores>

Según la opinión de RAMÍREZ las residencias de mayores deben considerarse como el domicilio de las personas ingresadas, y consecuentemente debe

-mejorar la calidad, seguridad y eficacia de los tratamientos ejerciendo un control farmacéutico (mejor uso del medicamento, con menor incidencia de efectos adversos)

-reducir el gasto farmacéutico

-mejorar la adherencia al tratamiento mediante la dispensación en dosis unitarias

Un documento relevante que reclama la atención farmacéutica especializada es el denominado: "Atención farmacéutica especializada en c.s.s. y residencias asistidas" de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria⁴⁴⁶. En él se trata de justificar la necesidad de atención especializada a partir de unas funciones específicas del especialista diferenciadas de las generales impuestas por la normativa. Sin embargo, se desprende de su lectura que la mayor parte de estas funciones pueden ser realizadas por farmacéuticos sin especialidad (1, 2, 4, 5, 7.1, 7.2, 7.3, 7.4, 7.5, 7.7, 7.8, 8, 9, 10 y 13). Otras como las relacionadas con la monitorización farmacoterapéutica, la recomendación para revisar los niveles plasmáticos de digoxina y teofilina, el control de la nutrición

considerarse como atención primaria, por lo que sería la OF la que debería asumir tanto las funciones de suministro de medicamentos como la atención farmacéutica. Dejando al margen si esto es así, lo cierto es que como sostiene PERIS MARTÍ en la actualidad, *«la oficina de farmacia está orientada principalmente a la dispensación de los medicamentos al paciente ambulatorio»* y las necesidades del paciente institucionalizado obligan a modificar esta perspectiva hacia un servicio más clínico, hacia un pleno ejercicio de la atención farmacéutica.

RAMÍREZ R. Hacia una farmacia sociosanitaria. CORREO FARMACÉUTICO [periódico en Internet] 17 de marzo de 2008 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.correofarmaceutico.com/2008/03/17/al-dia/profesion/hacia-una-farmacia-sociosanitaria>

PERIS MARTÍ JF. Centros sociosanitarios y atención farmacéutica. CORREO FARMACÉUTICO [periódico en Internet] 4 de febrero de 2008 [acceso de 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.correofarmaceutico.com/2008/02/04/al-dia/profesion/centros-sociosanitarios-y-atencion-farmaceutica>

⁴⁴⁵ GALLARDO L. El servicio a residencias geriátricas se debate entre hospitales y oficinas de farmacia. EL GLOBAL.net [periódico en Internet] 7 de diciembre de 2008 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.elglobal.net/articulo.aspx?idart=392779&idcat=643&tipo=2>

⁴⁴⁶ SEFH. Atención farmacéutica especializada en centros sociosanitarios y residencias asistidas. [Internet] SEFH [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: www.sefh.es/normas/atencion.pdf

artificial y los estudios farmacoeconómicos, efectivamente resultan más características del ámbito hospitalario, pero no siempre exclusivas⁴⁴⁷.

2.4.1 Régimen de incompatibilidades

Para garantizar un ejercicio profesional libre de conflictos de intereses todos los integrantes de los servicios farmacéuticos se hallan sujetos al régimen de incompatibilidades enunciado en la LGURM⁴⁴⁸:

- con cualquier clase de intereses económicos directos de los laboratorios
- con el ejercicio clínico de la medicina, odontología y veterinaria y el establecido para las actividades públicas
- con las funciones de delegados de visita médica, representantes, comisionistas o agentes informadores de los laboratorios farmacéuticos
- con la pertenencia a comités de la AEMPS, comités éticos de investigación clínica y comités u órganos asesores o consultivos de las Administraciones sanitarias de las CCAA

Las autonomías se refieren también en sus leyes de farmacia al régimen de incompatibilidades⁴⁴⁹.

⁴⁴⁷ Por ejemplo un estudio hecho en farmacias comunitarias de Barcelona, propone realizar una prueba de creatinina en determinados pacientes a modo de cribado para conocer si los pacientes tienen algún tipo de insuficiencia renal, lo cual debe tenerse en cuenta sobre todo con algunos medicamentos para evitar su acumulación y toxicidad, ya que generalmente el médico solo valora los pacientes con insuficiencia crónica grave.

GUILLÉN VALERA J. Cribar el deterioro de la función renal, un servicio de AF muy eficaz [periódico en Internet] 27 de septiembre de 2010 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.correofarmaceutico.com/2010/09/27/aldia/entorno/cribar-el-deterioro-de-la-funcion-renal-un-servicio-de-af-muy-eficaz>

⁴⁴⁸ LGURM art. 3. La LGURM se refiere de modo general a las profesiones

⁴⁴⁹ Andalucía: LOF Andalucía arts. 7.f y 70; Aragón: LOF Aragón art. 47, Decreto 286/2003, de 18 de noviembre, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Farmacia Hospitalaria y los depósitos de medicamentos art. 10.1 (BOA núm. 144, de 1 de diciembre); Asturias: LOF Asturias art. 7; Baleares: LOF Baleares art. 67; Canarias: LOF Canarias art. 77; Cantabria: LOF Cantabria art.14; Castilla-La Mancha: LOF Castilla-La Mancha art. 80; Castilla y León: LOF Castilla y León art. 62; Cataluña: LOF Cataluña art. 18; Extremadura: LOF Extremadura art. 9; Galicia: LOF Galicia art. 51; La Rioja: LOF La Rioja art. 22; Madrid: LOF Madrid art. 57; Murcia: LOF Murcia art. 47; Navarra: LOF

En varias LOF autonómicas se puntualiza que la incompatibilidad del ejercicio en OF con el ejercicio en otros servicios farmacéuticos excluye a DM y botiquines. En Madrid, sin embargo, solo se excluye de la incompatibilidad a botiquines⁴⁵⁰. La excepción a las incompatibilidades es obvia ya que este tipo de servicios farmacéuticos siempre están vinculados a SF u OF.

También se incorpora a las incompatibilidades toda actividad que impida la presencia física en el horario de atención al público – salvo en el caso de farmacéuticos contratados a tiempo parcial – y como indica Castilla-La Mancha, en los turnos de servicio de urgencia⁴⁵¹.

Para la autorización de los servicios farmacéuticos, algunas autonomías incluyen ya entre la documentación a aportar la declaración de no incompatibilidad como es el caso de Aragón⁴⁵².

2.4.2 Régimen de funcionamiento de los servicios

La adecuada ejecución de las funciones de los servicios farmacéuticos pasa por el cumplimiento de una serie de requisitos. Entre ellos la presencia física del farmacéutico que es fundamental ya que es el responsable del servicio y quien debe garantizar la calidad, continuidad y cobertura de las necesidades de los usuarios. Solamente Canarias está pendiente de reglamentación respecto al régimen de funcionamiento de los servicios farmacéuticos, y Asturias y Castilla-La Mancha no aluden a esta cuestión. El requisito de la *presencia física del farmacéutico*, es común a los servicios farmacéuticos de la mayor parte de las autonomías. Únicamente Cataluña y Navarra, lo indican solo para sus SF y Andalucía, Canarias, Extremadura y Galicia no hacen referencia a este asunto⁴⁵³.

Navarra art.9; País Vasco: art. 40; Comunidad Valenciana: D 94/2010 art. 6.3, LOF Valencia art. 7

⁴⁵⁰ LOF Madrid arts. 57.1.a y 57.2

⁴⁵¹ LOF Castilla-La Mancha art.80.c

⁴⁵² Decreto 286/2003, de 18 de noviembre, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Farmacia Hospitalaria y los depósitos de medicamentos art.10.1.a (BOA núm. 144, de 1 de diciembre)

⁴⁵³ Andalucía: LOF Andalucía art. 50; Aragón: LOF Aragón art. 38; Asturias: LOF Asturias art. 67; Baleares: D 39/2003 art. 17; Canarias: LOF Canarias; Cantabria: LOF Cantabria art. 40; Castilla-La Mancha: LOF Castilla-La Mancha art. 86.c; Castilla y León: LOF Castilla y León art. 44.5; Cataluña: LOF Cataluña art. 12.10; Extremadura: LOF Extremadura arts. 52 y 53; Galicia: LOF Galicia arts. 32 al 35; La

Otro punto importante es la disponibilidad de los medicamentos durante el horario de funcionamiento del servicio y cuando éste permanece cerrado. Para ello, se otorga la responsabilidad de éste suministro a un determinado personal establecido previamente.

Lo exigen todas las autonomías para todos sus servicios a excepción de Galicia que lo obliga sólo en sus DM y Asturias, Canarias, Castilla-La Mancha, Extremadura y Madrid que no hacen indicación para sus servicios farmacéuticos. En la Comunidad Valenciana, para asegurar la cobertura de necesidades de los centros con DM y botiquines se establece que deben asegurar un sistema de dispensación de urgencia fuera del horario de éstos⁴⁵⁴. Se trata concretamente de un carrito con la medicación de urgencia y más habitual, similar al de los hospitales.

En La Rioja y Comunidad Valenciana se dispone, además, que la dirección del centro y el farmacéutico responsable deben determinar el personal que se hará responsable fuera del horario de funcionamiento. En Aragón lo decide únicamente la dirección del centro.

Aragón y Comunidad Valenciana cuentan con una normativa más desarrollada que el resto de autonomías y añaden a sus requisitos la elaboración de un documento interno, en el primer caso sobre control y distribución de medicamentos por el personal sanitario, y en el segundo sobre conservación, accesibilidad, disponibilidad y reposición de los medicamentos (particularmente los especiales).

La norma valenciana añade un apartado que aporta una garantía de calidad para la manipulación de la medicación, ya que en caso de

Rioja: LOF La Rioja art. 17.3; Madrid: LOF Madrid art.54.3; Murcia: LOF Murcia art.40; Navarra: LOF Navarra; País Vasco: LOF País Vasco arts. 28.4 y 29.2; Comunidad valenciana: D 94/2010 art. 6.2

⁴⁵⁴ Andalucía: LOF Andalucía art. 50.2; Aragón: LOF Aragón art. 38; Asturias: LOF Asturias art. 52; Baleares: LOF Baleares art. 57 y D 39/2003 art. 17; Canarias: LOF Canarias art. 63.4; Cantabria: LOF Cantabria art. 40; Castilla-La Mancha: LOF Castilla-La Mancha art. 62; Castilla y León: LOF Castilla y León art. 44.5; Cataluña: LOF Cataluña art. 12.10; Extremadura: LOF Extremadura arts. 58.3 y 60 remiten a funciones de hospital, pero no indican nada sobre el régimen de funcionamiento; Galicia: LOF Galicia: SF: art. 32.3 DM: art. 35.2.f; La Rioja: LOF La Rioja art. 17.3; Madrid: LOF Madrid art. 54.3; Murcia: LOF Murcia art.40; Navarra: LOF Navarra art.37; País Vasco: LOF País Vasco arts. 28.4 y 29.2, Comunidad Valenciana: D 94/2010 art. 6.4

fraccionamiento de envases (normales o clínicos) se obliga a etiquetar correctamente las entregas parciales o fracciones⁴⁵⁵.

Se debe mantener el protocolo de que toda dispensación debe ir precedida de su correspondiente petición a través de receta médica.

Por último, el correcto desarrollo de las funciones de los distintos profesionales que trabajan en el centro obliga a establecer un régimen de trabajo en el que prevalezca la coordinación.

Para que el conjunto del servicio desempeñe sus funciones correctamente es precisa la coordinación de sus profesionales a la cual se hace referencia en varias autonomías. Pero merece especial mención el planteamiento de tres de ellas⁴⁵⁶:

1. En Andalucía, la coordinación de los SF de centros públicos con SF de hospitales públicos es llevada a cabo por SFH del Sistema Sanitario Público según lo dispuesto en acuerdos. En el caso de los servicios farmacéuticos de centros privados se hace mediante convenios entre los centros y el órgano competente en gestión de la prestación farmacéutica del Sistema Sanitario Público de la autonomía.

2. En Extremadura, se insta a los servicios a integrarse con otras actividades del centro.

3. En la Comunidad Valenciana, con una perspectiva más amplia, se propone la coordinación de las actividades relacionadas con la atención farmacéutica sociosanitaria mediante el trabajo conjunto de la dirección médica y los servicios farmacéuticos del área de salud. Se realiza a través de las Comisiones de Uso Racional del Medicamento de los Departamentos de Salud, manteniendo reuniones periódicas con enfermeros, médicos y farmacéuticos de c.s.s., con el objetivo de monitorizar el funcionamiento de los procedimientos y programas establecidos.

2.5 Funciones del farmacéutico en los Servicios Farmacéuticos

Durante el ejercicio profesional diario del farmacéutico sociosanitario, éste debe desarrollar como mínimo una serie de funciones que vienen recogidas en las LOF de cada autonomía. Las normas más antiguas corresponden a la década de los noventa. Aunque han sufrido modificaciones y desarrollos relacionados con algunos artículos, la

⁴⁵⁵ D 94/2010 art. 6.6

⁴⁵⁶ Andalucía: LOF Andalucía arts. 55.3 y 55.4; Extremadura: LOF Extremadura art. 58.3, Comunidad Valenciana: D 94/2010 art.16

prestación farmacéutica en los c.s.s. no se caracteriza por ser el asunto más actualizado. Su análisis permite observar que diez autonomías comparten exactamente las mismas funciones que se desarrollan en los hospitales⁴⁵⁷ de su región (Aragón, Cantabria, Castilla y León, Cataluña, Extremadura, Galicia, La Rioja, Murcia, Navarra y País Vasco) y cuatro relacionan un listado de funciones propias para el ejercicio en c.s.s. (Balears y Comunidad Valenciana⁴⁵⁸ en 1998, Canarias en 2005 y Asturias en 2007) (*Tabla 31*⁴⁵⁹).

Por su parte Castilla-La Mancha indica que se determinará reglamentariamente la forma en que debe desarrollarse la asistencia farmacéutica, Madrid no concreta nada y Andalucía prevé, como se ha indicado antes, una coordinación entre los SF sociosanitarios de centros públicos y los SFH del Sistema Sanitario Público que debe hacerse efectiva mediante acuerdos (art. 55.3 LOF Andalucía); en los centros de titularidad privada se llevaría a cabo mediante convenios entre éstos y el Servicio Andaluz de Salud en la gestión de la prestación farmacéutica del Sistema Sanitario Público de Andalucía (art. 55.4 LOF

⁴⁵⁷ Las funciones que deben realizarse en los servicios o unidades de farmacia de los hospitales son enumeradas en la LGURM. Las CCAA han regulado las funciones a desarrollar en los hospitales de sus respectivos territorios en base al modelo estatal. Norma que se tiene como referencia también para la asistencia en c.s.s. (LGURM).

⁴⁵⁸ Los artículos 48 y 49 de la LOF Valencia original han sido modificados en 2004, 2008 y 2009 y desarrollados por el D 94/2010. En él permanecen prácticamente inalteradas las funciones existentes desde 2008 y solo se eliminan los apartados b) y e) relacionados con la investigación y el c) sobre estudios de utilización de medicamentos y actividades de farmacocinética.

LOF Valencia, Ley 12/2004, de 27 diciembre, de Medidas Fiscales, de Gestión Administrativa y Financiera, y de Organización de la Generalitat Valenciana (BOE núm. 38, de 14 de febrero de 2005), Ley 1/2008, de 17 abril, de la Generalitat, de Garantías de Suministro de Medicamentos de Comunidad Valenciana (DOCV núm. 5.749, de 24 de abril), Ley 12/2009, de 23 diciembre, de Medidas Fiscales, de Gestión Administrativa y Financiera y de Organización de la Generalitat (BOE núm. 24, de 28 de enero de 2010)

⁴⁵⁹ Andalucía: LOF Andalucía arts. 55.3 y 55.4; Aragón: LOF Aragón arts. 34 y 36; Asturias: LOF Asturias art. 53; Balears: LOF Balears art. 52.1; Canarias: LOF Canarias art. 63.2; Cantabria: LOF Cantabria art. 37.5 y 38.4; Castilla-La Mancha: LOF Castilla-La Mancha art. 62; Castilla y León: LOF Castilla y León arts. 48.2 y 44; Cataluña: LOF Cataluña art. 12.3; Extremadura: LOF Extremadura arts. 58.3, 50, 60, 53; Galicia: LOF Galicia art. 32; La Rioja: LOF La Rioja art. 15; Madrid: LOF Madrid art.54; Murcia: LOF Murcia art. 37; Navarra: LOF Navarra arts. 36 y 39; País Vasco: LOF País Vasco arts. 28 y 29.3; Comunidad valenciana: D 94/2010 art. 3

Andalucía). Sin embargo, de momento, no existe un acuerdo oficial, sino acuerdos privados entre residencia y OF⁴⁶⁰.

Cabe comentar, también, que si bien es cierto que algunas funciones no vienen puntualizadas en el articulado de las LOF, se trata de funciones que vienen obligadas por otras normativas que se hallan en la legislación vigente respecto al tema de atención farmacéutica⁴⁶¹.

En el desarrollo de este y los siguientes apartados se mencionan reiteradamente los medicamentos (con carácter general), medicamentos especiales y productos sanitarios. El diferente tratamiento que se les da en las distintas funciones y modo de facturación invitan a revisar las definiciones de la LGURM⁴⁶².

Aunque en algunas autonomías no se especifica, entre las funciones del farmacéutico de servicios sociosanitarios se halla el control de los medicamentos. Al hablar de medicamento, según la LGURM se abarca tanto al medicamento elaborado industrialmente como medicamentos especiales del tipo gases medicinales, psicótrópos y estupefacientes y los que se hallan en fase de investigación. Obviamente, estos últimos no deben tenerse en cuenta en los servicios farmacéuticos vinculados a OF ya que ésta no participa en los ensayos clínicos de medicamentos.

⁴⁶⁰ CEOFA, op.cit., 50

⁴⁶¹ Debe entenderse aquí, la "Atención farmacéutica" en el sentido definido por ejemplo en el art.2 LOF Cantabria.

⁴⁶² LGURM exposición de motivos y arts. 7.1, 7.2 y 8.I

Merece una especial mención la clasificación de los absorbentes de incontinencia de orina. Según denuncia un Informe de ADEFARMA y FENOFAR (Federación Nacional de Oficinas de Farmacia) existe una falta de definición de los mismos. La Ley de la Seguridad Social los define como "efectos o accesorios" y la LGURM como productos sanitarios, pero en reiteradas ocasiones la jurisprudencia no los incluye como productos sanitarios. Este informe sostiene que *«esta indefinición perjudica doblemente a las farmacias, ya que la jurisprudencia ha dado por sentado que los absorbentes de incontinencia no son productos de venta exclusiva en OF, mientras la Administración obliga a las OF a suministrarlos sin margen suficiente para las farmacias cuando se prescriben o se indican en receta oficial del SNS»*. (Véase la STS de 19 de julio de 2004)

ADEFARMA Y FENOFAR, op. cit.

STS de 12 de marzo de 2008

Recurso de Casación 2897/2005. Ponente: Excmo. Sr. D. Santiago Martínez-Vares García

2.5.1 Fórmulas magistrales, preparados oficinales y medicamentos especiales.

La LGURM incluye entre las funciones que deben desarrollarse en los hospitales, la preparación de fórmulas magistrales y preparados oficinales (art. 82.2.a). La misma función en OF viene contemplada en la Ley de Servicios de OF (art. 1.4).

Pueden elaborar fórmulas magistrales y preparados oficinales aquellas farmacias y servicios de farmacia que dispongan de los medios necesarios⁴⁶³, siguiendo las normas de correcta elaboración y control de calidad. Excepcionalmente, cuando no se disponga de los medios necesarios, pueden solicitarlos a una entidad debidamente autorizada⁴⁶⁴. Estas normas fueron definidas por Real Decreto que cada autonomía ha aplicado atendiendo también a decretos propios que establecen los procedimientos de acreditación de oficinas y servicios de farmacia.

En lo que respecta a la prestación farmacéutica sociosanitaria, casi todas las autonomías asignan la responsabilidad de la preparación y dispensación de fórmulas magistrales y preparados oficinales exclusivamente a los SF sociosanitarios (*Tabla 32*). Es el caso de Cantabria, Castilla y León, Cataluña, Extremadura, Galicia, La Rioja, Murcia y Navarra. Solo Aragón, Asturias, País Vasco y Comunidad Valenciana lo asignan a SF y DM. Valencia también a los botiquines sociosanitarios⁴⁶⁵.

Para cumplir adecuadamente con las misiones de asistencia e investigación, La Rioja determina el establecimiento de un departamento de Farmacotecnia dentro del SF en el cual se elaborarán las fórmulas magistrales y preparados oficinales (art. 15.1.i LOF La Rioja).

Aragón es la única que añade también la actividad de elaborar un formulario y contempla *«la preparación de aquellos medicamentos que, por sus especiales características de complejidad, toxicológicas,*

⁴⁶³ Real Decreto 175/2001, de 23 de febrero, por el que se aprueban las normas de correcta elaboración y control de calidad de fórmulas magistrales y preparados oficinales (BOE núm. 65, de 16 de marzo)

⁴⁶⁴ LGURM arts. 42.1, 42.2 y 42.3

⁴⁶⁵ Tal como se comentó en el apartado de áreas de trabajo en los servicios farmacéuticos, la elaboración de FM solicitadas a los DM y botiquines sociosanitarios de la Comunidad Valenciana se lleva a cabo en el SF u OF a que estén vinculados.

esterilidad u otras semejantes, deban ser manipulados con especial precaución» (art.34.2 LOF Aragón).

Llama la atención que en las funciones que indican Extremadura y País Vasco se alude a la elaboración y dispensación de tratamientos extrahospitalarios que requieran una particular vigilancia, supervisión y control (Extremadura: LOF Extremadura art. 58.3 y 50.C.b; País Vasco: LOF País Vasco art. 28.1.b y art. 29.3).

Respecto a los Medicamentos de Especial Control, si se atiende a lo que indican Santos y Pérez, en el caso de hospital, quedan englobados en este apartado los medicamentos de uso restringido, medicamentos extranjeros, de uso compasivo, de especial control médico, de dispensación hospitalaria para pacientes ambulatorios y estupefacientes y psicótrpos⁴⁶⁶. Estos últimos, sin embargo, se tratarán posteriormente, ya que las LOF los consideran de forma independiente a los medicamentos de especial control.

Algunas autonomías determinan las tareas relacionadas con los medicamentos de especial control. En los DM de Cantabria, Cataluña y Murcia se exige garantizar la correcta conservación, custodia y dispensación de aquellos medicamentos que exijan una especial vigilancia, supervisión y control por parte del equipo multidisciplinar de atención a la salud.

Otras autonomías añaden las funciones de adquisición, calidad y cobertura de necesidades. Caso de los SF y DM de las autonomías de Aragón, Cataluña y País Vasco y los SF de Murcia.

En los DM de Extremadura, además, se debe garantizar y asumir la responsabilidad técnica del suministro y distribución de estos medicamentos.

En Castilla y León se menciona la dispensación y control de medicamentos de uso hospitalario prescritos para pacientes ambulatorios (art. 44.1.f LOF Castilla y León). Al igual que en Aragón, Extremadura y País Vasco que tratan de medicamentos para tratamientos extrahospitalarios (Aragón: art. 34.1 LOF Aragón; País Vasco: art. 28.1.b y art. 29.3 LOF País Vasco). Extremadura añade los que

⁴⁶⁶ SANTOS B y PÉREZ I. Dispensación de medicamentos de especial control. En: GAMUNDI PLANAS MC. Farmacia Hospitalaria. Tomo I [monografía en Internet] 3ª ed. SEFH; 2002 [acceso 1 de abril de 2014]; [415-448]. Disponible en: <http://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo1/cap2612.pdf>

correspondan para la atención farmacéutica de los distintos centros que puedan estar vinculados al servicio (LOF Extremadura art.50.A.a).

Aunque en Galicia sólo se nombra el control para FM y PO en SF, en la práctica funcionan como un SFH. Como tal, suministran los medicamentos de uso hospitalario y el farmacéutico hospitalario actúa como consultor farmacoterapéutico en los 2 o 3 días por semana que acude al centro. En los SF de este tipo de centros destaca el hecho de que *«la utilización de fármacos de uso hospitalario minimiza considerablemente el número de ingresos hospitalarios, además de facilitar el seguimiento del paciente por parte del equipo interdisciplinar de atención primaria»*⁴⁶⁷.

Valencia se refiere de un modo general a aquellos medicamentos precisos para las actividades propias de los SF, DM y botiquines sociosanitarios.

Como este tipo de medicamentos están sujetos a normativa específica, Asturias (DM), Castilla y León (SF), La Rioja (SF y DM), Navarra (SF), País Vasco (SF y DM) y Valencia inciden en el cumplimiento de la legislación existente al respecto.

En la *Tabla 32*⁴⁶⁸ se aprecia en qué servicios farmacéuticos y qué CCAA tratan sobre los medicamentos de especial control.

En cuanto a psicótopos y estupefacientes, sus especiales características obligan a seguir un riguroso control. Estas condiciones administrativas junto a la idiosincrasia de estos medicamentos han propiciado históricamente cierto reparo en el uso y la prescripción. A pesar de ello y gracias a numerosas iniciativas para la mejora del tratamiento del dolor, el consumo de opiáceos se ha visto incrementado⁴⁶⁹.

⁴⁶⁷ ACEDO, op. cit.

⁴⁶⁸ Andalucía: LOF Andalucía art. 55; Aragón: LOF Aragón art. 34.2 y 36.a; Asturias: LOF Asturias arts. 53.a, 53.b; Baleares: LOF Baleares art. 52; Canarias: LOF Canarias art. 63; Cantabria: LOF Cantabria art. 37.5.d, 38.4.a; Castilla-La Mancha: LOF Castilla-La Mancha art. 62; Castilla y León: LOF Castilla y León arts. 48.2, 44.1.d, 44.1.f; Cataluña: LOF Cataluña art. 12.3.a y 12.3.b; Extremadura: LOF Extremadura arts. 58.3, 50.1.A.a, 50.1.A.b, 50.1.C.b, 53; Galicia: LOF Galicia art. 32.4; La Rioja: LOF La Rioja arts. 15.1.i, 15.1.l, 15.2; Madrid: LOF Madrid art. 54; Murcia: LOF Murcia arts. 37.1, 37.11 y 38.4.a, 38.4.g; Navarra: LOF Navarra arts. 36.3, 36.5 y 39; País Vasco: LOF País Vasco arts. 28.1.b, 28.1.f y 29.3; Comunidad Valenciana: LOF Valencia arts. 49.1.a, 49.1.b y D 94/2010 art. 3.1.a

⁴⁶⁹ SANTOS B y PÉREZ I, op. cit., 416-417

La preocupación por la grave amenaza para la salud y el bienestar de las personas que supone el mal uso de estas sustancias hizo que España se adhiriera al Convenio de Viena sobre sustancias psicotrópicas⁴⁷⁰ (1976) y ratificara la Convención de la ONU⁴⁷¹ (1990).

Mediante diversas normas se han regulado, entre otras cosas la fiscalización, inspección de fabricación, distribución, prescripción, adquisición, dispensación y devolución⁴⁷².

Las LOF autonómicas recuerdan la obligación de velar por el cumplimiento de la legislación en esta materia en los servicios farmacéuticos indicados en la *Tabla 32*⁴⁷³. Extremadura dispone que es función del farmacéutico «*coordinar el suministro de estupefacientes y psicótropos a su ámbito de responsabilidad, así como la evaluación y*

⁴⁷⁰ Instrumento de adhesión de España al Convenio sobre sustancias psicotrópicas. Hecho en Viena el 21 de febrero de 1971 (BOE núm. 218, de 10 de septiembre de 1976)

⁴⁷¹ Instrumento de ratificación de la Convención de las Naciones Unidas contra el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas, hecha en Viena el 20 de diciembre de 1988 (BOE núm. 270, de 10 de noviembre)

⁴⁷² Real Decreto 2829/1977, de 6 de octubre por el que se regulan las sustancias y preparados medicinales psicotrópicos, así como la fiscalización e inspección de su fabricación, distribución, prescripción y dispensación (BOE núm. 274 de 16 de noviembre). En él se decreta la regulación de las sustancias y los preparados medicinales psicotrópicos, así como la fiscalización e inspección de su fabricación, distribución, prescripción y dispensación. Nace de la adherencia de España al Convenio sobre sustancias psicotrópicas de Viena de 1971

Orden de 14 de enero de 1981 por la que se desarrolla el Real Decreto 2829/1977, de 6 de octubre, que regula las sustancias y preparados medicinales psicotrópicos, y se dictan las normas complementarias de fiscalización para la fabricación, comercio, elaboración y distribución de sustancias psicotrópicas (BOE núm. 25 de 29 de enero)

Resolución de 2 de diciembre de 1983, de la Dirección General de Farmacia y Medicamentos, por la que se dictan normas sobre devolución de especialidades farmacéuticas que contienen estupefacientes de la Lista I del Convenio de Estupefacientes de 1961. (BOE núm. 302 de 19 de diciembre). Circular 34/1987, de 21 de diciembre, de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios, sobre adquisición de materias primas estupefacientes.

⁴⁷³ Asturias: LOF Asturias art. 53.b; Cantabria: LOF Cantabria DM art. 38.g; Castilla y León: LOF Castilla y León art. 44.r; La Rioja: LOF La Rioja art. 15.1.i; Murcia: LOF Murcia art. 37.11 y 38.4.g; Navarra: LOF Navarra art. 36.7; País Vasco: LOF País Vasco art. 28.1.f; Comunidad Valenciana: LOF Valencia art. 49.1.b y D 94/2010 art. 3.1.b

*control de la documentación que avale el movimiento de los mismos, y de cualquier otro que requiera un control especial*⁴⁷⁴».

Aragón atribuye al SF la función de «*velar junto con los responsables de los servicios clínicos y de las unidades de enfermería, por el cumplimiento de la legislación sobre estupefacientes y psicótopos [...]*»⁴⁷⁵.

2.5.2 Selección de medicamentos, productos sanitarios, dietética y nutrición artificial. Guía farmacoterapéutica.

La selección de medicamentos, según la OMS, es un «*proceso continuo, multidisciplinario y participativo que debe desarrollarse basado en la eficacia, seguridad, calidad y coste de los medicamentos a fin de asegurar el uso racional de los mismos*»⁴⁷⁶.

Los procesos de selección se pueden considerar a distintos niveles: desde el individual en que el médico selecciona el medicamento más adecuado para un paciente con una patología concreta siguiendo por el nivel hospitalario y el de atención primaria con sus respectivas guías farmacoterapéuticas elaboradas por las Comisiones de Farmacia y Terapéutica de hospital y de área de salud, respectivamente, hasta la selección llevada a cabo por la AEMPS (Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios) a nivel estatal, la EMEA (Agencia Europea del Medicamento) a nivel europeo o las listas de medicamentos esenciales de la OMS.

El elevado número de medicamentos y presentaciones comercializadas en España (16.039 y 31.938 respectivamente a finales de 2011⁴⁷⁷) aconsejan una adecuada selección de medicamentos basada en la evidencia científica para favorecer la eficiencia en la prescripción. Esta selección, sin embargo, puede venir afectada por factores como la presión de la industria farmacéutica sobre los profesionales sanitarios

⁴⁷⁴ Extremadura: LOF Extremadura art. 50.1.b

⁴⁷⁵ Aragón: LOF Aragón art.34.4

⁴⁷⁶ OMS. Guía de la Buena Prescripción. Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales [monografía en Internet]. Suiza: OMS; 1994 [acceso 13 de abril de 2014]. Disponible en:

<http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/h2991s/h2991s.pdf>

⁴⁷⁷ Agencia Estatal AEMPS. Memoria de actividades de la AEMPS-2011 [monografía en Internet]. Madrid: Agencia Estatal AEMPS. 2012 [acceso 1 de abril de 2014] pág. 22. Disponible en:

<http://www.aemps.gob.es/laAEMPS/memoria/docs/memoria-2011.pdf>

(prescriptores, farmacéuticos,...), pocos estudios comparativos adecuados sobre diferentes medicamentos que compiten entre sí, intervención de la sociedad civil (por medio de asociaciones de pacientes o de defensa de usuarios de la sanidad pública, de consumidores,...), campañas de marketing farmacéutico dirigidas a los pacientes y políticas de contención del gasto farmacéutico⁴⁷⁸.

A ello se suman las continuas innovaciones en farmacoterapia, con la posible falta de tiempo del prescriptor para la autoformación. Estos puntos conflictivos podrían influir en el momento de la prescripción, haciendo indispensable la selección de los medicamentos en una Guía Farmacoterapéutica para facilitar y servir de instrumento de apoyo en el trabajo de los prescriptores en cada ámbito sanitario.

Según la GFT Sociosanitaria Geriátrica de Valencia⁴⁷⁹, el perfil del usuario de los c.s.s. se caracteriza por presentar al menos uno de los siguientes factores:

- la enfermedad es irreversible y su recuperación mediana o escasa
- la disminución de su capacidad funcional es moderada o severa
- problemas psicológicos y sociales
- pluripatología, enfermedad crónica mal controlada, convalecencia larga, complicada o que previsiblemente mermará su capacidad funcional.

El farmacéutico que ejerce en los c.s.s. puede enfrentarse a dificultades como la carencia de una información veraz y validada por la experiencia sobre el uso del medicamento en el grupo de población afectada, la ausencia de procedimientos que normalicen la adquisición así como la falta de intervención clínica del farmacéutico con formación plenamente actualizada.

La población atendida en los c.s.s. precisa, por tanto, criterios de selección ligados a los factores que le afectan. Los posibles problemas

⁴⁷⁸ ORDOVÁS JP, CLIMENTE MP, POVEDA JL. Selección de medicamentos y Guía Farmacoterapéutica. En: GAMUNDI PLANAS MC. Farmacia Hospitalaria. Tomo I [monografía en Internet] 3ª ed. SEFH; 2002 [acceso 1 de abril de 2014]: [63-79]. Disponible en: www.sefh.es/bibliotecavirtual/ftomo1/cap1311.pdf

⁴⁷⁹ MONTESINOS ROS A. Guía Farmacoterapéutica Sociosanitaria Geriátrica. Valencia [Internet] Conselleria de Bienestar Social. Generalitat Valenciana; 2008 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: www.bsocial.gva.es/portal/portal?docid=6120

relacionados con la medicación se presentan como una oportunidad en el campo farmacéutico para disminuir la morbilidad y el coste de los tratamientos, y así, incrementar la calidad asistencial y racionalizar el uso de los medicamentos.

Estas razones han impulsado en las CCAA la elaboración y actualización de guías farmacoterapéuticas sociosanitarias, geriátricas, para discapacitados. Por ejemplo la Guía Farmacoterapéutica de residencias para mayores de Baleares⁴⁸⁰ y la Guía Farmacoterapéutica Sociosanitaria Geriátrica de Valencia. Éstas, son el resultado de la selección de medicamentos en base a su eficacia clínica, incidencia y gravedad de efectos adversos, frecuencia de dosis, interacciones, coste, documentación (estudios comparativos, ensayos clínicos), farmacocinética (principalmente la variabilidad de las concentraciones plasmáticas o la semivida plasmática en medicamentos de estrecho margen terapéutico), aspectos farmacéuticos (vía oral o parenteral, dosis unitarias que no precisen manipulación en el SF) y criterios específicos de cada grupo de medicamentos (indicaciones aprobadas por ejemplo para distintos IECAs).

La selección de medicamentos en los c.s.s., así como la participación en comisiones de selección son actividades que no se realizan en todas las CCAA, pero sí en algunas y principalmente en SF (*Tabla 33*). Selección en los servicios farmacéuticos sociosanitarios de las CCAA^{481, 482}). Sin

⁴⁸⁰ Guía Farmacoterapéutica de residencias para mayores. Comisión de Farmacia y Terapéutica de Centros Geriátricos. Conselleria de Salut i Consum. Govern de les Illes Balears; 2007 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://portalsalut.caib.es/psalutfront/info?id=36027>

⁴⁸¹ Andalucía: LOF Andalucía art. 55; Aragón: LOF Aragón arts. 34 y 36; Asturias: LOF Asturias art. 53; Baleares: LOF Baleares art. 52.1, D 39/2003 art. 4.c; Canarias: LOF Canarias art. 63; Cantabria: LOF Cantabria art. 37.5 y 38; Castilla-La Mancha: LOF Castilla-La Mancha art. 62; Castilla y León: LOF Castilla y León arts. 48.2 y 44.a; Cataluña: LOF Cataluña arts. 12.3.g y 12.6; Extremadura: LOF Extremadura arts. 58.3, 50.1.B.e, 60, 53; Galicia: LOF Galicia art. 32.1; La Rioja: LOF La Rioja art. 15.1.a; Madrid: LOF Madrid art.54; Murcia: LOF Murcia art. 37.2; Navarra: LOF Navarra arts. 36.1 y 39.1; Pais Vasco: LOF Pais Vasco arts. 28.1.a y 29.3; Comunidad Valenciana: D 94/2010 exposición de motivos, art. 3.1.a

⁴⁸² Reconocidas las ventajas que ofrece una adecuada selección de medicamentos y productos sanitarios, puede cuestionarse si las CCAA invaden competencias del Ministerio de Sanidad al desarrollar esta función. Se pueden nombrar dos conocidos casos que se han desarrollado de modo diferente: el del catálogo priorizado de Galicia y la salida de medicamentos de precio muy elevado de la OF como ejemplos de selección.

El primero consiste en una relación de presentaciones de determinados principios activos que responden en todo caso al precio menor del Nomenclátor oficial de productos farmacéuticos financiados por SNS (art. 3.4). Solo en caso de riesgo de desabastecimiento o monopolio de mercado se podría superar el precio menor (art.3.5). Los fármacos no incluidos en el Catálogo solo pueden dispensarse como excepción terapéutica. Se trata pues de una selección de productos que se pueden dispensar en receta médica a cargo del SERGAS. En este caso, se presentó un recurso de inconstitucionalidad que desactivó temporalmente dicho catálogo por la invocación del presidente del Gobierno del artículo 161.2 de la CE. Finalmente, se levantó la suspensión del Catálogo en julio de 2011.

En relación con este tema la Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial de España hizo público un comunicado. En él manifestaba su conformidad con las medidas restrictivas en cuanto a número de medicamentos financiados que el médico puede recetar de cada principio activo o grupo farmacológico en tanto en cuanto esta iniciativa permite mejorar el URM sin mermar la calidad de la asistencia (conclusiones primera y tercera). Pero se mantenía al margen en la valoración de si este tipo de medidas competen a una Administración autonómica (conclusión quinta). El sector farmacéutico por su parte, coincide con esta postura como pone de manifiesto la DGF del Servicio Canario de Salud.

Respecto al segundo caso ha habido ciertas diferencias en el sector farmacéutico sobre si deben incluirse en la oferta de la OF. Durante 2010 la tendencia de las CCAA ha sido excluir del canal de la farmacia este tipo de medicamentos como medida de contención del gasto. Para evitar desigualdades entre autonomías, el Real Decreto-ley 9/2011, modifica la LGURM, atribuyendo a la AEMPS la capacidad de identificar los medicamentos y al Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad la de limitar la dispensación de medicamentos a los SFH. Real Decreto-ley 9/2011, de 19 de agosto, de medidas para la mejora de la calidad y cohesión del SNS, de contribución a la consolidación fiscal, y de elevación del importe máximo de los avales del Estado para 2011, Exposición de motivos: III (BOE núm.200, de 20 de agosto).

En este sentido, el TSJA niega a Andalucía la competencia de trasladar los medicamentos de la OF a hospital (18 de marzo de 2014).

Libertad de prescripción. Consideraciones al documento de la OMC. Infarma [Internet] Dirección General de Farmacia del Servicio Canario de Salud; abril 2011 [acceso 1 de abril de 2014] 3 (2). Disponible en: http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/74b21553-70c9-11e0-83cb-ed3ed4273248/infarma_abril_2011_OMC.pdf

Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial. Informe de la OMC sobre "La libertad de prescripción del médico" [Internet] 25 de febrero de 2011 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.comsalamanca.es/comsal/Documentos%20de%20inter%E9s/Profesional-laboral>

embargo, no en todas estas CCAA se participa en la elaboración de las GFT. Únicamente Cantabria, Castilla y León y Galicia tienen prevista esta tarea, aunque probablemente se deba a que se han atribuido a los SF de c.s.s. las mismas funciones que se dan en hospitales. En Valencia la selección de medicamentos «se realiza en base a los acuerdos adoptados en la Comisión de Farmacia y Terapéutica sociosanitaria y a lo establecido en la Guía Farmacoterapéutica Geriátrica⁴⁸³».

Como puede observarse en la *Tabla 33* existe una gran discordancia en lo previsto por cada autonomía para la función de selección⁴⁸⁴. Mientras algunas autonomías no la contemplan, ya sea porque no indican ninguna función (Madrid), ya sea porque no la han incluido entre sus funciones (Aragón, Asturias, Canarias), o porque están a la espera de un desarrollo reglamentario (Castilla-La Mancha). Otras plantean la selección exclusivamente de medicamentos (Baleares, La

Ley 12/2010, de 22 de diciembre, de racionalización del gasto en la prestación farmacéutica de la Comunidad Autónoma de Galicia (BOE núm. 25, de 29 de enero) y Recurso de inconstitucionalidad núm. 822/2011, en relación a los artículos 1 a 4 y disposiciones adicionales primera y segunda de la Ley de Galicia 12/2010, de 22 de diciembre, de racionalización del gasto en la prestación farmacéutica de la Comunidad Autónoma de Galicia. Providencia. Tribunal Constitucional (BOE núm. 62 de 14 de marzo de 2011)

El TSJA niega a Andalucía competencias en farmacia. REDACCIÓN MÉDICA [revista en Internet] 18 de marzo de 2014 [acceso 20 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.redaccionmedica.com/noticia/el-tsja-niega-a-andalucia-competencias-en-farmacia-5109>

⁴⁸³ BARBERÁ GONZÁLEZ T et al. Prestación farmacéutica en centros sociosanitarios de la Comunitat Valenciana. Situación actual. REVISTA DE PRESTACIÓN FARMACÉUTICA Y ORTOPROTÉSICA [revista en Internet] 2009 [acceso 29 de mayo de 2012] I (3). Disponible en:

<http://www.san.gva.es/cas/prof/dgf/farmacia/pdf/20091001Prestacion03.pdf>

⁴⁸⁴ Concretamente con esta función se debe ser muy cauto en la interpretación de lo que el legislador ha querido manifestar. El porqué de este comentario se debe buscar en la redacción de las funciones del farmacéutico que las LOF han considerado para los c.s.s.. Todas las autonomías que asignan la selección de medicamentos, productos sanitarios o productos farmacéuticos al farmacéutico sociosanitario coinciden en que remiten a las funciones que ejerce el farmacéutico en el hospital. Por ello podría plantearse si realmente la voluntad del legislador era la de asignar esta función o ha sido fruto de una falta de detenimiento en este apartado para decidir adecuadamente si debe el farmacéutico del c.s.s. participar en comisiones multidisciplinares para realizar la selección de los productos que se usen en el mismo.

Rioja, Murcia, País Vasco), de medicamentos y productos sanitarios (Cantabria, Galicia, Navarra), de medicamentos y alimentación artificial (Castilla y León), o, de un modo general, la selección de productos farmacéuticos (Extremadura). En la Comunidad Valenciana, como se indicó, existe una Comisión al efecto y la guía citada, con protocolos de actuación en materia de intercambio terapéutico y la organización de sesiones clínicas multidisciplinares⁴⁸⁵.

Íntimamente relacionado con la función de selección está la participación en comisiones de Farmacia que son las encargadas de realizar esta función. Aragón⁴⁸⁶, Baleares⁴⁸⁷, Cataluña⁴⁸⁸, Extremadura⁴⁸⁹, La Rioja⁴⁹⁰, Murcia⁴⁹¹ y País Vasco⁴⁹² tienen entre sus funciones la de formar parte de las comisiones en que puedan ser útiles sus conocimientos. Cataluña, La Rioja⁴⁹³ y Navarra⁴⁹⁴ concretan que deben formar parte de la Comisión de Farmacia y Terapéutica. Extremadura añade la participación en comisiones de URM y La Rioja en comisiones de investigación clínica.

Cantabria, Castilla y León y Galicia añaden a esta función la edición y distribución de una Guía Farmacoterapéutica en sus SF⁴⁹⁵.

2.5.3 Adquisición y suministro de medicamentos y productos sanitarios

La legislación distingue entre medicamentos y productos sanitarios, lo que afecta también al sistema de adquisición de ambos tipos de productos por lo que se tratarán de forma independiente en éste y otros apartados.

⁴⁸⁵ D 94/2010 exposición de motivos

⁴⁸⁶ 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 DM art.4.9 (BOA núm. 144, de 1 de diciembre)

⁴⁸⁷ SF: D 39/2003 art.4.k

⁴⁸⁸ LOF Cataluña: SF (art. 12.3.g) y DM (art. 12.5.e)

⁴⁸⁹ LOF Extremadura art. 50.1.B.i

⁴⁹⁰ LOF La Rioja SF: (art.15.1.g) y DM (arts. 15.2 y 15.1.g)

⁴⁹¹ LOF Murcia: SF (art.37.8) y DM (38.4.e)

⁴⁹² LOF País Vasco art. 28.h

⁴⁹³ LOF La Rioja art. 15.1 y 15.2

⁴⁹⁴ LOF Navarra art. 36.1

⁴⁹⁵ Cantabria: LOF Cantabria: SF (art. 37.5.a); Castilla y León: LOF Castilla y León: SF (arts. 44.1.b y 44.1.k); Galicia: LOF Galicia arts. 32.1 y 32.10

A. Medicamentos

Con carácter general, la adquisición de medicamentos se realiza a través de farmacias y servicios de farmacia. Los DM y botiquines sociosanitarios vinculados a OF o SF, adquieren los medicamentos a través de las estructuras de los que dependen. Sin embargo, como puede apreciarse en el "epígrafe 2.5.3.C. *Situación en cada autonomía*" varias autonomías asignan la función de la adquisición de ciertos productos farmacéuticos a DM. La razón debe buscarse en las amplias competencias concedidas en la LGURM⁴⁹⁶ a las autonomías en la regulación de los mismos: «*los hospitales que no cuenten con servicios farmacéuticos deberán solicitar de las CCAA autorización para, en su caso, mantener un DM bajo la supervisión y control de un farmacéutico. Las condiciones, requisitos y normas de funcionamiento de tales depósitos serán determinadas por la autoridad sanitaria competente*».

Los DM y botiquines vinculados a OF adquieren los medicamentos a través de éstas atendiendo a las condiciones establecidas en los conciertos y posibles acuerdos entre las OF y los servicios de salud autonómicos.

Cuando la adquisición es a través de un SF, se lleva a cabo principalmente según dos posibilidades (Tabla 34):

- compras directas a laboratorio
- compras centralizadas

La segunda opción, está viéndose incrementada en la actualidad⁴⁹⁷. Puede realizarse bien a través del SF de hospital del que depende el SF

⁴⁹⁶ LGURM art. 83.3

⁴⁹⁷ La cada vez más extendida centralización de compras ha llegado con no pocas controversias en el sector. Como ejemplo: la Sociedad Andaluza de Farmacéuticos de Hospitales y Centros Sociosanitarios (SFAH) ante la propuesta del establecimiento de Plataformas Logísticas Provinciales para la adquisición de medicamentos para los hospitales, solicitó un dictamen jurídico. En él se concluye, una vez revisadas las funciones del farmacéutico en el SFH (LGURM art. 82.2 y LOF Andalucía art. 53), que se incurre en una ilegalidad.

En otro documento, la SAFH, aduce además que «*la gestión de las adquisiciones de medicamentos es bastante más que la sola gestión económica ya que está estrechamente relacionada con cuestiones tan fundamentales como la selección de medicamentos [...], presentación adecuada [...], conocimiento y modulación de las tendencias de uso [...], conservación [...] y distribución de los medicamentos [...]*». Según este documento, se pretende que se siga contando

sociosanitario, bien a través de una central de compras exclusiva del ámbito sociosanitario. La primera opción es la que se da en todas las autonomías excepto la valenciana que emplea la segunda⁴⁹⁸.

Es evidente que una centralización de compras permite mejores condiciones y por tanto un ahorro económico⁴⁹⁹. Sin embargo, no se pueden ignorar las condiciones que requiere como son un espacio físico de almacenamiento, un sistema eficiente de distribución y un adecuado control en la generación de pedidos y la facturación.

En relación al almacenamiento debe considerarse que tanto el c.s.s. como la central de compras deben mantener la cadena de frío.

Tanto el almacenamiento en la central de compras como la distribución desde ésta pueden eliminarse, como sucede en Valencia, haciendo que el suministro sea directo a cada uno de los servicios farmacéuticos.

con los responsables farmacéuticos de hospital para evitar distorsionar la gestión de las adquisiciones de medicamentos.

Estos argumentos pretenden conservar por parte del farmacéutico de hospital la función de la adquisición de medicamentos dado que la norma dice que el farmacéutico debe «*garantizar y asumir la responsabilidad técnica de la adquisición*», y «*participar y coordinar la gestión de compras de medicamentos y productos sanitarios*» (LGURM art.82.2).

Sin embargo, la compra centralizada no implica la anulación de estas funciones, ya que el farmacéutico puede participar determinando las necesidades del centro y transmitiéndolas a la central que efectuaría la compra.

Dictamen jurídico del Bufete F. Acedo S.C. Abogados. Asesores jurídicos de SAFH [Internet] 2009 [acceso 29 de mayo de 2012]. Disponible en: <http://www.safh.org/imagenes/interes/DICTAMEN%20jur%C3%ADdico%20PLATAFORMA%20provincial%20SAFH.pdf>

SAFH. Posicionamiento de la SAFH, sobre la gestión de la adquisición de medicamentos [Internet] [acceso 29 de mayo de 2012]. Disponible en: <http://www.safh.org/imagenes/interes/Plan%20SAFH%20sobre%20adquisicionesll.pdf>

⁴⁹⁸ CODOÑER LÓPEZ P et al. Establecimiento de un único modelo de atención farmacéutica en los centros sociosanitarios de la Comunidad Valenciana. FAP. 2005; 3(3): 73-79.

⁴⁹⁹ Por este motivo está teniendo lugar una tendencia a la centralización de las compras tanto en el ámbito hospitalario como en el sociosanitario de algunas CCAA como es el caso de la Comunidad Valenciana.

Valencia apuesta por centralizar la gestión de los hospitalarios. CORREO FARMACÉUTICO. N° 449. Año XI. pág. 22.

Por otro lado, deben considerarse los recursos humanos necesarios tanto de tipo administrativo como técnicos y farmacéuticos (con especialidad en Farmacia Hospitalaria en algunas autonomías). Se han tomado a título de ejemplo los recursos materiales (*Tabla 35*⁵⁰⁰) y humanos (*Tabla 36*⁵⁰¹) considerados por CODOÑER et al. en 2005 en el modelo de la Comunidad Valenciana en que se realizan las compras a través de una Unidad Central de Compras que distribuye a través del Programa Sociosanitario de Atención Farmacéutica a cinco SF sociosanitarios que distribuyen, a su vez, a cuarenta y un DM, con un total de 4.766 usuarios⁵⁰². En este caso se contrata vía concurso una empresa para la elaboración, preparación y sistema de distribución a través de dosis unitarias (de los medicamentos susceptibles de distribuirse de este modo). (Véase al respecto, también epígrafe “2.5.6. Sistemas de prescripción y dispensación. Dispensación”).

En el caso de que en una urgencia no se disponga de la medicación solicitada en el stock de los servicios farmacéuticos que trabajan según el sistema de compras centralizado, se obtendría a través de la OF de guardia más cercana.

Recientemente se ha formalizado una nueva modalidad de adquisición centralizada a nivel estatal⁵⁰³. Esta posibilidad se encuentra operativa desde 2010 y consiste en la adhesión de las compras autonómicas y locales a una central de compras estatal⁵⁰⁴. No obstante, en 2013, el

⁵⁰⁰ Datos extraídos de la Tabla II de: CODOÑER, op. cit., 76.

⁵⁰¹ *Ibidem*, 76.

⁵⁰² CODOÑER, op. cit., 26

⁵⁰³ RDL 8/2010 art. 13

⁵⁰⁴ En abril de 2011 el Consejo de Ministros aprobó el acuerdo marco para la primera adquisición conjunta de vacunas de gripe estacional para la temporada 2011-2012. Participan en la iniciativa Aragón, Asturias, Baleares, Cantabria, Castilla y León, Comunidad Valenciana, Extremadura y Madrid. Pese a la incertidumbre que hay en cuanto al cumplimiento de los plazos de entrega, la negociación permite importantes descuentos. El procedimiento del concurso consiste en una primera fase nacional en que, además del precio conseguido, se aplica la deducción del 7,5% del RDL 8/2010, de 20 de mayo. Las compañías que superan este primer corte pasan a una segunda fase del concurso en que el precio es de nuevo negociado, en este caso por las autonomías.

ARGANDA C. La central de compras causa incertidumbre en la industria. EL GLOBAL.net [periódico en Internet] 8 de abril de 2011 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en:

<http://www.elglobal.net/articulo.aspx?idart=531736&idcat=642&tipo=2>

Tribunal Administrativo Central de Recursos Contractuales paralizó varias compras previstas por el INGESA⁵⁰⁵, ⁵⁰⁶.

En general cualquiera de estos sistemas de centralización de compras se lleva a cabo con un número concreto de productos (principios activos o productos sanitarios). El resto de productos que se puedan necesitar ya sea con motivo de urgencia o por rotura de stock (carencia del laboratorio, que no llegue en buen estado, consumo superior a la previsión realizada, etc.) los obtiene el SF directamente de laboratorio o de una OF de la misma zona farmacéutica.

La única ventaja que ofrece el sistema centralizado de compras es la mejora en las condiciones económicas. Esta unificación puede acarrear inconvenientes como una rotación del stock poco ajustada a las necesidades del centro, un incremento del almacenamiento de género y por lo tanto un mayor capital inmovilizado, la falta de rapidez en el servicio y una mayor complejidad para resolver los posibles errores en el servicio por haber más intermediarios.

Para que las compras se ajusten al máximo a las necesidades de los centros es importante que exista un consenso respecto a la GFT empleada, además de atender a las posibles variaciones estacionales en las necesidades.

B. Productos sanitarios

Los absorbentes para incontinencia de orina son considerados como efectos y accesorios⁵⁰⁷. La norma que regula la selección de efectos y accesorios, su financiación, el régimen de suministro y la dispensación a pacientes no hospitalizados, entre ellos los ingresados en c.s.s. y en su caso los pacientes susceptibles de recibir atención domiciliaria es el Real

⁵⁰⁵ IBAÑES LG. Central de compras: el ahorro de mil millones se queda en 22. [internet] DIARIO MÉDICO; 27 de enero de 2014 [acceso 13 de abril de 2014]. Disponible en:

http://www.farmaindustria.es/Farma_Public/Noticias/Medios/FARMA_124241?idD oc=FARMA_124241

⁵⁰⁶ Sanidad suspende las centrales de compras. [internet] PM FARMA 08 Mayo 2013 [acceso 13 de abril de 2014]. Disponible en:

<http://www.pmfarma.es/noticias/16607-sanidad-suspende-las-centrales-de-compras.html>

⁵⁰⁷ Real Decreto 9/1996, de 15 de enero, por el que se regula la selección de los efectos y accesorios, su financiación con fondos de la Seguridad Social o fondos estatales afectos a la sanidad y su régimen de suministro y dispensación a pacientes no hospitalizados art. 2 y anexo I (BOE núm. 33, de 7 de febrero)

Decreto 9/1996, de 15 de enero⁵⁰⁸ y posteriores modificaciones. Según este Real Decreto «*el Instituto Nacional de la Salud y las CCAA con*

⁵⁰⁸ La revisión de este Real Decreto conduce al análisis de la jurisprudencia relacionada con este capítulo:

1. El Tribunal Supremo desestima el recurso de los COF de Valencia y Castellón que pretenden la anulación del Real Decreto 9/1996, de 15 de enero por entender que es contrario a la Ley General de la Seguridad Social (art.105 y 107) y la Ley General de Sanidad (art.103) y favorecer la desigualdad en la financiación y limitación de puntos de acceso para el usuario. Atendiendo al Dictamen del Consejo de Estado y a la Disposición adicional tercera de Ley del Medicamento, se resuelve que está conforme a la norma.

STS 297/1996 de 9 de febrero

2. Otra sentencia del Tribunal Supremo desestima otro recurso contencioso-administrativo interpuesto por el CGCOF contra el Real Decreto 9/1996, de 15 de enero. El CGCOF aducía que se producía discriminación hacia el usuario por el lugar de adquisición, falta de intimidad y desigualdad en el modo de financiación, además de impugnarse la disposición final primera que faculta al Ministro de Sanidad y Consumo para dictar las disposiciones necesarias para la ejecución y desarrollo de este Real Decreto. En el proceso, recuerda el Abogado del Estado, que en todo caso competiría a la Asociación de Consumidores y Usuarios – y no al CGCOF – la defensa de los derechos de los usuarios. Asociación que, por su parte, no opone ninguna objeción. Finalmente quedó desestimada por considerar que no había discriminación como se indicaba en el Folio 8 del dictamen del Consejo de Estado; no había desigualdad ya que las condiciones son iguales para todos los usuarios; no había diferencias entre la supuesta falta de intimidad que se pudiera dar entre las dos formas de suministro; y no había vulneración de la CE ya que no se pretende que sea el Ministro quien desarrolle esta ley sino ejecutarla según indica el Consejo de Ministros.

STS 16 de febrero de 1999

3. En relación con esta norma el COF de Valencia impugna el Convenio Marco de 2 de octubre de 1998 suscrito con AERTE porque supone existe incumplimiento del Convenio Generalidad Valenciana - Colegios de Farmacéuticos de la Comunidad Valenciana de 1996 (que remite a otro de 1988) en lo que se refiere a los efectos y accesorios dispensables, entre los que se encuentran los absorbentes para incontinencia y material fungible y de cura, que es precisamente objeto del convenio Generalidad Valenciana - AERTE. Queda desestimado el recurso por entenderse que no se desprende del Convenio con los COF exclusividad en el suministro por parte de las OF.

STSJCV 1294/2002 de 18 de octubre

4. También en Navarra una entidad mercantil interpuso un recurso contra la Resolución de 12 de noviembre de 1998, del director general del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea por la que se aprueban las bases para la adjudicación por concurso del suministro y distribución de absorbentes de

competencias en materia de asistencia sanitaria de la Seguridad Social podrán adquirir los efectos y accesorios para su entrega por los centros

incontinencia urinaria con destino al Servicio Navarro de Salud. El total de absorbentes se desglosaba en dos lotes, uno para residencias y otro para pacientes ambulatorios. En esta ocasión se reitera la conformidad con la norma en cuanto a la dispensación fuera de OF y se confirma que es correcta la forma de realizar el contrato por parte de la Administración de forma que el suministro se realiza en varios centros desde los que se reparte a sus destinatarios.

STSJN 613/2001 de 17 de abril

Se han dado otras sentencias, que aunque no son específicas del suministro en c.s.s., sí se refieren al suministro fuera del canal farmacéutico:

1. La primera es la referida a la corrección de la Resolución 20 de mayo de 2002 por la que se establece la posibilidad de suministro de material de incontinencia (absorbentes y obturadores anales) a un determinado colectivo (lesionados medulares, pacientes con un elevado grado de minusvalía física o psíquica, pacientes de esclerosis múltiple y pacientes de esclerosis lateral amiotrófica). El recurso es desestimado por convenir que no vulnera la Ley 25/1990 del Medicamento, la Ley General de Sanidad ni el para entonces ya resuelto Convenio con los COF que en cualquier caso estaría siempre supeditado a la normativa vigente.

STSJCV 768/2005 de 29 de abril

2. Otra es la que anula el concurso por ser previo al Real Decreto 9/1996 de 15 de enero que anulaba la Orden del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social de 16 de octubre de 1979 sobre "Efectos y accesorios comprendidos en la prestación farmacéutica" que dispone que se define como efectos y accesorios comprendidos en la prestación farmacéutica de la Seguridad Social aquellos artículos que, sin tener la consideración de medicamentos, se utilizan en la práctica médica habitual para llevar a efecto un tratamiento terapéutico o ayudar al enfermo en los efectos indeseados del mismo, su fabricación es seriada y se dispensan en las Oficinas de Farmacia (artículo 1) y se considera que tiene el carácter de efectos y accesorios, de acuerdo con lo establecido en el artículo anterior, los siguientes grupos de materiales y utensilios: "utensilios para la recogida de excretas y secreciones, tales como sondas, bolsas contra natura, bolsas recolectoras de orina, aspiradores nasales y sacaleches (artículo 2.c). (COF Baleares).

STS de 25 de mayo de 2004

3. El COF navarro interpuso un recurso frente a la Resolución 880/1995, de 13 de julio, que autorizaba un gasto para la adquisición y distribución de absorbentes de incontinencia urinaria a los usuarios del Sistema Navarro de Salud-Osasunbidea. El fallo indicaba que no procede la exclusividad de suministro por OF por no tratarse de medicamentos ni productos farmacéuticos (o sanitarios), no entrañar peligro para la salud ni precisar asesoramiento para su uso, aunque a pesar de ello se considera que deben y pueden ser dispensados en OF.

STS de 19 de julio de 2004

o servicios, propios o concertados, de la red asistencial sanitaria y socio-sanitaria, conforme a la normativa vigente al respecto⁵⁰⁹». La adquisición en este último caso se lleva a cabo a través de licitaciones públicas⁵¹⁰ y se adjudica mediante resolución⁵¹¹.

Así pues, la obtención de este tipo de productos por parte de los usuarios puede ser a través de OF o de centros o servicios, propios o concertados, de la red asistencial sanitaria o sociosanitaria. En el primer caso como dispensación con receta oficial o receta del centro, y en el segundo como entrega directa previa receta médica del centro⁵¹².

C. Situación en cada autonomía

Análogamente a otras funciones, la adquisición de productos farmacéuticos se lleva a cabo de formas diferentes en las CCAA (*Tabla*

⁵⁰⁹ Real Decreto 9/1996, de 15 de enero, por el que se regula la selección de los efectos y accesorios, su financiación con fondos de la Seguridad Social o fondos estatales afectos a la sanidad y su régimen de suministro y dispensación a pacientes no hospitalizados art.5 (BOE núm. 33, de 7 de febrero).

⁵¹⁰ Ejemplos de licitación son: en Castilla y León: Resolución, de fecha 27 de enero de 2011, de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, por la que se anuncia la licitación del procedimiento abierto para la contratación del suministro de absorbentes de incontinencia de orina a los usuarios que sean beneficiarios de la prestación farmacéutica del Sistema de la Seguridad Social en los centros residenciales de la Comunidad (BOE núm. 32, de 7 de febrero); Canarias: Resolución de 9 de agosto de 2004 de la Presidencia del Instituto de Atención Social y Sociosanitaria del Cabildo de Gran Canaria, para la adjudicación del Contrato de suministro de absorbentes de incontinencia urinaria para los centros dependientes del Instituto Atención Social (BO de la Provincia de Las Palmas. núm. 97, de 9 de agosto); Extremadura: Anuncio de 28 de noviembre de 2005 por el que se convoca, por procedimiento abierto mediante concurso, el suministro de "Absorbentes de incontinencia de orina para los usuarios del Servicio Extremeño de Salud de las residencias de mayores y centros sociosanitarios" (DOE Extraordinario núm. 4, de 7 de diciembre)

⁵¹¹ Como ejemplo en Navarra: Resolución 1581/2004, 6 de octubre, del Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, por la que se autoriza el gasto y se inicia el expediente de adjudicación mediante concurso y procedimiento abierto, para la contratación del suministro y distribución de absorbentes de incontinencia para residencias de 3ª edad y residencias de minusválidos, para 2005 (BON núm.129, de 27 de octubre)

⁵¹² Real Decreto 9/1996, de 15 de enero, por el que se regula la selección de los efectos y accesorios, su financiación con fondos de la Seguridad Social o fondos estatales afectos a la sanidad y su régimen de suministro y dispensación a pacientes no hospitalizados art. 4 (BOE núm. 33, de 7 de febrero)

37⁵¹³). La primera diferencia la constituye el tipo de productos farmacéuticos a adquirir: medicamentos, productos sanitarios y nutrición artificial⁵¹⁴. Otra diferencia es la asignación de esta labor a todos los servicios farmacéuticos, sólo a los servicios de farmacia o sólo a los DM.

Todas las autonomías que especifican las funciones del farmacéutico en los servicios farmacéuticos sociosanitarios, refieren la de adquisición de medicamentos que debe desarrollarse según lo indicado en la *Tabla 37*.

Es de gran interés para la realización de estudios comparativos la reciente obligación, establecida por el RDL 16/2012, de 20 de abril, de aportar información con una periodicidad como mínimo mensual, por provincias y autonomías de los datos de adquisiciones de medicamentos y productos sanitarios llevadas a cabo por servicios farmacéuticos de c.s.s. del SNS, así como de los posibles abonos realizados⁵¹⁵.

Asturias, Baleares, Castilla y León, Cataluña, La Rioja, Murcia y Navarra incorporan la adquisición de productos sanitarios. Aragón y Castilla y León además de los productos sanitarios refieren la adquisición de nutrición artificial y Extremadura generaliza el tipo de productos al hacer referencia a productos farmacéuticos. En el concierto de País Vasco se contempla el suministro de nutrición artificial por parte de la OF. Quedando implícita, por tanto, la adquisición de estos productos.

Andalucía y Madrid no especifican ninguna función y Castilla-La Mancha indica que se determinará reglamentariamente la forma de llevar a cabo la asistencia farmacéutica.

⁵¹³ Andalucía: LOF Andalucía art.55; Aragón: LOF Aragón arts. 34.1 y 36.a; Asturias: LOF Asturias art. 53.1; Baleares: LOF Baleares art. 52.1, D 39/2003 art. 4.a; Canarias: LOF Canarias art. 63.2; Cantabria: LOF Cantabria art. 37.5.b; Castilla-La Mancha: LOF Castilla-La Mancha art. 62; Castilla y León: LOF Castilla y León arts. 44.1.c, 45.a; Cataluña: LOF Cataluña art. 12.3.a; Extremadura: LOF Extremadura art. 50.1.A.a; Galicia: LOF Galicia art. 32.2; La Rioja: LOF La Rioja art. 15.1.b; Madrid: LOF Madrid art.54; Murcia: LOF Murcia art.37.1; Navarra: LOF Navarra arts. 36.2 y 39.1; País Vasco: LOF Navarra arts. 28.1.b y 29.3; y Comunidad Valenciana: LOF Valencia art. 49.1, reiterado en el D 94/2010 art.3.1.a

⁵¹⁴ Debe repararse en que dos de las tres autonomías que tienen esta función de adquisición de preparados para nutrición artificial tienen las mismas funciones que en el hospital. SF de Aragón: LOF Aragón art.34.1; SF de Castilla y León: LOF Castilla y León art. 44.1.c

⁵¹⁵ RDL 16/2012 art. 4.15.1.b

Tres autonomías (Aragón, Extremadura y País Vasco) dicen que se debe garantizar en sus servicios farmacéuticos la adquisición de medicamentos para su aplicación en el centro pero también la adquisición «*de aquellos otros medicamentos para tratamientos extrahospitalarios que exijan especial vigilancia, supervisión y control por parte del equipo multidisciplinario de atención a la salud*». Esta redacción hace pensar en un descuido al asignar idénticas funciones al SFH y al sociosanitario.

Otras autonomías, sin embargo, concretan que los destinatarios de los productos farmacéuticos adquiridos serán únicamente los residentes del centro o del hospital (Baleares, Canarias, Cantabria, Galicia, La Rioja)⁵¹⁶.

En la Comunidad Valenciana los productos sanitarios (incluidos los absorbentes) se suministran a través de los SF y DM a ellos vinculados mediante el programa SUPRO⁵¹⁷. En el caso de residencias públicas municipales, la distribución es directamente desde los laboratorios⁵¹⁸. Estas circunstancias son idénticas tanto para c.s.s., públicos y privados⁵¹⁹, con pacientes ingresados como para centros en régimen de día con ASSS⁵²⁰.

⁵¹⁶ Baleares: LOF Baleares art. 52.1; Canarias: LOF Canarias art. 63.2; Cantabria: LOF Cantabria art. 37.5.b; Galicia: LOF Galicia art. 32.2; La Rioja: LOF La Rioja art. 15.1.b

⁵¹⁷ D 94/2010 art.13.1

⁵¹⁸ BARBERÁ GONZÁLEZ T et al. Prestación farmacéutica en centros sociosanitarios de la Comunitat Valenciana. Período: enero – junio 2008 vs enero – junio 2009. REVISTA DE PRESTACIÓN FARMACÉUTICA Y ORTOPROTÉSICA [revista en Internet] 2010 [acceso 27 de mayo de 2011] II (6): pág. 13. Disponible en: <http://www.san.gva.es/cas/prof/dgf/farmacia/pdf/prestacion06.pdf>

⁵¹⁹ En 1998 y 2002 se firmaron el *Acuerdo Marco entre Conselleria de Sanidad y AERTE* y el *Convenio entre esta misma Conselleria y RENOVA* (actualmente LARES) respectivamente, para el suministro y entrega de absorbentes para incontinencia, material fungible y de cura a los pacientes con derecho a ASSS ingresados en sendas residencias de la tercera edad de la Comunidad Valenciana.

A partir de julio de 2007 el programa SUPRO, que recogía solo los centros asociados a AERTE y LARES, incorpora también residencias privadas no pertenecientes a ninguna asociación. Resolución de 27 de julio de 2007 de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios para el suministro directo de absorbentes de incontinencia, material fungible y de cura, a los pacientes ingresados en c.s.s. privados en el ámbito de la Comunidad Valenciana.

Ibidem, pág.13.

⁵²⁰ D 94/2010 art.13.2

La dispensación de absorbentes de incontinencia de orina en OF a c.s.s. viene contemplada en el Concierto de Oficinas de Farmacia del País Vasco⁵²¹. Por lo que se entiende considerada la adquisición por las farmacias.

En Asturias se mantiene el procedimiento habitual de concurso público para el suministro de absorbentes para personas ingresadas en residencias de ancianos⁵²².

2.5.4 Almacenamiento, custodia y conservación de los productos farmacéuticos

Para garantizar la calidad de los medicamentos de uso humano que se dispensan, previamente deben haber sido almacenados, custodiados y conservados en condiciones óptimas. La LGURM encomienda en exclusiva estas funciones a los SFH junto a los SF de centros de salud, OF y estructuras de atención primaria del SNS⁵²³. Es, de hecho, la primera de las funciones enunciadas para contribuir al URM en las unidades o servicios de farmacia hospitalarios⁵²⁴.

Según se recomienda en los procedimientos de *almacenamiento* de medicamentos de otros centros sanitarios, se debe establecer un orden según vía de administración, volumen, fotosensibles, fecha de caducidad y orden alfabético⁵²⁵. Además del almacenamiento de medicamentos, como se ha visto en el apartado de almacenes y áreas de trabajo, en algunos servicios farmacéuticos deben guardarse productos sanitarios y en aquellos casos que se reenvase por motivos de fraccionamiento, es necesario un espacio para el material de envasado

⁵²¹ Concierto por el que se fijan las condiciones para la ejecución de la prestación farmacéutica y la colaboración sanitaria con el Departamento de Sanidad a través de las Oficinas de Farmacia de la C.A. País Vasco. 2006, pág. 73 anexo F

⁵²² Concierto por el que se fijan las condiciones para la ejecución de la prestación farmacéutica a través de las oficinas de farmacia del Principado de Asturias. 2007, pág. 157 anexo H

⁵²³ LGURM art. 2.6

⁵²⁴ LGURM art.82.2.a

⁵²⁵ FERNÁNDEZ ÁLVAREZ MJ. Procedimiento de almacenamiento y caducidad de fármacos [Internet] 2009 [acceso 29 de mayo de 2012]. Disponible en: http://www.carloshaya.net/uchematologia/media/Protocolo_caducidades_farmacos_2009_modificada.pdf

(frascos, etiquetas, bidones, blísteres, láminas de aluminio para termosellado, fundas)⁵²⁶.

Los productos caducados, defectuosos y los inmovilizados o retirados por la Autoridad Sanitaria deben quedar claramente separados del resto de existencias y señalizados hasta su *devolución* al laboratorio o su destrucción⁵²⁷.

También deben señalizarse o apartarse aquellos productos que sufran *modificaciones o bajas* del laboratorio⁵²⁸.

En relación al *período de validez*, es importante que en aquellos servicios en que se fraccionen envases, se mantenga en todo momento esta información tanto en la parte entregada como en la que se mantiene en el servicio. Además, es recomendable la elaboración de un registro de caducidades de medicamentos y productos sanitarios⁵²⁹. Aunque la legislación no especifica nada relacionado con los procedimientos de revisión periódica del stock para evitar posibles dispensaciones de medicamentos caducados, se puede adoptar la recomendación hecha por la SEFH de realizar un inventario al menos una vez al año controlando el período de validez⁵³⁰. Para la devolución de los caducados se procede según la normativa vigente⁵³¹.

⁵²⁶ MONTESINOS, op. cit.

⁵²⁷ LOF Andalucía art. 12.3

⁵²⁸ Ministerio de Educación. Procedimiento de evaluación y acreditación de las competencias profesionales. Cualificación profesional: Farmacia. Nivel 2. Guías de Evidencia de la Competencia Profesional [Internet] Ministerio de Educación [acceso 1 de abril de 2014]: pág. 13. Disponible en: http://www.educacion.gob.es/educa/incual/pdf/Acreditacion/Guias/GEC_SAN_123_2.pdf

⁵²⁹ Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Recomendaciones de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Conservación y caducidad de medicamentos y productos sanitarios (nº 2) [Internet] Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía [acceso 29 de mayo de 2012]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/recomendaciones/centros/R02_Conseervacion_medicamentos_CyUS.pdf

⁵³⁰ Documento sobre el control y la distribución de medicamentos en hospitales [Internet] SEFH [acceso 29 de mayo de 2012]: pág. 3. Disponible en: http://evirtual.uaslp.mx/FCO/farmaciahospitalaria/Documents/control_y_distrib_sefh.pdf

⁵³¹ Real Decreto 726/1982, por el que se regula la caducidad y devoluciones de las especialidades farmacéuticas a los laboratorios farmacéuticos (BOE núm. 92, de 17 de abril), la Directiva Europea 94/62/CE del Parlamento Europeo y del

Para una adecuada conservación debe atenderse a factores como la luz, humedad y temperatura. La *luz* y la *humedad* son capaces de degradar la eficacia y seguridad de los productos farmacéuticos o acelerar su fecha de caducidad.

La *temperatura* tiene un papel crucial en la conservación. Los cambios aceleran la degradación de los medicamentos, principalmente de los termolábiles. Por ello se aconseja el empleo de termógrafos o bien llevar un registro diario de la temperatura máxima y mínima de las neveras que contienen medicamentos termolábiles y rechazar aquellos en que se haya roto la cadena de frío o se supere la temperatura mínima llegando a congelarse.

El farmacéutico es el responsable de todos los medicamentos del stock, debiendo establecerse especial vigilancia sobre estupefacientes y psicótropos.

Los servicios farmacéuticos sociosanitarios, asimilados a los de hospital, cumplen con la misma función. El desarrollo recogido en las normas autonómicas para estos servicios es escaso (una o dos líneas en general), en comparación con el dispuesto en algunas autonomías para las oficinas de farmacia (por ejemplo Andalucía, que detalla la función mediante 5 apartados en el artículo 12 y, más exhaustivo, el de Madrid⁵³² con seis apartados en el artículo 11). De hecho, se limitan a enunciar someramente estas funciones. Canarias cita la custodia y calidad y Cantabria la conservación y calidad. Nombran la custodia y conservación Aragón, Asturias y Baleares. Por su parte, Cataluña, Extremadura, Galicia, La Rioja y Murcia añaden el requisito de garantizar la calidad.

Castilla y León y País Vasco tratan también el almacenamiento y período de validez. En Navarra se contemplan la custodia, conservación, almacenamiento y período de validez y en Valencia la custodia, conservación, calidad y período de validez. Castilla-La Mancha indica que se determinará reglamentariamente y Andalucía y Madrid no hacen mención al respecto⁵³³.

Consejo relativa a los envases y residuos de envases (DOCE núm. L365 de 31 de diciembre de 1994) y la Ley 11/1997, de 24 de abril de envases y residuos de envases (BOE núm. 99 de 25 de abril)

⁵³² Andalucía: LOF Andalucía art. 12; Madrid: LOF Madrid art. 11

⁵³³ Andalucía: LOF Andalucía art. 55; Aragón: LOF Aragón art. 34.1, Decreto 286/2003, de 18 de noviembre, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba

La diversidad observada en estas funciones, se repite en los productos farmacéuticos a que se refiere cada autonomía. Todas las autonomías que indican estas funciones se refieren a medicamentos en SF y DM, excepto Extremadura que solo lo nombra para SF. Los productos sanitarios se contemplan en Asturias, Baleares, Galicia y La Rioja para ambos servicios farmacéuticos, Aragón y Castilla-La Mancha sólo para DM, y Cataluña, Extremadura y Murcia para SF. Finalmente, sólo Aragón y Castilla y León refieren estas funciones para los productos de nutrición artificial.

Relacionado con esta actividad, Aragón dispone que el farmacéutico debe asesorar técnicamente sobre la adecuada custodia, conservación y utilización de los medicamentos depositados en las unidades de enfermería, urgencias y similares⁵³⁴.

Aunque algunos de estos puntos no vengan contemplados en las normativas autonómicas, sin embargo, es responsabilidad del farmacéutico el correcto seguimiento de dichas funciones tal como se indica en la Ley de Servicios de OF.

2.5.5 Cobertura de necesidades de medicamentos

La LGURM contempla como infracción para las oficinas de farmacia y almacenes de distribución el no disponer de las existencias de medicamentos adecuadas para la normal prestación de sus actividades o servicios. Lo mismo sucede con las existencias mínimas de medicamentos para supuestos de emergencia o catástrofes, en los casos que resulte obligado⁵³⁵. Sin embargo, no se hace referencia a los servicios farmacéuticos ni de c.s.s., ni de hospital.

el Reglamento de los Servicios de Farmacia Hospitalaria y los depósitos de medicamentos art. 16.a (BOA núm. 144, de 1 de diciembre); Asturias: LOF Asturias art. 53; Baleares: LOF Baleares art. 52.1 y D 39/2003 art. 17.2; Canarias: LOF Canarias art. 63.2; Cantabria: LOF Cantabria arts. 37.5.b y 38.4.a; Castilla-La Mancha: LOF Castilla-La Mancha art. 62.1; Castilla y León: LOF Castilla y León arts. 44.1.c y 45.a; Cataluña: arts. 12.3.a y 12.6.a LOF Cataluña; Extremadura: LOF Extremadura arts. 50.1.a y 53.1.a; Galicia: LOF Galicia arts. 35.2.a y 32.2; La Rioja: LOF La Rioja arts. 15.1.b y 15.2; Madrid: LOF Madrid art. 54; Murcia: LOF Murcia arts. 37.1 y 38.4.a; Navarra: LOF Navarra arts. 36 y 39.2; País Vasco: LOF País Vasco arts. 28.1.a, 28.1.b y 29.3, Comunidad Valenciana: D 94/2010 arts. 3.1 y 6.2

⁵³⁴ LOF Aragón art. 34.4.

⁵³⁵ LGURM arts.101.2.c.12 y 101.2.c.13

La *Tabla 38* muestra en qué servicios de los c.s.s. nacionales se considera la función de la cobertura de necesidades de medicamentos para la población atendida. Si bien es cierto que no todas las autonomías se refieren a esta labor del farmacéutico⁵³⁶, debe entenderse que se debe disponer de las existencias adecuadas para su normal funcionamiento.

Las autonomías proponen dos formas de otorgar la responsabilidad de esta función en los DM: el farmacéutico del servicio como único responsable o bien de forma compartida con el farmacéutico del establecimiento o servicio farmacéutico a que está vinculado (OF o SF). En Cantabria, Cataluña y Murcia la responsabilidad es compartida entre el farmacéutico que lleva el DM y el farmacéutico de la OF o el jefe del SFH a que está vinculado el DM. En algunas autonomías se hace referencia en relación a los SF solo a la reposición de medicamentos⁵³⁷. En Valencia⁵³⁸ queda como responsable el farmacéutico del servicio en cuestión (SF, DM o botiquín). El resto de CCAA no se pronuncia al respecto.

Entre las funciones asignadas al farmacéutico responsable de los SF de La Rioja, figura la elaboración de instrucciones para la reposición de aquellos medicamentos que requieran una especial vigilancia almacenados en las unidades de enfermería. Función que precisa el consentimiento de la Dirección del centro⁵³⁹.

La única autonomía que indica que se hará constar la dotación de medicamentos y productos sanitarios necesarios en función de la

⁵³⁶ Andalucía: LOF Andalucía art. 55; Aragón: LOF Aragón arts. 34.1, 36.a, 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 arts. 4.1 y art.16.a (BOA núm. 144, de 1 de diciembre); Asturias: LOF Asturias art. 53; Baleares: LOF Baleares art. 52.2 y D 39/2003 art. 21.2; Canarias: LOF Canarias art. 63.2; Cantabria: LOF Cantabria arts. 37.5.c y 38.4.f; Castilla-La Mancha: LOF Castilla-La Mancha art. 62.1; Castilla y León: LOF Castilla y León arts. 44.1.c y 45.a; Cataluña: LOF Cataluña arts. 12.3.a y 12.7; Extremadura: LOF Extremadura arts. 50.1.A.a y 53.1.a; Galicia: LOF Galicia arts. 35.2.f y 32; La Rioja: LOF La Rioja arts. 15.1.b y 15.2; Madrid: LOF Madrid art. 54; Murcia: LOF Murcia arts. 37.1 y 38.4.f, Navarra: LOF Navarra arts. 36.2 y 39; País Vasco: LOF País Vasco arts. 28.1.b y 29.3; Comunidad Valenciana: D 94/2010 arts. 3.1.a y 6.2

⁵³⁷ Cantabria: LOF Cantabria arts. 37.5.c y 38.4.f; Cataluña: LOF Cataluña art. 12.7; Murcia: LOF Murcia art. 38.4.f

⁵³⁸ D 94/2010 art. 6.2

⁵³⁹ LOF La Rioja art. 16.5.d

población y patologías más frecuentes es Baleares. Esta relación vendrá dada en la resolución de autorización del DM⁵⁴⁰. En cualquier caso, no se concreta si se refiere a existencias mínimas de medicamentos de cualquier grupo terapéutico o a fármacos que requieren un control más exhaustivo. En Aragón se indica penalización para la OF que tenga vinculado un DM, por presentar deficiencias en el funcionamiento o suministro de medicamentos. En estos casos, la Administración puede revocar la vinculación y asignarla a la siguiente OF del concurso conforme a los méritos alcanzados⁵⁴¹.

Se trata de una cuestión delicada ya que la exigencia de disponer de una relación de medicamentos y/o productos sanitarios implica para el servicio farmacéutico el mantenimiento de un stock y por lo tanto una inversión económica, y para la administración competente (o quien se determine) la continua actualización del listado para asegurar que realmente se ajusta a las necesidades de la población atendida.

En este sentido, en el ámbito de la OF y almacenes farmacéuticos, permanece vigente una orden de 1965 sobre existencias mínimas y un Real Decreto⁵⁴². La insuficiente actualización conduce a que se den situaciones como la falta de comercialización de ciertos fármacos del listado; la tenencia obligatoria de fármacos de escasa aplicación y la falta de otro tipo de productos de mayor necesidad⁵⁴³.

En cualquier caso, la elaboración de una GFT sociosanitaria geriátrica, para discapacitados u otras, aunque no constituyen un listado obligatorio, sí suponen una orientación de lo que puede precisar la población atendida.

⁵⁴⁰ LOF Baleares art. 52.2

⁵⁴¹ Decreto 286/2003, de 18 de noviembre, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Farmacia Hospitalaria y los depósitos de medicamentos art.14.8 (BOA núm. 144, de 1 de diciembre)

⁵⁴² Farmacias: Orden de 5 de mayo de 1965 por la que se establecen las existencias mínimas de las farmacias y almacenes farmacéuticos (BOE núm. 127, de 28 de mayo). Almacenes: Real Decreto 782/2013, de 11 de octubre, sobre distribución de medicamentos de uso humano (BOE núm. 251, de 19 de octubre)

⁵⁴³ BEL E Y SUÑÉ JM. Existencias mínimas en farmacias. OFFARM [revista en Internet] 2002 [acceso 1 de abril de 2014] 21(8): [151-160]. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?f=10&pident_articulo=13035876&pident_usuario=0&pident_revista=4&fichero=4v21n08a13035876pdf001.pdf&ty=33&accion=L&origen=doymafarma&web=www.doymafarma.com&lan=es

2.5.6 Sistemas de prescripción y dispensación

A. Prescripción

El sistema sanitario no se ha mantenido al margen de los avances tecnológicos de los últimos años. Conscientes de la valiosa herramienta que supone la aplicación de la tecnología a la prescripción y dispensación, el siglo XXI ha supuesto la implantación y extensión de la receta electrónica en España.

En la LCC se refleja el compromiso con la investigación científica, el desarrollo y la innovación tecnológica⁵⁴⁴. Se dispone la creación de una Red de Comunicaciones del SNS que permita, entre otras cosas, la circulación de información de alertas, información clínica, registros sanitarios y receta electrónica⁵⁴⁵. De este modo, se pretende ofrecer al interesado y a los profesionales sanitarios el acceso a la historia clínica con las garantías de calidad, confidencialidad e integridad de la información⁵⁴⁶. También en esta ley es donde se insta a las autonomías a que con la participación de las organizaciones colegiales médica y farmacéutica se tienda a la implantación de la receta electrónica⁵⁴⁷.

Como consecuencia, se inicia la implantación de la receta electrónica en España con unos requisitos mínimos comunes determinados con carácter básico por el Gobierno⁵⁴⁸. Este nuevo modelo de receta, igual que los anteriores (soporte en papel para cumplimentación manual e informatizada), debe ajustarse a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (en adelante, LOPD) y en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica⁵⁴⁹.

La implantación de la receta electrónica, sin embargo, no ha estado exenta de complicaciones. La orografía española, la dispersión de la población y de las farmacias son factores que han condicionado el ritmo de su puesta en marcha y sus costes finales. La edad de buena parte de la plantilla de médicos del SNS supera los cincuenta años, lo que en general implica el desconocimiento de la tecnología

⁵⁴⁴ LCC art.45

⁵⁴⁵ LCC art.54

⁵⁴⁶ LCC art.56

⁵⁴⁷ LCC art.33

⁵⁴⁸ LGURM art. 77.8

⁵⁴⁹ LCC art.56

informática. Se ha requerido, por tanto, dar una formación de los programas informáticos desde los niveles más básicos. En general, la adaptación del ciudadano es buena, aunque algunas personas mayores tienen cierta dificultad para comprender el sistema y la planificación del calendario de dispensaciones. Se suman las dificultades en la puesta al día de las OF (adaptación de equipos y programas informáticos). Todo ello sin olvidar el esfuerzo económico tanto por parte de las Administraciones sanitarias como de las OF para la implantación del proyecto.

El proceso de implantación no ha finalizado y parece ser que se ha ralentizado en relación al ritmo inicial. Entre las causas, se encuentra aparentemente un incremento del gasto, al menos en la parte inicial del proceso⁵⁵⁰. La crisis económica que está sufriendo el país, ha supuesto un freno añadido.

La implantación de la receta electrónica en las CCAA sigue un proceso desigual. En 2011 estaba implantado el sistema de receta electrónica en los centros de salud de 6 CCAA (Andalucía, Baleares, Canarias, Cataluña, Extremadura y Galicia), cinco estaban en fase de extensión (Aragón, Cantabria, Castilla-La-Mancha, País Vasco y la Comunidad Valenciana), y otras seis en proyecto piloto. Asimismo estaba prevista la implantación en la agenda del INGESA⁵⁵¹. Esto supone que más de la mitad de los centros de salud del SNS (unos 2.500) disponían de receta electrónica. Y más de 10.000 farmacias contaban con este servicio. Suponía una cobertura de aproximadamente 23 millones de ciudadanos. En 2011, se habían dispensado electrónicamente 321 millones de recetas del total de los 828 millones de recetas dispensadas en ese año⁵⁵². A principios de 2012 sólo Andalucía, Baleares, Cantabria,

⁵⁵⁰ TRUJILLO J. "E-receta: más calidad y seguridad para el paciente, pero ¿con más gasto sanitario? CORREO FARMACÉUTICO [periódico en Internet] 2 de noviembre de 2009 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.correofarmacautico.com/2009/11/02/al-dia/profesion/e-receta-mas-calidad-y-seguridad-para-el-paciente-pero-con-mas-gasto-sanitario>

⁵⁵¹ Información cualitativa. Estado de las TIC en el Sistema Nacional de Salud - El Programa Sanidad en Línea. [base de datos en internet] MIET (Madrid); 2011 [acceso 23 de abril de 2013]. Disponible en: <http://www.red.es/publicaciones/articulos/id/6100/las-tic-el-sistema-nacional-salud-programa-sanidad-linea.html>

⁵⁵² MSSSI y MIET. Las TIC en el Sistema Nacional de Salud. El programa Sanidad en Línea. Pág.14-17. [monografía en internet] Madrid: MSSSI y MIET; 2011 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.red.es/media/2012-07/1343654162527.pdf>

Cataluña y Extremadura contaban con una implantación total y Canarias, Galicia y Valencia con una implantación media. Otras autonomías estaban todavía con pilotajes⁵⁵³. Según el CGCOF, en 2014 la extensión de la e-receta superaba los dos tercios del sistema, siendo las más retrasadas Castilla y León, La Rioja y Madrid⁵⁵⁴.

Queda pendiente la interoperabilidad entre CCAA que consistirá en una conexión central *on line* con el Ministerio para recetas de desplazados procedentes de otras comunidades, al tiempo que se hará un seguimiento de la prestación⁵⁵⁵, ⁵⁵⁶. Cuestión que según el Real Decreto-Ley 9/2011, de 19 de agosto debía quedar resuelta antes del 1 de enero de 2013⁵⁵⁷, pero que se ha retrasado a finales de 2014⁵⁵⁸.

⁵⁵³ RAMOS MJ. La crisis frena la expansión de la receta electrónica en media España. CORREO FARMACÉUTICO [Internet] 27 de septiembre de 2010 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en:

<http://www.correofarmaceutico.com/2010/09/27/al-dia/profesion/la-crisis-frena-la-expansion-de-la-receta-electronica-en-media-espana>

BUSTELO M. Cantabria culmina la implantación de la receta electrónica en atención primaria. CORREO FARMACÉUTICO [Internet] 5 de enero de 2012 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en:

<http://www.correofarmaceutico.com/2012/01/05/al-dia/profesion/cantabria-culmina-la-implantacion-de-la-receta-electronica-en-atencion-primaria>

⁵⁵⁴ T J. Los COF revisan el nivel de extensión de la receta electrónica. CORREO FARMACÉUTICO [Internet] 26 de febrero de 2014 [acceso 14 de abril de 2014]. Disponible en:

<http://www.correofarmaceutico.com/2014/02/26/al-dia/profesion/cof-revisan-nivel-extension-receta-electronica>

⁵⁵⁵ Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Utilización de las tecnologías de la información para mejorar la atención a los ciudadanos. Estrategia 11: Sanidad en Línea [Internet] 2006 [acceso 1 de abril de 2014]: pág. 17. Disponible en:

http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/tic/sanidad_en_linea_WEB_final.pdf

⁵⁵⁶ Sanidad garantizará la interoperabilidad de las tarjetas "en toda España". CORREO FARMACÉUTICO [Internet] 25 de octubre de 2010 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.correofarmaceutico.com/2010/10/25/al-dia/profesion/sanidad-garantizara-la-interoperabilidad-de-las-tarjetas-en-toda-espana>

⁵⁵⁷ Real Decreto-ley 9/2011, de 19 de agosto, de medidas para la mejora de la calidad y cohesión del sistema nacional de salud, de contribución a la consolidación fiscal, y de elevación del importe máximo de los avales del Estado para 2011 art.7 (BOE núm. 200, de 20 de agosto)

⁵⁵⁸ T J, op. cit.

Con la incorporación de la receta electrónica, se presentan cuatro formas de prescripción:

- receta en soporte de papel manual
- receta en soporte de papel informatizada
- receta en soporte electrónico
- receta propia de la institución⁵⁵⁹

Estos documentos vienen recogidos en el Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre⁵⁶⁰ que sustituye al Real Decreto 1910/1984, de 26 de septiembre, de recetas médicas⁵⁶¹. En él se definen la receta médica (art. 1). A diferencia de las recetas en soporte de papel, la receta electrónica permite la prescripción de uno o más medicamentos y uno o varios productos sanitarios⁵⁶².

En el caso de la receta electrónica pueden realizarse prescripciones para un período máximo de un año, con las limitaciones reglamentarias para la prescripción de estupefacientes de la Lista I de la Convención Única de 1961. La receta electrónica queda programada para que una dispensación no supere un mes de duración de tratamiento (salvo cuando el formato del medicamento o producto sanitario prescrito corresponda a un periodo superior según su ficha técnica⁵⁶³).

La principal característica de la prescripción en las recetas propias del centro en SF y DM es que posibilita la dispensación mediante envases clínicos⁵⁶⁴, con el consiguiente ahorro económico como puede verse en el apartado de facturación (véase epígrafe 2.6) siempre que el medicamento disponga de esta presentación en España.

La Comunidad Valenciana es la única autonomía de momento, que ha descrito en su legislación el sistema de prescripción a emplear en cada

⁵⁵⁹ Esta receta es confeccionada, editada y distribuida por el propio c.s.s.. Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación art. 4.3 (BOE núm. 17, de 20 de enero)

⁵⁶⁰ Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación (BOE núm. 17, de 20 de enero)

⁵⁶¹ Real Decreto 1910/1984, de 26 de septiembre, de receta médica (BOE núm. 259, de 29 de octubre)

⁵⁶² Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación arts. 8.3 y 17.4 (BOE núm. 17, de 20 de enero)

⁵⁶³ *Ibidem*, art. 8.3

⁵⁶⁴ D 94/2010 art. 12.7

servicio farmacéutico⁵⁶⁵. No obstante, en la medida en que se va implantando la receta electrónica en cada autonomía⁵⁶⁶, se pueden aprovechar las ventajas que ofrece cuando la dispensación es a través de OF.

En la Comunidad Valenciana, para poder llevar a cabo un sistema de prescripción en función del tipo de servicio farmacéutico, la AVS registra el tipo de servicio del c.s.s. y los residentes con cobertura sanitaria de la AVS⁵⁶⁷. A partir de estos datos, el sistema de información sanitario (SIS) formaliza la prescripción de los pacientes:

- en el caso de los SF y DM, en orden médica informatizada en papel (que es sustituida por receta médica del centro según el Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre)
- en el caso de botiquines, en receta médica electrónica si la zona de salud cuenta con estos servicios, o en su defecto en receta oficial de la Conselleria de Sanitat⁵⁶⁸.

⁵⁶⁵ Además de la Comunidad Valenciana, únicamente Aragón especifica que "toda petición de medicamentos deberá estar avalada por la correspondiente prescripción médica u orden médica firmada". Decreto 286/2003, de 18 de noviembre, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Farmacia Hospitalaria y los depósitos de medicamentos art.14.2 (BOA núm. 144, de 1 de diciembre)

⁵⁶⁶ Las autonomías han publicado sus respectivos decretos con el objeto de regular la receta electrónica (por ejemplo el Decreto 159/2007, de 24 de julio, por el que se regula la receta electrónica y la tramitación telemática de la prestación farmacéutica con cargo al Servei Català de Salut (BOC 4.934, de 26 de julio) y el Decreto 181/2007, de 19 de junio, por el que se regula la receta médica electrónica de Andalucía (BOJA núm. 123, de 22 de junio))

También a través de convenios se han establecido las pautas de colaboración entre las OF y los Servicios de Salud. Como ejemplo se puede citar el "Convenio de colaboración entre el Departamento de Sanidad y Consumo y el Consejo de Farmacéuticos del País Vasco sobre Receta electrónica de 12 de enero de 2011", la "Adenda al Concierto suscrito con fecha 22 de diciembre de 2003, entre el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha y los Colegios Oficiales de Farmacéuticos de Castilla-La Mancha" o el "Convenio de colaboración entre la Agencia Valenciana de Salud de la Conselleria de Sanidad y los Colegios Oficiales de Farmacéuticos de las provincias de Alicante, Castellón y Valencia para el desarrollo de la «Atención Farmacéutica Electrónica-Dispensación Electrónica», en el marco de la receta electrónica de la Generalitat Valenciana.

⁵⁶⁷ D 94/2010 art.12.3

⁵⁶⁸ Fue a partir de 2001 cuando, con el objeto de ofrecer al ciudadano una atención integral social y sanitaria, se establecieron los procedimientos

Los responsables del c.s.s. deben informar al usuario o a sus representantes legales de las condiciones de prestación farmacéutica enumeradas⁵⁶⁹. En estos centros, la forma de prescripción depende de si el usuario opta por la dispensación en OF o servicio farmacéutico. Decisión que debe tomar en el momento de la prescripción⁵⁷⁰.

Como fomento del URM, todos los sistemas de prescripción empleados en c.s.s., se ajustan a las actuaciones clínicas descritas en cualquier GFT de las editadas por las Consellerías con competencias en Servicios Sociales y Sanidad (geriátrica, de discapacitados)⁵⁷¹.

Las ayudas en la prescripción para el facultativo (sistema de alertas, historial farmacoterapéutico, coste-efectividad), el fomento del URM y el conocimiento en tiempo real del consumo de productos farmacéuticos que ofrece la receta electrónica, son una oportunidad que las autonomías pueden aprovechar en el ámbito sociosanitario.

La normativa farmacéutica sociosanitaria valenciana con el fin de beneficiarse de todo ello, da prioridad a la prescripción con *receta electrónica* – frente a la informatizada y manual – en centros con DM y botiquines sociosanitarios⁵⁷². También obliga a la integración de la información clínica de los residentes en todos los c.s.s. (públicos y privados) con el dispositivo de historia clínica electrónica de la AVS. De este modo, el SFT, ayuda a evitar duplicidades de recetas y de tratamientos. Cuando no se dispone de receta electrónica se procede según la forma tradicional con receta médica manual.

Desde julio de 2012, las nuevas prescripciones, tanto de tratamientos agudos como de crónicos, se han de hacer, de forma general, por principio activo. Los tratamientos crónicos prescritos con anterioridad por marca pueden mantener la misma cuando sea la de menor precio dentro de su grupo homogéneo o esté incluida en el sistema de precios

necesarios para la utilización de recetas oficiales del SNS por parte de los facultativos médicos de las residencias públicas, asistidas y concertadas. Resolución de 28 de febrero de 2001, del Conseller de Sanidad, por la que se regula la utilización de talonarios de recetas oficiales del Sistema Nacional de Salud, parte de consulta y hospitalización p.10 y hoja de interconsulta por parte de los facultativos médicos de las residencias de atención sociosanitaria públicas, de gestión integral y concertadas (DOGV núm. 3.967, de 27 de marzo)

⁵⁶⁹ D 94/2010 art. 12.1

⁵⁷⁰ D 94/2010 art. 12.4

⁵⁷¹ D 94/2010 art. 12.6

⁵⁷² D 94/2010 art. 12.2

de referencia. Respetándose en todo caso el principio de mayor eficiencia. La prescripción por marca engloba también a los medicamentos no sustituibles (RDL 16/2012 art. 4.1).

B. Dispensación

La labor del farmacéutico no debe limitarse a un simple suministro de medicamentos⁵⁷³, sino que debe ser una acción de verdadera dispensación. Requiere la supervisión del farmacéutico desde que recibe la prescripción hasta que es entregado al paciente⁵⁷⁴. Con esta acción se pretende garantizar el cumplimiento de la prescripción, disminuir errores de medicación y procurar la correcta administración de medicamentos⁵⁷⁵. A estos objetivos hay que añadir el de disminuir el coste de la medicación en la medida de lo posible. La calidad de este servicio depende inexcusablemente de la formación y actualización profesional además de unas adecuadas aptitudes como la capacidad de comunicación, relación social y amabilidad.

La pluripatología, polimedicación y los cambios farmacocinéticos y farmacodinámicos que acompañan a la edad – característica de la mayor parte de la población de los centros objeto de este estudio – precisan el valor añadido que concede la dispensación frente al simple

⁵⁷³ La regulación de la dispensación en los servicios farmacéuticos de los c.s.s. descarta prácticas irregulares por acuerdos entre c.s.s. y OF, así como la dispensación por correo o mensajería para enfermos crónicos planteada en la LOF Galicia art. 4.

El sistema de dispensación por mensajería previsto en Galicia, propuesto como inconstitucional por el Abogado del Estado, se resolvió conforme a normativa en la STC 152/2003 de 17 de julio., al encuadrarse en la *ordenación farmacéutica* o de *establecimientos farmacéuticos* (de competencia autonómica) y no en la *legislación de productos farmacéuticos* (de competencia estatal). Se justifica esta sentencia en la aclaración de que existe una clara diferencia conceptual entre la venta de medicamentos a domicilio y la entrega de medicamentos previamente dispensados en una OF.

A pesar del fallo del Tribunal Constitucional, tres magistrados manifestaron su discrepancia por considerar que *«la regulación de la dispensación se inscribe en el ámbito material de la legislación sobre productos farmacéuticos, y no en el de la ordenación farmacéutica o establecimientos farmacéuticos», en razón a su mayor conexión específica con aquélla y con la finalidad a que se ordena.* STC 152/2003 de 17 de julio "fundamentos jurídicos. 7"

⁵⁷⁴ SANTOS B y PÉREZ I, op. cit., 416-417

⁵⁷⁵ HERRERA CARRANZA J. Manual de Farmacia Clínica y atención farmacéutica. España: Elsevier; 2003. Págs. 101-102.

suministro. (Ver epígrafe 1.1. Capítulo 3. "Importancia de la Atención Farmacéutica", pág. 103).

La dispensación se hace efectiva en los servicios farmacéuticos (SF, DM y botiquines). En la LGURM, a semejanza de lo previsto en la anterior Ley del Medicamento⁵⁷⁶, ya derogada, se apunta que se requiere la colaboración de las OF con el SNS para garantizar el URM en la atención primaria de salud⁵⁷⁷. Colaboración que se pone de manifiesto en los servicios farmacéuticos sociosanitarios vinculados a OF.

En las leyes de farmacia y conciertos autonómicos se aprecia la voluntad del ejercicio de la *dispensación activa* en los c.s.s.:

-en Aragón se hace referencia a la intención de mejorar la atención farmacéutica para que no se limite al suministro del medicamento y se acompañe de las actividades complementarias para el éxito de esta labor⁵⁷⁸

-el concierto de Madrid de 2011⁵⁷⁹ se centra en el desarrollo de programas de atención farmacéutica para pacientes de residencias a través de la implantación de sistemas personalizados de administración de medicamentos y SFT individualizado^{580, 581}.

⁵⁷⁶ Ley del Medicamento art. 97

⁵⁷⁷ LGURM art. 96

⁵⁷⁸. Orden de 30 de junio de 2008, del Vicepresidente del Gobierno, por la que se dispone la publicación del Convenio marco de colaboración, entre el CGCOF, los Colegios Oficiales de Farmacéuticos de Huesca, de Teruel y de Zaragoza y la Comunidad Autónoma de Aragón, por el que se establecen las líneas generales de actuación en materia de atención farmacéutica y promoción de la salud "Cláusula 15. Dispensación en residencias sociosanitarias" (BOA núm. 5, de 9 de enero de 2009)

⁵⁷⁹ En el anterior concierto de 2004, ya se requería el ejercicio de una dispensación activa según se describe en su Anexo 1.

Concierto entre la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid y el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid por el que se fijan las condiciones para la colaboración de las oficinas de farmacia con el sistema sanitario de la Comunidad de Madrid. 2004. Anexo 3

⁵⁸⁰ Decreto 6/2006, de 19 de enero. Aprueba medidas para la mejora de la prestación farmacéutica a los pacientes crónicos (BOCM núm. 25, de 19 de enero). Se aprueban ciertas medidas para la mejora de la prestación farmacéutica a pacientes crónicos, en concreto, pacientes jubilados o en edad de jubilación que residiesen en sus domicilios o en residencias y a pacientes con enfermedades crónicas graves (lesiones medulares, espina bifida,...).

- el objetivo de la Comunidad Valenciana es la dispensación informada y colaboración con la Administración en el URM⁵⁸². En su concierto de 2004, se indica la intención de promover y supervisar la incorporación de Programas de Atención Farmacéutica, orientados a la promoción de la salud y el uso correcto de los medicamentos para los c.s.s. de titularidad privada. Para ello se previó el diseño y desarrollo de cursos para que los farmacéuticos de OF ejercieran eficazmente su labor asistencial⁵⁸³.

En la *Tabla 39*⁵⁸⁴ se indica el tipo de productos farmacéuticos que cada autonomía obliga a dispensar en los servicios farmacéuticos de sus c.s.s.. En todas las autonomías se contempla la dispensación de medicamentos⁵⁸⁵ en SF y DM a excepción de Extremadura que habla de suministro en sus SF y de Andalucía, Castilla-La Mancha y Madrid que

⁵⁸¹ Concierto entre la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid y el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid por el que se fijan las condiciones para la colaboración de las oficinas de farmacia con el sistema sanitario de la Comunidad de Madrid. 2011. Anexo 1, apartado 4

⁵⁸² D 94/2010 "preámbulo"

⁵⁸³ Concierto entre la Conselleria de Sanitat y los Colegios Oficiales de Farmacéuticos de las provincias de Alicante, Castellón y Valencia. 2004. Anexo D

⁵⁸⁴ Andalucía: LOF Andalucía art.55; Aragón: LOF Aragón art.34.1 y 36.a; Asturias: LOF Asturias art.53.a; Baleares: LOF Baleares art.52.1; Canarias: LOF Canarias art.63.2; Cantabria: LOF Cantabria art.37.5.a y 38.4.a; Castilla-La Mancha: LOF Castilla-La Mancha art.62; Castilla y León: LOF Castilla y León art.44.1.c y 45.a; Cataluña: LOF Cataluña art.12.3.a y 12.6.a; Extremadura: LOF Extremadura SF: art.58.3, 51.2, 50.1.C.a y 50.1.A.a; DM:art.53.1.a; Galicia: LOF Galicia art.35.2.a y 32.2; La Rioja: LOF La Rioja art.15.1.b y 15.2; Madrid: LOF Madrid art.54; Murcia: LOF Murcia art.37.1 y 38.4.a; Navarra: LOF Navarra art.36.2 y 39.2; País Vasco: LOF País Vasco art.28.1.a y 29.3; Comunidad Valenciana: D 94/2010 art.3.1.a.

⁵⁸⁵ Se puede interpretar que los medicamentos a que se refieren las normas autonómicas son aquellos calificados por la AEMPS como sujetos a prescripción médica. Ya que, según el artículo 19 de la LGURM, la dispensación de los medicamentos para el autocuidado de la salud que no exigen prescripción médica corresponde a las OF.

ABELLÁN F. Baremo único y equiparación de experiencia. CORREO FARMACÉUTICO [Internet] 29 de noviembre de 2010 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.correofarmaceutico.com/2010/11/29/opinion-participacion/tribunas/tribuna-baremo-unico-y-equiparacion-de-experiencia>

En este sentido, debe observarse que la obligación de la dispensación solo contempla a los medicamentos y en su caso productos sanitarios y/o nutrición artificial, quedando fuera de esta obligación los productos de parafarmacia como puedan ser adhesivos para prótesis dentales, colutorios y otros.

están a la espera de desarrollo reglamentario. En Valencia también se realiza esta función en los botiquines sociosanitarios. En esta autonomía, las residencias de titularidad pública participan en el programa de suministro directo de medicamentos de la AVS (SUMED), según el cual las compras se realizan preferentemente de forma centralizada a través de la Unidad Central de Compras de la AVS. Los SF de las residencias de titularidad privada pueden sumarse a este sistema de petición y suministro para determinados medicamentos si así lo dispone la AVS⁵⁸⁶, ⁵⁸⁷. (Véase epígrafe “4.3.5.C Productos farmacéuticos”). En aquellos centros municipales que carecen de SF y DM la prescripción y dispensación es mediante receta oficial del SNS⁵⁸⁸. En todo caso, la dispensación de medicamentos en los servicios farmacéuticos de los c.s.s. valencianos se ha de adecuar, siempre que sea posible, a la utilización de envases clínicos, medicamentos genéricos o de precio menor⁵⁸⁹.

Corresponde a SF y DM de Asturias, Baleares y La Rioja la dispensación de productos sanitarios, así como a los SF de Cataluña, Extremadura y Murcia y a los DM de Aragón, Castilla y León y Galicia. La dispensación de productos sanitarios en OF no es la práctica habitual en muchas autonomías ya que, como se indicó en el “2.5.3.B. Productos sanitarios” del Capítulo 4, la compra de tales productos se hace vía concurso por parte de la Administración⁵⁹⁰.

Por último, la dispensación de nutrición artificial solo se especifica en los SF de los c.s.s. de Aragón y Castilla y León, advirtiéndose en esta última

⁵⁸⁶ D 94/2010 art. 13.3

⁵⁸⁷ Según CODOÑER et al., los pedidos se realizan directamente a los laboratorios, preferentemente a través de la Unidad Central de Compras de la Conselleria de Sanidad. El Servicio de Provisión y Asistencia Farmacéutica de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios de la misma Conselleria tramita, valida y certifica las facturas. (En 2009 fueron suministrados 75 principios activos de 30 proveedores a cinco SF de c.s.s. públicos que los distribuyeron a su vez a 41 DM dependientes).

⁵⁸⁸ BARBERÁ GONZÁLEZ T et al, Prestación farmacéutica en centros sociosanitarios de la Comunitat Valenciana. Periodo: enero – junio 2008 vs enero – junio 2009, op. cit.

⁵⁸⁹ D 94/2010 art. 12.7

⁵⁹⁰ Concretamente, en la Comunidad Valenciana la petición y suministro se lleva a cabo a través del programa de suministro directo de productos sanitarios de la AVS (SUPRO), siendo entregados por el personal de enfermería.
D 94/2010 arts. 13.1 y 13.2

autonomía un posible acuerdo de retorno de beneficios⁵⁹¹. La Ley de farmacia vasca, por su parte, no hace referencia a la dispensación de este tipo de productos, sin embargo, el concierto alude también a un posible acuerdo de retorno de beneficios cuando las OF suministren estos productos a sus c.s.s.⁵⁹².

La dispensación de todos estos productos, sean de formato normal o de envase clínico, está sujeta a un sistema de copago⁵⁹³ en función de la renta del usuario (ya sea el asegurado o el beneficiario del mismo) según determina el RDL 16/2012 (*Tabla 40*).

En el caso de los medicamentos de aportación reducida se abona el 10 % hasta un máximo de 4,13 €.

El asegurado y sus beneficiarios abonan estas cantidades en el momento de la dispensación⁵⁹⁴ y las autonomías les reintegran, con una periodicidad máxima semestral, el importe que exceda la aportación mensual máxima.

Los mutualistas y clases pasivas de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE), del Instituto Social de las Fuerzas Armadas (ISFAS) y la Mutualidad General Judicial (MUGEJU)

⁵⁹¹ Concierto entre la Gerencia Regional de Salud y el Consejo de Colegios Profesionales de Farmacias de Castilla y León, por el que se fijan las condiciones para la ejecución de la prestación a través de las oficinas de farmacia, de diciembre de 2002, op. cit, anexo C

⁵⁹² Concierto por el que se fijan las condiciones para la ejecución de la prestación farmacéutica y la colaboración sanitaria con el Departamento de Sanidad a través de las Oficinas de Farmacia de la C.A. País Vasco. 2006, pág. 72. anexo E

⁵⁹³ El precio de los medicamentos en España está por debajo de la media europea y que el gasto per cápita en medicinas es uno de los más altos de Europa como consecuencia del número de prescripciones. Autores como ESPÍN H y BERMÚDEZ-TAMAYO C recuerdan que en todo caso, se tiene un problema de demanda y no de oferta. Sin embargo, recuerdan que el copago (que implica una falta de equidad), no es la única medida que se puede tomar para actuar sobre la demanda, sino que también se puede actuar sobre el médico. ESPÍN J, BERMÚDEZ-TAMAYO C., op. cit.

⁵⁹⁴ En la Comunidad Valenciana se indica que cuando la dispensación se hace en OF, el abono de los productos farmacéuticos se hace en el momento de la dispensación, mientras que cuando se hace en c.s.s. o sanitario es vía bancaria. Decreto-ley 2/2013, de 1 de marzo, del Consell, de Actuaciones Urgentes de Gestión y Eficiencia en Prestación Farmacéutica y Ortoprotésica disposición final primera (DOGV núm. 6.978, de 5 de marzo)

mantienen su propio convenio en cuanto a prestación farmacéutica con una aportación del 30%⁵⁹⁵.

Quedan exentos de aportación las personas afectadas por el síndrome tóxico y personas con discapacidad según su normativa, los perceptores de rentas de integración social, los perceptores de pensiones no contributivas, los parados que han perdido el derecho a percibir subsidio por desempleo y los tratamientos derivados de accidentes de trabajo y enfermedad profesional.

Según este mismo Real Decreto-ley cuando la prescripción sea por principio activo se debe dispensar el medicamento de menor precio del grupo homogéneo y en caso de igualdad el medicamento genérico o el biosimilar correspondiente^{596, 597}.

C. Distribución

De acuerdo con la LGURM, el farmacéutico en los servicios farmacéuticos de hospitales, debe *«establecer un sistema eficaz y seguro de distribución de medicamentos, tomar las medidas para garantizar su correcta administración, custodiar y dispensar los productos en fase de investigación clínica y velar por el cumplimiento de la legislación sobre medicamentos de sustancias psicoactivas o de cualquier otro medicamento que requiera un control especial»*.

Paralelamente, algunas autonomías responsabilizan al farmacéutico del establecimiento de un sistema eficaz y seguro de distribución de los medicamentos en los c.s.s. (Aragón, Cantabria, Castilla y León, Cataluña, Extremadura, Galicia, La Rioja, Murcia, Navarra, País Vasco y Valencia). Aragón, Cataluña, Extremadura, Galicia, Murcia y Navarra añaden el requisito de la implantación de medidas que garanticen la correcta administración. En Navarra se introduce la prioridad de los sistemas en unidosis⁵⁹⁸ (Tabla 41⁵⁹⁹).

⁵⁹⁵ RDL 16/2012 art. 4.13

⁵⁹⁶ *Ibidem*, art. 4.1

⁵⁹⁷ En la situación actual de España en que los medicamentos de marca financiados por la Seguridad Social se acogen al precio menor carece de relevancia en cuanto al gasto generado a la Administración la dispensación de un medicamento genérico o de marca comercial. Si puede resultar importante, sin embargo, para optimizar la gestión del servicio farmacéutico, si pueden realizarse la mayoría de las dispensaciones o todas, de medicamentos genéricos, los cuales en general ofrecen mejores condiciones de compra.

⁵⁹⁸ Navarra: LOF Navarra art. 36.4

La necesidad de racionalizar la dispensación de los medicamentos para mejorar su seguridad, fue el origen, hacia los años cincuenta, de los sistemas de distribución en dosis unitarias. Este sistema lleva implícita una mayor implicación del farmacéutico en el trabajo asistencial ya que permite, si es necesario, el seguimiento y su intervención, una vez ha revisado la prescripción médica⁶⁰⁰.

▪ **Dosis unitarias y SPD**

La OMS reconoce que los farmacéuticos pueden desempeñar un papel primordial en la mejora del cumplimiento de los tratamientos farmacológicos⁶⁰¹. Afirma también que la atención farmacéutica es particularmente relevante en grupos especiales de pacientes y debe incluir:

- la educación del paciente o de sus cuidadores en el uso adecuado de los medicamentos (pág. 45)
- la revisión de la historia farmacológica
- la supervisión continuada de la terapia (pág. 136)

⁵⁹⁹ Andalucía: LOF Andalucía art. 55; Aragón: LOF Aragón arts. 34.3, 36.b; Decreto 286/2003, de 18 de noviembre, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Farmacia Hospitalaria y los depósitos de medicamentos art.16.b (BOA núm. 144, de 1 de diciembre); Asturias: LOF Asturias art. 53; Baleares: LOF Baleares art. 52; Canarias: LOF Canarias art. 63; Cantabria: LOF Cantabria art. 38.4.b; Castilla-La Mancha: LOF Castilla-La Mancha art. 62; Castilla y León: LOF Castilla y León arts. 44.1.e y 45.b; Cataluña: LOF Cataluña arts. 12.3.c y 12.6.b; Extremadura: LOF Extremadura: SF: arts. 53.1.b y 50.1.A.a; DM: art. 53.1.a; Galicia: LOF Galicia art. 35.2.b; La Rioja: LOF La Rioja arts. 15.1.c y 15.2; Madrid: LOF Madrid art. 54; Murcia: LOF Murcia arts. 37.1.3 y 38.4.b; Navarra: LOF Navarra arts. 36.4 y 39.2; País Vasco: LOF País Vasco arts. 28.1.c y 29.3; Comunidad Valenciana: D 94/2010 arts. 3.1.b

⁶⁰⁰ IRUIN SANZ A (coordinadora). Intervención farmacéutica a través del sistema de distribución en dosis unitaria. En: YFANTE MILA, J.I. (coordinador). Dispensación y distribución de medicamentos [Internet] [acceso 1 de abril de 2014]: pág. 182. Disponible en:

http://www.sefh.es/bibliotecavirtual/manualresidentefh/VU2_98_Capitulo_2_4.pdf

⁶⁰¹ WHO. Adherence to long-term therapies: evidence for action [monografía en Internet] Genova (Suiza): WHO; 2003 [acceso 1 de abril de 2014]: págs. 45, 136 . Disponible en:

http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/index.html

- la búsqueda de potenciales efectos adversos y la verificación de la capacidad de los pacientes para cumplir los tratamientos y tomar correctamente los medicamentos

El farmacéutico, como profesional sanitario, comparte con el resto de agentes sanitarios el objetivo de la consecución de la prevención de la enfermedad, promoción de la salud y calidad de vida del paciente. La LGURM⁶⁰² señala que *"[...] los farmacéuticos, como responsables de la dispensación de medicamentos a los ciudadanos, velarán por el cumplimiento de las pautas establecidas por el médico responsable del paciente en la prescripción, y cooperarán con él en el seguimiento del tratamiento a través de los procedimientos de atención farmacéutica, contribuyendo a asegurar su eficacia y seguridad. Asimismo participarán en la realización del conjunto de actividades destinadas a la utilización racional de los medicamentos, en particular a través de la dispensación informada al paciente"*.

En este contexto, los sistemas personalizados de dosificación se presentan como una herramienta de ayuda para optimizar la prestación farmacéutica^{603, 604}. El Real Decreto-Ley 9/2011, de 19 de

⁶⁰² LGURM art. 84.1.

⁶⁰³ La utilidad de estos sistemas ha animado al empleo, a nivel particular, en algunas OF y a la demanda de su inclusión en la cartera de servicios. El principal obstáculo para su generalización son los elevados costes que suscitan el debate de la remuneración del servicio, bien por la administración, los pacientes o las mutuas.

SUÁREZ MELLADO G. SPD: diez largos años esperando la concertación del servicio. CORREO FARMACÉUTICO [Internet] 7 de marzo de 2011[acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en:

<http://www.correofarmaceutico.com/2011/03/07/al-dia/entorno/spd-diez-largos-anos-esperando-la-concertacion-del-servicio>

⁶⁰⁴ Frente a la cada vez más extendida aceptación de los SPD, se publicó un trabajo realizado por la Facultad de Farmacia de la Universidad Alfonso X el Sabio, de Madrid, con la colaboración de la Federación Empresarial de Farmacéuticos Españoles (FEFE) que alertaba de «problemas como la estabilidad de los medicamentos, la interacción farmacológica y la contaminación bioquímica de diferentes medicamentos almacenados en un único alveolo, que pueden comprometer la biodisponibilidad de los tratamientos».

A la vista de estos resultados la Universidad de Barcelona elaboró otros estudios que demostraron la estabilidad química de determinados fármacos en un SPD (almacenados a 23±2°C y 75±3 por ciento de humedad relativa) y el grado de hermeticidad.

agosto, otorga un respaldo legal⁶⁰⁵ al uso del SPD con el fin de mejorar el cumplimiento terapéutico⁶⁰⁶.

También en la LGURM se prevé la autorización de dispensación de unidades concretas para determinados grupos de medicamentos y/o patologías que se indiquen. Con esta medida se pretende ajustar las unidades dispensadas a la duración del tratamiento pudiendo llevarse a cabo a partir del fraccionamiento de un envase, bien en su acondicionamiento primario, bien reacondicionado de forma protocolizada y con las garantías de las condiciones de conservación del medicamento e información al paciente⁶⁰⁷. Por tanto, la dispensación puede realizarse a partir de envases normales, unidosis, o fraccionamiento de envases normales o clínicos.

LOZANO MC, VALERO M, ROMERO CS y DE JESÚS F. Estudio de la estabilidad de medicamentos en los sistemas de dosificación personalizados (SPD). A propósito de un caso [Internet] mayo 2010 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.fefe.com/Informe%20SPDs%20-%20UAX.pdf>

GUILLÉN VALERA J. Demuestran la estabilidad química y la hermeticidad de los SPD. CORREO FARMACÉUTICO [Internet] 25 de octubre de 2010 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en:

<http://www.correofarmaceutico.com/2010/10/25/al-dia/entorno/demuestran-la-estabilidad-quimica-y-la-hermeticidad-de-los-spd>

MARIÑO HERNÁNDEZ E. Sistemas personalizados de dosificación: una herramienta para la práctica profesional sanitaria en la atención farmacéutica. PHARM CARE ESP [revista en Internet] [acceso 30 de mayo de 2012] 13 (1): [30-37]. Disponible en:

<http://www.pharmacareesp.com/index.php/PharmaCARE/article/view/48/45>

⁶⁰⁵ Según Pilar Gascón, secretaria del Consejo de Colegios de Farmacéuticos de Cataluña y P. Moreno, presidenta en Cataluña de la SEFAC, se resuelven los problemas de ilegalidad suscitados por estudios como el de la Universidad Alfonso X el Sabio, de Madrid.

STREJILEVICH L., op. cit.

SUÁREZ MELLADO G. El respaldo legal a los SPD disipa cualquier duda sobre su utilización. Correo Farmacéutico [periódico en Internet] 5 de septiembre de 2011 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en:

<http://www.correofarmaceutico.com/2011/09/05/al-dia/entorno/el-respaldo-legal-a-los-spd-disipa-cualquier-duda-sobre-su-utilizacion>

⁶⁰⁶ Real Decreto-ley 9/2011, de 19 de agosto, de medidas para la mejora de la calidad y cohesión del sistema nacional de salud, de contribución a la consolidación fiscal, y de elevación del importe máximo de los avales del Estado para 2011 art.1.5 (BOE núm. 200, de 20 de agosto)

⁶⁰⁷ LGURM modificado por el art. 12 del RDL 8/2010 art. 19.8

Existen varios modelos de SPD más o menos sofisticados, pero todos tienen en común el aporte de ventajas para el paciente como reducir los errores en la toma de medicamentos, evitar los problemas de manipulación y conservación, la posibilidad de unificar el control, almacenamiento y administración de la medicación en un solo elemento; además permiten reducir el stock almacenado en el domicilio y evitar problemas de confusión y/o intoxicación involuntaria⁶⁰⁸. En general, se consigue un mejor control de la medicación.

Para garantizar la calidad de la preparación y empleo de estos sistemas se han elaborado procedimientos normalizados de trabajo⁶⁰⁹, ⁶¹⁰ (PNT) en los que se detallan aspectos como la autorización del paciente, la entrevista inicial, la revisión del tratamiento, la notificación al médico responsable (*Figura 8⁶¹¹*), la responsabilidad del farmacéutico y la preparación de la medicación. Se concretan las formas galénicas susceptibles de acondicionamiento en SPD y el período máximo recomendado para su administración una vez preparados (de 2 a 3 semanas).

Este tipo de sistemas está especialmente recomendado en población polimedicada, de edad avanzada, discapacitados y/o con problemas

⁶⁰⁸ Procedimiento normalizado de trabajo. Sistema Personalizado de Dosificación elaborado por el Colegio de Farmacéuticos de Cáceres [Internet] COF Cáceres; 2009 [revisión en 2011; acceso 30 de mayo de 2012]: págs. 3, 4. Disponible en: <http://cofcaceres.portalfarma.com/DocumentosDpto/Ofarmacia/PNT-GEN-POLIMEDICADO%20-%2001%20SISTEMA%20DOSIFICACION%20PERSONALIZADO.pdf>

⁶⁰⁹ *Ibidem*

⁶¹⁰ COF Vizcaya. Manual de Procedimientos. Procedimiento del Sistema Personalizado de Dosificación (SPD). Farmacia Osasun. P-SPD Rev: 1. [Internet] Vizcaya; 2003 [acceso 30 de mayo de 2012] 13 (3). Disponible en:

[http://www2.cofbizkaia.net/COFBI/publicaciones.nsf/vwVigentesArea/E69AF3433C71B9DAC1256FE90062D018/\\$File/argibideak%20V13%20N3.pdf?OpenElement](http://www2.cofbizkaia.net/COFBI/publicaciones.nsf/vwVigentesArea/E69AF3433C71B9DAC1256FE90062D018/$File/argibideak%20V13%20N3.pdf?OpenElement)

⁶¹¹ DGFPs. Programa de Atención al Mayor Polimedicado. Para la mejora en la utilización de los medicamentos [monografía en Internet] Madrid: DGFPs; 2006 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en:

<http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DMayo+r+polimedicado.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1220370012917&ssbinary=true>

para la organización⁶¹². Por este motivo se está extendiendo su implantación en OF y c.s.s.. Concretamente Madrid y la Comunidad Valenciana han apoyado este tipo de dispositivos como ponen de manifiesto el Concierto de Madrid de 2011 y el D 94/2010⁶¹³.

Para conocer mejor el sistema madrileño cabe esbozar el modo en que se desarrolla la atención según se define en el programa que plantea esta comunidad autónoma. Entre los programas de atención farmacéutica y SFT propuestos en el Concierto de 2004⁶¹⁴ de Madrid y repetidos en el actual de 2011⁶¹⁵, se encuentra el dirigido a pacientes ingresados en residencias mediante la implantación de SPD y SFT individualizado. Se trata de actuaciones conjuntas con los demás profesionales sanitarios y en colaboración con el propio paciente que deben seguirse de forma continuada, sistematizada y documentada. Para colaborar con estos programas la OF debe participar en las actividades formativas diseñadas al efecto. Con estos programas se pretende garantizar una atención farmacoterapéutica de calidad para lo cual se realizan historias de SFT personalizado, control sobre el cumplimiento terapéutico y duplicidades, detección de problemas relacionados con el medicamento y reacciones adversas. Complementado todo ello con educación sanitaria para mejorar el cumplimiento terapéutico y la conservación y mantenimiento de botiquines domésticos.

Dentro del Programa de Atención al Mayor Polimedocado de Madrid (para mayores de 75 años), los SPD, son facilitados de forma gratuita por la Consejería de Sanidad de Madrid⁶¹⁶. Se dispone de dos tipos de SPD: los reciclables (más económicos a medio-largo plazo) (*Figura 9*), y los de un solo uso que van sellados (*Figura 10*⁶¹⁷) y evitan posibles alteraciones

⁶¹² COF Cáceres, op. cit., 5.

⁶¹³ D 94/2010 arts. 7.3.b y 12.5

⁶¹⁴ Programas específicos de atención farmacéutica. Concierto entre la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid y el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid por el que se fijan las condiciones para la colaboración de las oficinas de farmacia con el sistema sanitario de la Comunidad de Madrid. 2004. Anexo1.6.

⁶¹⁵ Programas específicos de atención farmacéutica y de seguimiento farmacoterapéutico. Concierto entre la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid y el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid por el que se fijan las condiciones para la colaboración de las oficinas de farmacia con el sistema sanitario de la Comunidad de Madrid. 2011, anexo 1.4

⁶¹⁶ DGFPS, op. cit. págs. 23 y 32

⁶¹⁷ *Ibidem*, 22

del contenido evitando errores en la administración de los medicamentos. Mediante una guía se selecciona el tipo de SPD idóneo según los resultados del test de Pfeiffer del paciente.

En la Comunidad Valenciana la dispensación de medicamentos en los SF de los c.s.s. públicos se realiza según un sistema de distribución en dosis unitarias, cuando la forma farmacéutica lo permite; en caso contrario, se realiza según el modelo convencional⁶¹⁸. En los DM de los centros públicos vinculados a estos SF se emplea también el modelo de dosis unitarias. El proceso comienza con la prescripción en receta médica del c.s.s. que es enviada por fax al SF. En ella se recogen los datos del paciente, fecha de prescripción y medicamentos prescritos, consignando la forma farmacéutica, posología, vía de administración, duración del tratamiento y firma del médico prescriptor. En el mismo SF se reenvasan las formas orales sólidas y formas orales líquidas (jarabes y gotas) para su dispensación en dosis unitarias. A partir de las historias farmacoterapéuticas se prepara semanalmente la medicación en blísteres semanales (es decir, SPD) identificados con etiquetas (*Figura 11*) que incluyen los datos del paciente, los medicamentos, sus dosis y horarios de administración. Cuando la medicación llega al centro, es revisada por la enfermera que anota los errores detectados para su posterior control de calidad⁶¹⁹. Se pretende extender este mismo sistema al ámbito privado, como pone de manifiesto el art.12.5 del D 94/2010, para trabajar asimismo con dosis unitarias en SF y DM⁶²⁰.

2.5.7 Información, educación sanitaria y formación

Entre las responsabilidades que asume el farmacéutico en un hospital, se encuentra la de *informar* a otros profesionales sanitarios y pacientes sobre aspectos relacionados con los medicamentos (mecanismo de acción, intervalos de dosificación, interacciones medicamentosas, características físicas y químicas,...). La dirigida a profesionales sanitarios abarca también temas como la eficacia, seguridad, adecuación y

⁶¹⁸ CODOÑER, op. cit., 76

⁶¹⁹ PEDRÓS MARÍA, op. cit., 20

⁶²⁰ La aplicabilidad y utilidad de los SPD es máxima en el caso de las formas farmacéuticas susceptibles y para tratamientos crónicos. Sin embargo debe preverse el sistema de administración cuando se producen cambios de medicación o al incorporar tratamientos para patologías agudas. En estos casos puede, por ejemplo, rehacerse el SPD, o bien agregar uno nuevo.

coste-efectividad. Esta información, apoyada en la bibliografía, tiene como objetivo contribuir al URM⁶²¹.

Análogamente, la normativa a nivel autonómico atribuyen al farmacéutico del servicio farmacéutico sociosanitario la función de informar sobre el medicamento en DM y de establecer un sistema o centro de información de los mismos en SF⁶²². Sin embargo, no todas las CCAA plantean para la información procedente de sus servicios farmacéuticos los mismos destinatarios (*Tabla 42*⁶²³):

- personal del centro
- personal sanitario
- pacientes

Como personal del centro se entiende tanto el de tipo sanitario como el social, ya que, a diferencia de los hospitales, en los c.s.s. existe personal social que puede estar implicado también en la administración de la medicación⁶²⁴.

⁶²¹ CARRERA-HUESO FJ, GIRÁLDEZ J. Estructuras de soporte en la toma de decisiones farmacoterapéuticas: el farmacéutico. FARM HOSP [revista en Internet] 1995 [acceso 1 de abril de 2014] 19 (3): [169-173]. Disponible en: http://www.sefh.es/revistas/vol19/n3/169_173.PDF

⁶²² En la Comunidad Valenciana, por ejemplo, la obligación es establecer un sistema de información de medicamentos para el personal sanitario en SF, DM y botiquines. D 94/2010 art. 3.1.c

⁶²³ Andalucía: LOF Andalucía arts. 50 y 55; Aragón: LOF Aragón: SF: art. 34.5, DM: art. 36.c y Decreto 286/2003, de 18 de noviembre, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Farmacia Hospitalaria y los depósitos de medicamentos art.16.c (BOA núm. 144, de 1 de diciembre); Asturias: LOF Asturias art.53; Baleares: LOF Baleares art.52; Canarias: LOF Canarias art. 63; Cantabria: LOF Cantabria: SF: art. 37.5.g y DM: 38.4.c; Castilla-La Mancha: LOF Castilla-La Mancha art. 62; Castilla y León: LOF Castilla y León arts. 44.1.g y 45.c; Cataluña: LOF Cataluña arts. 12.3.d y 12.6.c; Extremadura: LOF Extremadura: SF: arts. 50.1.B.a y 50.1.B.b; DM: arts. 60, 53.1.c y 53.1.e; Galicia: LOF Galicia SF: art. 32.7, DM: art. 35.2.d; La Rioja: LOF La Rioja arts. 15.1.e y 15.2; Madrid: LOF Madrid art.54; Murcia: LOF Murcia arts. 37.4 y 38.4.c; Navarra: LOF Navarra arts. 36.8 y 39.3; Pais Vasco: LOF Pais Vasco arts. 28.e y 29.3; Comunidad Valenciana: D 94/2010 arts. 3.1.c y 3.1.e

⁶²⁴ La tabla muestra que en los SF de Extremadura, se indica la obligación de informar a todo el personal del centro, aunque en la norma hace referencia al *personal del hospital*, ya que se han asignado las mismas funciones a ambos tipos de centros (art. 50.1.B.a.).

Todas las autonomías que nombran la función de informar sobre el medicamento tienen como destinatarios los pacientes en sus DM⁶²⁵. En Aragón, Cataluña, La Rioja, Murcia, Navarra, País Vasco y Valencia también se indica para los SF. Andalucía, Asturias, Baleares, Canarias, Castilla-La Mancha y Madrid no hacen referencia a esta función.

Partiendo de que la finalidad de la *educación sanitaria* según la OMS es “ayudar a los individuos a alcanzar la salud por sus propios actos y esfuerzos⁶²⁶”, con este tipo de actividades se pretende conseguir mejorar la calidad de vida de los residentes en c.s.s. y si es posible alcanzar la salud.

Se trata de ofrecer una serie de conocimientos para fomentar la responsabilidad individual (y la cooperación colectiva) con el fin de conseguir cambios en las actitudes y estilos de vida^{627, 628}. Por eso, algunas autonomías, dan un paso más en las obligaciones de informar que tiene el farmacéutico y plantean llevar a cabo actividades educativas sobre cuestiones de su competencia⁶²⁹.

⁶²⁵ En la Comunidad Valenciana la función de informar a los pacientes y al personal social queda incluida entre las actividades de promoción, prevención de la salud y educación sanitaria sobre cuestiones de su competencia del apartado e) del artículo 3.1 del D 94/2010.

⁶²⁶ WHO. Educación Sanitaria Popular. En: WHO. “Los Diez Primeros Años de la OMS”. – 1948 a 1958 [Internet] Ginebra (Suiza): WHO; 1958 [acceso 1 de abril de 2014]; [364-371]. Disponible en:

[http://whqlibdoc.who.int/publications/14604_\(26\).pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/14604_(26).pdf)

⁶²⁷ MAPFRE. Te cuidamos. Canal Salud. Medicina preventiva para mayores. [Internet] MAPFRE [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.mapfre.com/salud/es/cinformativo/educacion-sanitaria-personas-mayores.shtml>

⁶²⁸ FIRMINO BEZERRA, S, et al. Promoción de la salud: la calidad de vida en las prácticas de enfermería. [Internet] Enfermería Global; 2013, (12), 32, págs. 260-269 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en:

<http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n32/ensayos2.pdf>

⁶²⁹ Andalucía: LOF Andalucía arts. 50 y 55; Aragón: LOF Aragón: SF: art.34.5, DM: art.36.c y Decreto 286/2003, de 18 de noviembre, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Farmacia Hospitalaria y los depósitos de medicamentos art.16.c (BOA núm. 144, de 1 de diciembre); Asturias: LOF Asturias art.53; Baleares: LOF Baleares art.52; Canarias: LOF Canarias art.63; Cantabria: LOF Cantabria SF: art. 37.5.g y DM: 38.4.c; Castilla-La Mancha: LOF Castilla-La Mancha art.62; Castilla y León: LOF Castilla y León arts. 44.1.g y 45.c; Cataluña: LOF Cataluña arts. 12.3.d y 12.6.c; Extremadura: LOF Extremadura: SF: arts. 50.1.B.a y 50.1.B.b; DM: arts. 60, 53.1.c y 53.1.e; Galicia: LOF

Como puede verse en la *Tabla 43*⁶³⁰ Aragón, Castilla y León, La Rioja y País Vasco proponen la educación sanitaria en los SF orientada a los pacientes y a personal sanitario (salvo Castilla y León que lo dirige solo a pacientes). En la Comunidad Valenciana se establecen actividades de promoción, prevención de la salud y educación sanitaria para el personal social y los pacientes del centro en los tres tipos de servicio farmacéutico que presenta (SF, DM y botiquín) y el establecimiento de un sistema de información para el personal sanitario.

Por su parte, Extremadura prevé, en primer lugar detectar las necesidades de educación sanitaria para la *población general* y en grupos de riesgo en particular, para posteriormente colaborar en los programas de prevención primaria mediante educación sanitaria y prevención secundaria en relación al uso de productos farmacéuticos⁶³¹.

A pesar de que en Cataluña y Asturias no se especifica esta función, podría considerarse asimilada por lo dispuesto en los artículos 12.3.f y 12.3.h de la LOF Cataluña y el artículo 53.f de la LOF Asturias respectivamente, que proponen actividades que redunden en un mejor uso de los medicamentos.

Las autonomías citadas en la *Tabla 44* hacen referencia a la colaboración en la *formación pregrado y posgrado* de los profesionales sanitarios⁶³². La formación pregrado se refiere básicamente a las

Galicia: SF: art. 32.7, DM: art. 35.2.d; La Rioja: LOF La Rioja arts. 15.1.e y 15.2; Madrid: LOF Madrid art. 54; Murcia: LOF Murcia arts. 37.4 y 38.4.c; Navarra: LOF Navarra arts. 36.8 y 39.3; País Vasco: LOF País Vasco arts. 28.e y 29.3; Comunidad Valenciana: D 94/2010 arts. 3.1.c y 3.1.e

⁶³⁰ Andalucía: LOF Andalucía arts. 50 y 55; Aragón: LOF Aragón SF: art. 34.6, DM: art. 35 y Decreto 286/2003, de 18 de noviembre, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Farmacia Hospitalaria y los depósitos de medicamentos art. 16 (BOA núm. 144, de 1 de diciembre); Asturias: LOF Asturias art. 53; Baleares: LOF Baleares art.52; Canarias: art.63 LOF Canarias; Cantabria: SF: art. 37 y DM: 38 LOF Cantabria; Castilla-La Mancha: LOF Castilla-La Mancha art. 62; Castilla y León: LOF Castilla y León arts. 44.1.m y 45; Cataluña: LOF Cataluña art. 12; Extremadura: LOF Extremadura arts. 53, 50, 60; Galicia: LOF Galicia: SF: art. 32, DM: art. 35; La Rioja: LOF La Rioja arts. 15.1.n y 15.2; Madrid: LOF Madrid art. 54; Murcia: LOF Murcia arts. 37 y 38; Navarra: LOF Navarra arts. 36 y 39; País Vasco: LOF País Vasco arts. 28.1.j y 29.3; Comunidad Valenciana: D 94/2010 art. 3.1.e

⁶³¹ LOF Extremadura arts. 50.1.C.i y 50.1.C.j

⁶³² Andalucía: LOF Andalucía arts. 50 y 55; Aragón: LOF Aragón: SF: art. 34, DM: art.35; Asturias: LOF Asturias art. 53; Baleares: LOF Baleares art. 52; Canarias: LOF

prácticas tuteladas, mientras que en la de posgrado queda comprendida la residencia hospitalaria FIR (farmacéutico interno residente)⁶³³. En Extremadura se ciñe solamente a farmacéuticos y aspirantes a esta titulación. En Cataluña, Murcia y Navarra se habla de formación a los pacientes, además de la destinada a personal sanitario.

2.5.8 Farmacovigilancia, farmacocinética y estudios de URM

La farmacoepidemiología se refiere al estudio del uso y efectos de los fármacos en grandes poblaciones. Estudia la seguridad de los fármacos (reacciones adversas) a través de la farmacovigilancia y el uso de los medicamentos⁶³⁴.

La comercialización de los medicamentos supone el empleo de los mismos en un gran número de personas y en grupos de población que no se incluyen en los ensayos clínicos (ancianos, niños, embarazadas y pacientes con otras patologías o tratamientos). Una vez comercializados, pueden aparecer contraindicaciones y/o reacciones adversas no descubiertas en fases anteriores a la comercialización por

Canarias art. 63; Cantabria: LOF Cantabria SF: art. 37.5.I y DM: 38; Castilla-La Mancha: LOF Castilla-La Mancha art. 62; Castilla y León: LOF Castilla y León arts. 44.1.n y 45; Cataluña: LOF Cataluña art. 12.3.d; Extremadura: LOF Extremadura art. 50.1.B.d; Galicia: LOF Galicia: SF: art. 32.14, DM: art. 35; La Rioja: LOF La Rioja arts. 15.1 y 15.2; Madrid: LOF Madrid art. 54; Murcia: LOF Murcia arts. 37.4 y 38; Navarra: LOF Navarra arts. 36.8 y 39; Pais Vasco: LOF Pais Vasco arts. 28.1 y 29.3; Comunidad Valenciana: D 94/2010 art. 3.1.e

⁶³³ Como ejemplo de la formación postgrado, puede verse la planificación de rotaciones previstas para farmacéuticos internos residentes de un hospital de Toledo (se prevé la rotación durante un mes del tercer año de residencia en atención a c.s.s. y geriatría).

Servicio de Farmacia del Complejo Hospitalario de Toledo. Unidad docente para la especialización en Farmacia Hospitalaria. Complejo Hospitalario de Toledo. [Internet] SESCOAM [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: http://www.google.es/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CDAQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.cht.es%2Fcht%2Fcm%2Fcht%2Fimages%3Flocale%3Des_ES%26textOnly%3Dfalse%26idMmedia%3D8201&ei=ebFLU7aiHeHa0QWw1oHoDg&usq=AFOjCNHrhVUdV0uqBZU1K9Dp_0m0_K5myg&bvm=bv.64542518.d.d2k

⁶³⁴ ALVAREZ LUNA F. Farmacoepidemiología. Estudios de Utilización de Medicamentos. Parte I: Concepto y metodología. SEGUIM FARMACOTER [revista en Internet] 2004 [acceso 1 de abril de 2014]; 2(3): [129-136]. Disponible en: <http://www.cipf-es.org/sft/vol-02/129-136.pdf>

su baja frecuencia o por la referida no inclusión en los ensayos clínicos⁶³⁵.

A través de la *farmacovigilancia* se identifican, cuantifican, evalúan y previenen los riesgos del uso de medicamentos una vez comercializados⁶³⁶. Se establece una relación beneficio-riesgo para decidir si se mantiene o suspende la comercialización de los medicamentos evaluados.

Se trata de una responsabilidad compartida entre todos los grupos de la cadena de uso del medicamento (titular de la autorización de comercialización, autoridades sanitarias, médico, farmacéutico, enfermero, paciente y evaluador de las notificaciones de sospecha de reacciones adversas)⁶³⁷.

En la base de datos de farmacovigilancia FEDRA (Farmacovigilancia Española de Datos de Reacciones Adversas) se integran los datos aportados por los diecisiete centros autonómicos del Sistema Español de Farmacovigilancia (SEFV) de medicamentos de uso humano. Quincenal y bimensualmente la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios (AEMPS) comunica a la Agencia Europea para la Evaluación de Medicamentos (EMA) y al Centro Colaborador de la OMS en Uppsala (Suecia), las sospechas de reacciones adversas⁶³⁸.

Muchas autonomías determinan en sus leyes de ordenación farmacéutica la obligación de notificar los posibles efectos adversos detectados en los servicios farmacéuticos sociosanitarios, además de colaborar en el establecimiento de un sistema de vigilancia y control del uso individualizado de los medicamentos del centro⁶³⁹. Tal es el caso de

⁶³⁵ Centro de Información y Evaluación de Medicamentos y Productos Sanitarios de la Región de Murcia. BOLETÍN DE FARMACOVIGILANCIA DE LA REGIÓN DE MURCIA [Internet] 2006 [acceso 1 de abril de 2014]; (1). Disponible en: <http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/103333-BOLETIN20FV1.pdf>

⁶³⁶ LGURM art.53.1

⁶³⁷ AEMPS. Buenas prácticas de Farmacovigilancia del Sistema Español de Farmacovigilancia de Medicamentos de Uso Humano [AEMPS] 2000; (actualizado el 17 de septiembre de 2002) [acceso 1 de abril de 2014]; pág. 3. Disponible en:

http://www.aemps.gob.es/vigilancia/medicamentosUsoHumano/docs/BPFV-SEFV_octubre-2008.pdf

⁶³⁸ *Ibidem*, 12-14

⁶³⁹ Andalucía: LOF Andalucía art. 50 y 55; Aragón: LOF Aragón SF: art. 34.7, art. 34.9, DM: art. 36.d; Asturias: LOF Asturias art. 53.d; Baleares: LOF Baleares art. 52, Canarias: LOF Canarias art. 63; Cantabria: LOF Cantabria SF: art. 37.5.h y DM:

Aragón, Asturias, Cantabria, Castilla-León, Cataluña, Extremadura, La Rioja, Murcia, Navarra y Valencia que citan la farmacovigilancia para todos sus servicios farmacéuticos; Galicia y País Vasco para sus SF. Otras no hacen referencia a este punto (Andalucía, Baleares, Canarias, Castilla-La Mancha y Madrid) (Tabla 45).

Por otro lado, con el ánimo de reducir efectos indeseados, Aragón, Castilla y León, Extremadura, Galicia, La Rioja, Navarra y País Vasco apuestan por el desarrollo de actividades de *farmacocinética clínica* en sus SF para individualizar las posologías de aquellos pacientes y medicamentos que lo requieran. (En Extremadura se proponen estas actividades también para los DM (Tabla 45).

Los estudios sobre uso de medicamentos además de proporcionar un juicio crítico sobre su eficacia y seguridad, permiten, asimismo, hacer comparaciones del empleo de medicamentos entre diferentes áreas, centros médicos y prescriptores y calibrar la evolución de los cambios de prescripción en estos ámbitos.

Estas posibilidades han favorecido su expansión a diversos ámbitos como es el sociosanitario. Así pues, Aragón, Cantabria, Galicia y Murcia proponen la realización de estudios sistemáticos de utilización de medicamentos en sus DM; Extremadura, La Rioja y País Vasco lo hacen para los SF, y Castilla y León en ambos (Tabla 46⁶⁴⁰).

38.4.d; Castilla-La Mancha: LOF Castilla-La Mancha art. 62; Castilla y León: LOF Castilla y León SF: art. 44.1.h, art. 44.1.j y DM: 45.d; Cataluña: LOF Cataluña SF: art. 12.3.e y DM: art. 12.6.d; Extremadura: LOF Extremadura art. 58.3 SF: art. 50.1.B.g, art. 50.1.C.c; DM: art. 53.1.f; Galicia: LOF Galicia SF: art. 32.8, 32.15, DM: art.35; La Rioja: LOF La Rioja SF: art.15.1.d, art.15.1.f y DM: 15.2; Madrid: LOF Madrid art. 54; Murcia: DM: LOF Murcia art. 37.6 y 38.4.d; Navarra: LOF Navarra SF: art. 36.9 y DM: 39.3; País Vasco: LOF País Vasco art. 28.g y 29.3; Comunidad Valenciana: D 94/2010 art. 3.1.c

⁶⁴⁰ Andalucía: LOF Andalucía arts. 50 y 55; Aragón: LOF Aragón SF: art. 34, DM: art.36.c; Asturias: art. 53 LOF Asturias; Baleares: LOF Baleares art. 52; Canarias: LOF Canarias art. 63; Cantabria: LOF Cantabria SF: art. 37.5 y DM: 38.4.c; Castilla-La Mancha: LOF Castilla-La Mancha art. 62; Castilla y León: LOF Castilla y León art. 48.2; SF: art.44.1.i y DM: 45.c; Cataluña: LOF Cataluña SF: art. 12.3 y DM: art. 12.6.c; Extremadura: LOF Extremadura SF: art. 50.1.B.f; DM: arts.60 y 53; Galicia: LOF Galicia: SF: art. 32, DM: art. 35.2.d; La Rioja: LOF La Rioja: SF: art.15.1.m, y DM: 15.2; Madrid: LOF Madrid art. 54; Murcia: LOF Murcia: SF: art. 37.7 DM: art. 38.4.c; Navarra: LOF Navarra: SF: art. 36 y DM: 39; País Vasco: LOF País Vasco arts. 28.1.g y 29.3; Comunidad Valenciana: D 94/2010 arts. 3.1.g y art.3.1.h

Puede considerarse que esta actividad está considerada de un modo general en los SF de Murcia al indicar que el farmacéutico debe "realizar todas las labores encaminadas a dar la mayor eficacia a la acción del medicamento y a hacer que el uso de éste sea el más racional posible⁶⁴¹" y en los servicios farmacéuticos de Valencia⁶⁴².

2.5.9 Investigación clínica

Como declara la Federación Internacional Farmacéutica «*el estudio de medicamentos en personas mayores es muy importante puesto que, debido a los cambios que se producen en el organismo por razones de envejecimiento, coexistencia de enfermedades y uso simultáneo de otros medicamentos, la eficiencia y seguridad de las terapias medicinales en este grupo de la población puede diferir significativamente de la de los pacientes jóvenes*⁶⁴³». Dado que los c.s.s. acogen predominantemente población geriátrica polimeditada y disponen de servicio de atención médica y farmacéutica⁶⁴⁴ se presentan como un lugar apropiado para el estudio de esta parcela del conocimiento. Para considerar la inclusión en cualquier tipo de ensayo clínico de una persona mayor deben tomarse «*las precauciones necesarias en relación con su condición, historia clínica y de laboratorio, enfermedades que padece, uso múltiple de medicamentos, relación riesgo-beneficio del tratamiento y su calidad de vida*⁶⁴⁵».

⁶⁴¹ LOF Murcia art. 37.7

⁶⁴² D 94/2010 art. 3 apdos. 1.g y 1.h

⁶⁴³ Federación Internacional Farmacéutica. Declaración de Principios de la FIP. Investigación Farmacéutica en Pacientes Geriátricos [Internet] La Haya (Países Bajos); 2001 [acceso 1 de abril de 2014]: pág. 1. Disponible en: http://www.fip.org/www/uploads/database_file.php?id=179&table_id

⁶⁴⁴ Entre los principios y directrices de buena práctica clínica figura el requisito de la capacitación por la titulación, formación y experiencia para ejecutar las tareas correspondientes, de las personas que participan en la realización de un ensayo.

Orden SCO/256/2007, de 5 de febrero, por la que se establecen los principios y las directrices detalladas de buena práctica clínica y los requisitos para autorizar la fabricación o importación de medicamentos en investigación de uso humano art.2.b (BOE núm. 38, de 13 febrero)

⁶⁴⁵ Federación Internacional Farmacéutica, op. cit., 1-2

La investigación clínica con medicamentos para uso humano está sujeta a directivas europeas y normativa estatal con el fin de lograr la aplicación de buenas prácticas clínicas⁶⁴⁶.

Cabe destacar las precisiones del Real Decreto 223/2004, de 6 de febrero⁶⁴⁷, sobre los ensayos con adultos incapacitados y los ensayos sin beneficio directo para la salud de los sujetos. En el primero se establece la prevalencia del bienestar del individuo sobre los intereses de la ciencia y la sociedad, y se requiere que existan datos que permitan prever que reporta algún beneficio al paciente que prevalezca sobre los riesgos o que no produzca ningún riesgo. También se considera necesario que el ensayo sea de interés específico para la población que se investiga y que esté relacionado directamente con alguna enfermedad que debilite o ponga en peligro la vida del adulto incapacitado.

El artículo 6 prevé que el riesgo asumido en los ensayos sin beneficio potencial directo para la salud de los participantes debe estar justificado por el beneficio esperado para la colectividad.

Las autonomías que disponen la función de llevar a cabo trabajos de investigación relacionados con el medicamento y participar en los ensayos clínicos son Aragón, Castilla y León, Extremadura y Navarra⁶⁴⁸ en sus SF. Cantabria, Cataluña, Galicia, La Rioja, Murcia, País Vasco y Valencia en todos sus servicios farmacéuticos^{649, 650}. (Véase la *Tabla 47*).

⁶⁴⁶ Directiva/2001/20/CE, el Real Decreto 223/2004, de 6 de febrero, por el que se regulan los ensayos clínicos con medicamentos (BOE núm. 33, de 7 febrero) y la LGURM Título III

⁶⁴⁷ Real Decreto 223/2004, de 6 de febrero, por el que se regulan los ensayos clínicos con medicamentos arts. 5 y 6 (BOE núm. 33, de 7 febrero)

⁶⁴⁸ En 2001 quedó derogado un apartado de la LOF Navarra según el cual todo ensayo clínico debía contar con la autorización expresa del Departamento de Salud y el consentimiento escrito de los pacientes (o sus representantes legales) de hospitales y c.s.s..

⁶⁴⁹ Andalucía: LOF Andalucía arts. 50 y 55; Aragón: LOF Aragón SF: art. 34.10 DM: art.36; Asturias: LOF Asturias art. 53; Baleares: LOF Baleares art. 52; Canarias: LOF Canarias art. 63; Cantabria: LOF Cantabria: SF: art. 37.5.j y DM: 38.4.e; Castilla-La Mancha: LOF Castilla-La Mancha art. 62; Castilla y León: LOF Castilla y León arts. 48.2: SF: art. 44.1.1; Cataluña: LOF Cataluña: SF: art. 12.3.i y DM: art. 12.6.e; Extremadura: LOF Extremadura: SF: arts. 58 y.50.1.B.h; DM: art.60 y 53; Galicia: LOF Galicia: SF: art.32.11, DM: art. 35.2.e; La Rioja: LOF La Rioja: SF: art. 15.1.g y art. 15.1.h, y DM: 15.2; Madrid: LOF Madrid art. 54; Murcia: LOF Murcia: SF: art. 37.9 DM: art. 38.4.e; Navarra: LOF Navarra: SF: art. 36.7 (y art. 36.11 derogado) y DM:

2.5.10 Colaboración con la atención primaria y especializada de la zona

Entre las funciones asignadas a las unidades de farmacia de atención primaria en la LGURM, está la de impulsar la coordinación en farmacoterapia entre diferentes estructuras sanitarias y niveles asistenciales⁶⁵¹. También, desde las autonomías se manifiesta la voluntad de que exista una colaboración entre los servicios farmacéuticos de los c.s.s. y las estructuras de atención primaria y especializada en el ámbito del URM (*Tabla 48*⁶⁵²). De este modo se facilita la comunicación profesional en aspectos como los sistemas de información sobre farmacoterapéutica (aspectos clínicos, de efectividad, seguridad y eficiencia en la utilización de los medicamentos)⁶⁵³.

Andalucía, Baleares, Canarias, Castilla-La Mancha, Cataluña y Madrid, no especifican nada sobre esta materia.

39; Pais Vasco: LOF País Vasco: SF: art. 28.1.i y DM: art. 29.3; Comunidad Valenciana: D 94/2010 art. 3.1.b

⁶⁵⁰ En el caso de los DM de Cataluña, Galicia, La Rioja y Murcia se interpreta que es una de sus funciones ya que se indica la participación en Comités Éticos de Investigación Clínica.

Cataluña: LOF Cataluña art. 12.6.e; Galicia: LOF Galicia art. 35.2.e; La Rioja: LOF La Rioja art. 15.2; Murcia: LOF Murcia art. 38.4.e

Se ha dado la misma interpretación en el caso de los SF de Navarra, DM de País Vasco y los servicios farmacéuticos de Valencia que contemplan el cumplimiento de la normativa vigente en cuanto a productos en fase de investigación clínica.

Navarra: LOF Navarra art. 36.7; País Vasco: LOF País Vasco art. 29.3; Valencia: D 94/2010 art.3.1.b

⁶⁵¹ LGURM art.81.2.e

⁶⁵² Andalucía: LOF Andalucía art. 50 y 55; Aragón: LOF Aragón SF: art. 34.11, DM: art. 36; Asturias: LOF Asturias art. 53.d; Baleares: LOF Baleares art. 17; Canarias: LOF Canarias art. 63; Cantabria: LOF Cantabria: SF: art. 37.5.K y DM: 38.4; Castilla-La Mancha: LOF Castilla-La Mancha art. 62; Castilla y León: LOF Castilla y León: SF: art. 48 y 44.1.p, y DM: 45; Cataluña: LOF Cataluña: SF: art.12.3 y DM: art.12.6; Extremadura: LOF Extremadura: art. 58.3 SF: art. 50.1.k; DM: art. 53.1; Galicia: LOF Galicia: SF: art. 32.13, DM: art. 35; La Rioja: LOF La Rioja: SF: art. 15.1.ñ y DM: 15.2, Madrid: LOF Madrid: art. 54; Murcia: LOF Murcia: SF: art. 37.10; DM: art. 38.4, Navarra: LOF Navarra: SF: art. 36.10 y DM: 39; País Vasco: LOF País Vasco: SF: art. 28.1.k; DM: art. 29.3; Comunidad Valenciana: D 94/2010 3.1.g

⁶⁵³ LGURM art. 81.2.c

2.6 Modo de facturación

En los anteriores apartados se han puesto de manifiesto diferencias de carácter técnico y de funcionamiento entre SF, DM y botiquines sociosanitarios. Los requisitos exigidos para cada tipo de establecimiento tanto a nivel de recursos humanos como materiales tienen un coste considerable. Sin embargo, el principal gasto corresponde al originado por la compra de medicamentos y productos sanitarios.

En este apartado se analizan los diferentes sistemas de facturación que se proponen desde la Administración de las diferentes autonomías en función de si el abastecimiento es a través de OF o de SF. Estos sistemas deben sufragar los servicios profesionales, el precio de los medicamentos y los gastos logísticos y financieros, además de un beneficio económico.

El coste de la factura farmacéutica cuando el suministro es a través de OF – bien con receta médica, bien con receta médica del centro – viene determinado por lo acordado en los conciertos autonómicos y normas estatales. La cobertura comprende a aquellos usuarios de c.s.s. con derecho a ASSS. El tratamiento es distinto en función del tipo de producto dispensado (absorbentes, o medicamentos y resto de productos sanitarios)⁶⁵⁴.

En el caso de que los departamentos de salud abonen la factura de los productos empleados a PVP más IVA, el margen de la distribución para medicamentos de precio inferior a 91,63 €, es de un 7,6% del precio de venta de almacén (PVA) sin impuestos y cuando el precio es mayor se fija en 7,54 €⁶⁵⁵. La OF presenta un margen de un 27,9% sobre el precio de venta al público (PVP) sin impuestos para aquellos medicamentos

⁶⁵⁴ Los productos farmacéuticos empleados son, a nivel general, los establecidos en la cartera de servicios comunes del SNS del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización (BOE núm. 222, de 16 de septiembre). Independientemente, las autonomías pueden ofrecer la prestación de otros medicamentos como ha venido haciendo durante años Andalucía (Decreto 159/1998, de 28 de julio, por el que se regula la prestación de determinados medicamentos con cargo a fondos propios de la Comunidad Autónoma de Andalucía (BOJA núm. 91 de 13 de agosto))

⁶⁵⁵ Real Decreto 823/2008, de 16 de mayo, por el que se establecen los márgenes, deducciones y descuentos correspondientes a la distribución y dispensación de medicamentos de uso humano (BOE núm.131, de 30 de mayo) art.1.1 y 1.2

cuyo precio industrial sea igual o inferior a 91,63 €, y un margen fijo para los que superen este precio conforme al escalado indicado en la *Tabla 49*⁶⁵⁶.

Una segunda opción corresponde al envase clínico que tiene un margen para la distribución de un 5% del PVA sin impuestos y de un 10% del PVP sin impuestos para la OF⁶⁵⁷.

La tercera opción de prescripción y dispensación para determinados grupos de medicamentos y/o patologías corresponde a las unidosis, cuyo precio y márgenes comerciales deben ser establecidos por el MSPS⁶⁵⁸.

Desde el 1 de junio de 2010⁶⁵⁹, se debe deducir de estos márgenes un 7,5% sobre el PVP satisfecho por la industria, distribución y OF (lo que representa, aproximadamente, para la OF un 2,09% de descuento respecto al PVP sin impuestos)^{660, 661} y un 15% en aquellos sin precio de referencia establecido para los que hayan transcurrido al menos diez años desde la decisión de su financiación con fondos públicos u once en caso de nueva indicación⁶⁶². Como excepción a esta deducción se

⁶⁵⁶ Real Decreto-ley 4/2010, de 26 de marzo, de racionalización del gasto farmacéutico con cargo al Sistema Nacional de Salud (BOE núm. 75, de 27 de marzo) disposición final tercera

⁶⁵⁷ Real Decreto 823/2008, de 16 de mayo, por el que se establecen los márgenes, deducciones y descuentos correspondientes a la distribución y dispensación de medicamentos de uso humano art.1.3 y 2.9 (BOE núm.131, de 30 de mayo)

⁶⁵⁸ LGURM art. 19.8 modificado por el RDL 8/2010 art. 12

⁶⁵⁹ RDL 8/2010 "disposición transitoria cuarta. Uno"

⁶⁶⁰ RDL 8/2010 art. 8.1

⁶⁶¹ A juicio de algunos expertos, este descuento, gestado en medio de una importante crisis económica estatal, es realmente un aumento encubierto del copago. La financiación pública reduce un 7,5% su factura, pero el ciudadano sigue abonando lo mismo. Por lo que en proporción éste aporta más y la Administración menos.

TRUJILLO J. El descuento del 7,5%, un ahorro con aumento encubierto del copago. CORREO FARMACÉUTICO [Internet] 23 de mayo de 2011 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.correofarmaceutico.com/2011/05/23/al-dia/profesion/descuento-75-ahorro-aumento-encubierto-copago>

⁶⁶² Real Decreto-ley 9/2011, de 19 de agosto, de medidas para la mejora de la calidad y cohesión del sistema nacional de salud, de contribución a la consolidación fiscal, y de elevación del importe máximo de los avales del Estado para 2011 art.4 (BOE núm. 200, de 20 de agosto)

encuentran por un lado los medicamentos genéricos y los medicamentos englobados en conjuntos activos de precios de referencia, que carecen de reducción, y por otro, los medicamentos huérfanos a los que se les aplica una deducción del 4%⁶⁶³.

Pese a que buena parte del consumo de absorbentes se realiza por compras vía concurso directamente desde la administración a los laboratorios, en aquellos casos en que la compra se haga vía OF⁶⁶⁴, se aplica a la facturación de los mismos una deducción del 20% desde junio de 2010⁶⁶⁵, quedando el resto de productos sanitarios con la deducción del 7,5%^{666, 667}.

⁶⁶³ RDL 8/2010 art. 10

⁶⁶⁴ En el concierto del País Vasco se indica que la facturación de los absorbentes dispensados a pacientes ambulatorios y los dispensados a c.s.s. se debe realizar por separado. En el segundo caso, se presenta el documento de prescripción con los cupones precinto o receta de pensionista y albarán de entrega donde conste el código del producto, cantidad, denominación del producto, PVP IVA unitario y total.

Concierto por el que se fijan las condiciones para la ejecución de la prestación farmacéutica y la colaboración sanitaria con el Departamento de Sanidad a través de las OF de la C.A. País Vasco. 2006 pág.74. Anexo F.

⁶⁶⁵ RDL 8/2010 art. 11

⁶⁶⁶ RDL 8/2010 "disposición transitoria cuarta. Tres"

⁶⁶⁷ Con anterioridad a la publicación del RDL 8/2010, cada autonomía, por medio de sus conciertos, aplicaba ya sus propios descuentos bien según una escala en función de las ventas mensuales, bien aplicando el mismo descuento a todas las farmacias de la comunidad autónoma, o como se hacía en Valencia a través de los Precios Máximos Financiados. El resultado eran – salvo Canarias que disponía de un escalado que empezaba con el tramo de 0 a 500 euros y Navarra con un sistema de compra por concurso público para el suministro con precio máximo – descuentos que oscilaban desde un 10% en Canarias a un 20% en Andalucía. Según indica GARCÍA DEL RÍO, ante esta situación tan dispar, Sanidad optó por unificar estos descuentos al 20% del RDL 8/2010. La aplicación de este descuento por Sanidad ha sido objeto de polémica en todo el territorio nacional ya que no se especifica en la norma que deban anularse los descuentos autonómicos. A pesar de ello, la mayor parte de autonomías han renunciado a sus descuentos. Solo Galicia y Andalucía están pendientes de resolver este tema. Andalucía mantiene por ello un litigio entre los colegios oficiales de farmacéuticos de Andalucía y el SAS.

GARCÍA DEL RÍO R. No habrá descuentos regionales en pañales añadidos a la bajada del 20%. CORREO FARMACÉUTICO [periódico en Internet] 6 de septiembre de 2010 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en:

En consecuencia, para conocer el gasto real que supone a la administración la factura de medicamentos suministrados a c.s.s. a través de OF, deben descontarse las deducciones comentadas y las establecidas en la escala indicada por el Real Decreto 823/2008, de 16 de mayo, actualizada por los Reales Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril (art.15.1) y 19/2012, de 25 de mayo. Las nuevas escalas introducen un índice corrector⁶⁶⁸ que va de un 7,25% a un 8,75% hasta un máximo de 833 euros, a favor de las farmacias con un volumen de facturación reducido (en farmacias cuya facturación del ejercicio anterior no exceda de los 200.000 euros). Mientras que las farmacias de facturación elevada han visto incrementadas sus deducciones hasta un máximo de un 37% respecto al escalado propuesto en 2008. Debe deducirse también el importe satisfecho por los usuarios según las nuevas aportaciones introducidas por esta misma norma (véase pág. 215 del epígrafe 2.5.6.B.Dispensación).

Mención aparte merecen las tiras reactivas, cuya financiación no es homogénea en todo el Estado. El suministro de las mismas mantiene dos sistemas: la entrega mediante receta médica o en centros de atención primaria⁶⁶⁹. Solo cuatro autonomías las financian (Andalucía, Canarias,

<http://www.correofarmaceutico.com/2010/09/06/al-dia/profesion/no-habra-descuentos-regionales-en-panales-anadidos-a-la-bajada-del-20>

TRUJILLO J. Productos sanitarios sin margen y dosis unitarias con pocas recetas. CORREO FARMACÉUTICO [periódico en Internet] 23 de mayo de 2011 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en:

<http://www.correofarmaceutico.com/2011/05/23/al-dia/profesion/productos-sanitarios-sin-margen-y-dosis-unitarias-con-pocas-recetas>

ADEFARMA y FENOFAR, op. cit.

BUSTELO MF. Galicia analiza con sus COF posibles demoras en el pago. CORREO FARMACÉUTICO [periódico en Internet] 10 de octubre de 2011 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.correofarmaceutico.com/2011/10/10/al-dia/profesion/galicia-analiza-con-sus-cof-posibles-demoras-en-el-pago>

⁶⁶⁸ Su aplicación en la Comunidad Valenciana se establece en la Resolución de 27 de junio de 2013, del conseller de Sanidad, por la que se establecen los requisitos y el procedimiento para la aplicación del índice corrector del margen de dispensación de las oficinas de farmacia que se regula en el artículo 2.8 del Real Decreto 823/2008 (DOCV núm. 7.068, de 16 de julio)

⁶⁶⁹ SANHONORATO VÁZQUEZ J y GÓMEZ MORENO JM. La diabetes. Entorno legal [Internet] 2001 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.fundaciondiabetes.org/diabetes/cont05h.htm>

Galicia y Comunidad Valenciana)⁶⁷⁰ y dado que su precio no es fijado por la AEMPS al igual que los medicamentos, cada autonomía abona unas cantidades, resultando un margen variable según el territorio en cuestión (23,72 € en Andalucía pagado por el SAS y otra parte pagada por los laboratorios, 30 € en Galicia, 22,61 € en Canarias y desde abril de 2012, 22,6 € en Valencia). La postura a este respecto de la Mutualidad General de Funcionarios Civiles del Estado (MUFACE⁶⁷¹) es de financiar este producto⁶⁷².

Además del suministro desde OF, la Administración adquiere productos farmacéuticos directamente para los c.s.s. (a través de compras directas o centrales de compras de tipo autonómico o estatal comentadas en el epígrafe 2.5.3.A. del presente Capítulo III). La compra directa al laboratorio supone el ahorro por descuentos obtenidos por volumen de compras, el ahorro de los márgenes de OF y distribución, menos las deducciones aplicadas a los mismos (7,5% en medicamentos y productos sanitarios, 20% en absorbentes, 4% en medicamentos huérfanos, además del escalado del Real Decreto 4/2010, de 27 de marzo) y posibles aplazamientos de pago. A estas compras de medicamentos realizadas por los servicios sanitarios públicos se les aplica también la deducción del 7,5% sobre el precio de compra al laboratorio⁶⁷³.

La prestación farmacéutica desde OF en la mayor parte de autonomías sigue, para la dispensación de medicamentos en c.s.s., el sistema de facturación descrito⁶⁷⁴.

⁶⁷⁰ El gasto farmacéutico cerró con "solo" un crecimiento del 4,47% en 2009, ¿de verdad? Hemos leído.... [Internet] 28 de enero de 2010 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.hemosleido.es/?p=837>

⁶⁷¹ Aunque se comenta lo que sucede con las tiras reactivas en el caso de MUFACE, lo cierto es que en la actualidad, los beneficiarios de este sistema siguen su propio convenio en lugar del correspondiente a la prestación farmacéutica de cada departamento de salud.

⁶⁷² MUFACE Conozca sus prestaciones. Prestación farmacéutica [Internet] [acceso 31 de mayo de 2012]. Disponible en: <http://www.muface.es/revista/v171/pres.htm>

⁶⁷³ RDL 8/2010 art. 9

⁶⁷⁴ Dos autonomías firmaron acuerdos entre sus Administraciones sanitarias y los colegios profesionales con unas condiciones diferentes:
-Castilla-La Mancha que planteaba descuentos de un 6% a la Administración en la prestación farmacéutica de las OF a los c.s.s. de más de 50 camas.

El sistema retributivo de la OF comentado, tradicionalmente basado en el margen del medicamento dispensado con el pago por receta es objeto de debate en la actualidad. Se están introduciendo las primeras modificaciones en algunas autonomías en el contexto de la prestación farmacéutica sociosanitaria, pasando de un sistema de pago por producto a uno de pago por servicios (por ejemplo el servicio de la dispensación activa o el de SFT)⁶⁷⁵. Pese a que Cataluña ha anunciado

-País Vasco llegó a un acuerdo con las OF en que se aceptó un descuento del 7% en las compras de medicamentos para residencias, salvo los de margen fijo. El objeto de este acuerdo era lograr la exclusividad de las farmacias en la prestación de estos servicios y así evitar la pretensión del gobierno de crear una empresa pública que gestionara los servicios farmacéuticos a las residencias.

-Debe observarse que según se sostiene en los fundamentos de derecho de la Resolución de la CNC en el caso de Castilla-La Mancha, el descuento del 6% aplicado, contraviene la competencia del Estado en relación a la fijación del precio del medicamento (LGURM arts. 90.1 y 90.4). ("Fundamento de derecho quinto"). Este descuento no distorsiona sin embargo la competencia, al aplicarse por igual a todas las farmacias que participan en el turno rotatorio propuesto ("Fundamentos de derecho cuarto"). No obstante, este descuento no es considerado como uno de los objetivos de la LGURM, que defiende el SESCAM para obtener un URM (Fundamentos de derecho quinto").

Estos argumentos se pueden extender al descuento del 7% aplicado en el caso del País Vasco.

RESOLUCIÓN de la Comisión Nacional de la Competencia. Expte. 639/08 Colegio Farmacéuticos Castilla-La Mancha. Madrid a 14 de abril de 2009

GARCÍA DEL RÍO R. Descuentos en residencias: fijar el precio es competencia exclusiva del Estado. CORREO FARMACÉUTICO [Internet] 7 de abril de 2008 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en:

<http://www.correofarmaceutico.com/2008/04/07/al-dia/profesion/descuentos-en-residencias-fijar-el-precio-es-competencia-exclusiva-del-estado>

TRUJILLO J. País Vasco: COF y Economía chocan por el servicio a residencias. CORREO FARMACÉUTICO [Internet] 30 de noviembre de 2009 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.correofarmaceutico.com/2009/11/30/al-dia/profesion/pais-vasco-cof-y-economia-chocan-por-el-servicio-a-las-residencias>

⁶⁷⁵ BAIXAULI y SATUÉ opinan que el sistema retributivo de la OF debería evolucionar del pago por producto al pago por servicio. Esto es lo que parece que se está implantando poco a poco, en algunas CCAA, en el ámbito de la prestación farmacéutica sociosanitaria llevada a cabo por la OF.

BAIXAULI V y SATUÉ E. Razones para cambiar el sistema retributivo. CORREO FARMACÉUTICO [Internet] 18 de octubre de 2010 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.correofarmaceutico.com/2010/10/18/opinion-participacion/tribunas/razones-para-cambiar-el-sistema-retributivo>

la propuesta de un decreto que plantea el pago por servicios en la atención sociosanitaria, éste no ha llegado a formalizarse⁶⁷⁶.

La Comunidad Valenciana, sin embargo, sí lo ha plasmado en su normativa y propone el reembolso del coste del medicamento (sin margen para la OF) y una cantidad en concepto de servicios prestados.

Como puede verse en la *Tabla 50* el sistema de facturación en c.s.s. privados⁶⁷⁷ es:

-en el SF, en base a la suma de tres apartados:

- envases de fármacos adquiridos para las dispensaciones: abonados a PVL o PVA+IVA a excepción de los suministrados por el programa SUMED, en caso de que la AVS determine la petición y suministro directo de ciertos medicamentos
- los servicios profesionales dedicados a la atención farmacéutica: tomando como referente el convenio colectivo de c.s.s. o en su defecto, una ponderación del convenio marco de OF y de sanidad privada de un facultativo y un administrativo con una atención farmacéutica de treinta y quince minutos mensuales por residente respectivamente, salvo acuerdo entre las partes
- los servicios logísticos y financieros imputables a la atención farmacéutica: que pretenden cubrir los gastos de gestión ocasionados.

El importe final de la prestación farmacéutica en SF, se integra en el abono mensual de medicamentos por asistencia farmacéutica

⁶⁷⁶GARCÍA DEL RIO R. El decreto catalán de atención farmacéutica a residencias, a punto. CORREO FARMACÉUTICO [Internet] 7 de enero de 2008 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en:

<http://www.correofarmaceutico.com/2008/01/07/al-dia/profesion/el-decreto-catalan-de-atencion-farmaceutica-a-residencias-a-punto>

⁶⁷⁷ El Decreto-ley publicado en marzo de 2013 introduce una modificación en cuanto al abono de la prestación farmacéutica en c.s.s. de titularidad privada, de modo que la resolución administrativa de autorización de los servicios farmacéuticos de estos centros, aprobará, en su caso, la concesión de una subvención directa para el abono mensual de esta actividad de acuerdo con la disponibilidad presupuestaria y con los requisitos, sistema de cálculo y demás condiciones establecidas reglamentariamente.

Decreto-ley 2/2013, de 1 de marzo, del Consell, de Actuaciones Urgentes de Gestión y Eficiencia en Prestación Farmacéutica y Ortoprotésica "disposición final primera" (DOGV núm. 6.978, de 5 de marzo)

ambulatoria por concierto con las asociaciones representativas del sector sociosanitario.

- en el DM (vinculado a OF), de forma análoga al SF, se hace en base a tres apartados. La cantidad resultante se integra en el abono del convenio de la AVS con los COF de la Comunidad Valenciana por la asistencia farmacéutica ambulatoria:

- envases de fármacos adquiridos necesarios para permitir la dispensación con SPD: abonados a precio de venta a la farmacia (PVF), PVL o PVA+IVA. Se excluyen aquellos medicamentos que, en su caso, fuesen distribuidos por el programa SUMED⁶⁷⁸
- los servicios profesionales dedicados a la atención farmacéutica: según una ponderación del convenio marco de oficinas de farmacia y de sanidad privada de un facultativo (contratado por la farmacia) y un administrativo (contratado por el c.s.s.) con una atención farmacéutica de treinta y quince minutos mensuales por residente, respectivamente
- los servicios logísticos y financieros imputables a la atención farmacéutica.

-el botiquín, vinculado a una OF, procede según la forma tradicional y factura los medicamentos dispensados por receta médica oficial a PVP+IVA. El abono por la prestación farmacéutica se realiza mensualmente integrándose en el abono del convenio de la AVS con los COF de la Comunidad Valenciana por la asistencia farmacéutica ambulatoria.

En resumen, el sistema de facturación en los c.s.s. privados depende del servicio farmacéutico establecido. De modo que, por un lado, el tipo de prescripción empleado determina el modo de facturación: pago por recetas en botiquines es a PVP+IVA, mientras que cuando la prescripción es en receta médica del centro (SF y DM), el pago es en base a tres conceptos: fármacos (a PVF+IVA en DM o a PVL o PVA+IVA en SF y DM), atención farmacéutica mensual por residente y servicios logísticos y financieros.

Por otro lado, el tipo de servicio condiciona que el pago sea según el convenio de farmacias (cuando está vinculado a OF: DM y botiquín) o

⁶⁷⁸ D 94/2010 art. 13.3.

según el convenio del c.s.s. (caso de los SF que no están vinculados a OF)⁶⁷⁹.

3. PRESTACIÓN FARMACÉUTICA SOCIOSANITARIA EN PACIENTES NO INSTITUCIONALIZADOS

La creciente longevidad de la población reclama la provisión de una atención a largo plazo. No obstante, la sostenibilidad de los sistemas que se ofrezcan supone un indudable reto financiero y logístico. Los documentos: “El futuro de la asistencia sanitaria y de la atención a las personas mayores: garantizar la accesibilidad, la calidad y la sostenibilidad financiera⁶⁸⁰” y “Atención a largo plazo en la UE” plantean como objetivos el acceso general de la población, la alta calidad de los servicios y la sostenibilidad a largo plazo. Se subraya que puede obtenerse una mayor asequibilidad y capacidad de los servicios priorizando la atención de base domiciliaria y comunitaria frente a la prestada en instituciones residenciales. Para ello, la tecnología moderna en forma de sistemas de e-Salud (salud electrónica), tele-monitorización y telemedicina se presentan como herramientas que facilitan la atención domiciliaria. El resultado que se pretende obtener es que las personas puedan vivir el mayor tiempo posible en su entorno habitual (cerca de la familia y amigos), teniendo a la vez el apoyo de una atención institucional en caso de necesidad⁶⁸¹, la racionalización del

⁶⁷⁹ Esta forma de pago supone la financiación sin intereses de las OF y c.s.s. a la Administración. El plazo del pago a las OF viene en los respectivos conciertos autonómicos y en la mayor parte de los casos se hace efectivo en torno al día 20 del mes siguiente.

FEFE. Comienzan a producirse problemas en el pago de la facturación de recetas [Internet] Madrid; 2 de diciembre de 2010 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en:

<http://www.fefe.com/NP%20Comienzan%20a%20producirse%20problemas%20en%20el%20pago%20de%20la%20facturaci%C3%B3n%20de%20recetas.pdf>

⁶⁸⁰ Comisión de las Comunidades Europeas. Comunicación de la comisión al Consejo, al Parlamento Europeo, al Comité Económico y Social y al Comité de las Regiones. COM (2001) 723 final de 5 de diciembre de 2001 [Internet] Bruselas [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2001:0723:FIN:ES:PDF>

⁶⁸¹ Dirección General de Empleo, Asuntos Sociales e Igualdad de Oportunidades. Atención a largo plazo en la UE [Internet] Luxemburgo: Dirección General de Empleo, Asuntos Sociales e Igualdad de Oportunidades; 2008 [acceso 1 de abril de 2014]; págs. 1, 2, 5, 6. Disponible en:

gasto de medicamentos, reducir los resultados negativos de los medicamentos e ingresos hospitalarios, mejorar la adherencia terapéutica, la información y la calidad de vida del beneficiario⁶⁸².

Fuera de España, existen experiencias de Atención Farmacéutica Domiciliaria (AFD) con resultados positivos en países como Australia y Nueva Zelanda que tienen incluidos estos servicios en su SNS. También Canadá, Estados Unidos y Gran Bretaña cuentan con trabajos documentados en este tema⁶⁸³.

En 2003, España incluye en su normativa estatal la prestación sociosanitaria con el objetivo de integrar recursos y acciones sociales y sanitarias⁶⁸⁴. Como se comentó, las pautas de comportamiento de la población respecto a la vivienda habitual⁶⁸⁵ junto con los resultados de una encuesta sobre la preferencia del lugar de residencia en caso de necesitar cuidados⁶⁸⁶ reflejan la inclinación de la sociedad por la permanencia en el propio domicilio frente a otras formas de residencia.

En este sentido, el Anexo II de la cartera de servicios del SNS, actualizada en 2006, recoge la correspondiente a atención primaria. Entre otros apartados, se refiere a la atención domiciliaria a pacientes inmovilizados y a personas mayores inmovilizadas⁶⁸⁷. En ellos se hace referencia al establecimiento de un plan de cuidados médicos y de enfermería. Pese a que no se alude de forma explícita al profesional

http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=750&furtherPubs=yes&langId=es&pu_bld=203&type=2

⁶⁸² CGCOF. Atención Farmacéutica Domiciliaria. Documento Marco del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos [Internet] CGCOF; 2006: págs. 17 y 21.[acceso 1 de abril de 2014]: págs. 17 y 21. Disponible en: http://www.portalfarma.com/inicio/atencionfarmaceutica/pacientependiente/Documentos/at_farma_domiciliaria.pdf

⁶⁸³ Ibidem, 11

⁶⁸⁴ LCC art. 14

⁶⁸⁵ EUROSTAT-Database. [Internet]. Population and social conditions, op. cit.

⁶⁸⁶ Según esta encuesta realizada a cuidadores de personas mayores, un 70% aproximadamente preferiría recibir los cuidados necesarios en su propia casa, frente al 9,8% que preferiría una residencia pública, o el 2,7% una residencia privada.

MTAS: "Atención a las personas...", op. cit., 202-203

⁶⁸⁷ Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización Anexo II. 6.4.3 y 6.5.4 (BOE núm. 222, de 16 de septiembre)

farmacéutico en este apartado, sí se concretan dos funciones susceptibles de ser llevadas a cabo por el mismo:

-la *«realización y seguimiento de los tratamientos o procedimientos terapéuticos que necesite el paciente»* inmovilizado

-la *«información y asesoramiento a las personas vinculadas al paciente (inmovilizado), especialmente al cuidador/a principal»*⁶⁸⁸.

Respecto a la atención a las personas mayores, cabe mencionar además de la atención domiciliaria, el *«consejo y seguimiento del paciente polimedicado y con pluripatología»*⁶⁸⁹.

Tres meses después de publicarse la actualización de la cartera de servicios del SNS, se promulgó la LD. Entre los principios en los que se inspira cabe destacar:

- *«la atención a las personas en situación de dependencia de forma integral e integrada.*

- *la permanencia de las personas en situación de dependencia, siempre que sea posible, en el entorno en el que desarrollan su vida.*

- *la colaboración de los servicios sociales y sanitarios en la prestación de los servicios a los usuarios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia que se establecen en la presente Ley y en las correspondientes normas de las CCAA y las aplicables a las Entidades Locales»*⁶⁹⁰.

El Anexo V muestra el contenido de la Cartera de servicios comunes de prestación farmacéutica, y recuerda la definición de la misma, de la cual debe resaltarse que abarca también el conjunto de actuaciones encaminadas a que *«los pacientes reciban de forma adecuada a sus necesidades clínicas los medicamentos y productos sanitarios»*.

Se dispone asimismo que las CCAA serán las encargadas de establecer los procedimientos de coordinación sociosanitaria y crear los órganos de coordinación necesarios (art.11.c).

⁶⁸⁸ Anexo II. 6.4.3.d y 6.4.3.e

⁶⁸⁹ *Ibidem*, Anexo II. 6.5.1.f

⁶⁹⁰ LD arts. 3.c, 3.i y 3.l

Los principios básicos enumerados en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre⁶⁹¹, son aplicables a las acciones desarrolladas en el ámbito de la atención domiciliaria. Conviene destacar entre ellos el referido al consentimiento informado del paciente (art. 2.2), la libertad del paciente en la toma de decisión una vez recibida la información necesaria (art. 2.3), la correcta prestación de las técnicas del profesional y el cumplimiento de los deberes de información y de documentación clínica, así como el respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el paciente (art. 2.6) y el secreto profesional (art. 2.7).

En este entorno legislativo y atendiendo a la responsabilidad otorgada a los farmacéuticos de OF, de velar por el cumplimiento de las pautas establecidas por el médico y la colaboración en el seguimiento del tratamiento (art. 84.1 de la LGURM), tiene sus comienzos la AFD y la atención al mayor polimedocado en España.

En el estudio APEAS, realizado en consultas de atención primaria en España, se generaron 2.059 alertas a partir de 96.047 consultas. El estudio revela una prevalencia de sucesos adversos (es decir, la suma de incidentes⁶⁹² y efectos adversos) de un 18,63 % (IC95%: 17,78-19,49). Del 10,11 % (IC95%: 9,48 - 10,74) correspondiente a efectos adversos, el 70,2 % (n=778) eran claramente evitables. La proporción de efectos adversos en atención primaria puede decirse que es baja, pero dada la magnitud de pacientes atendidos en este ámbito, el número en valor absoluto no es desdeñable. La etiología de los efectos adversos estaba relacionada con un procedimiento, con infecciones, con los cuidados, con la medicación o con otras causas. Del 10,11 % de los efectos adversos notificados, el 58,2% estaban relacionados con la medicación. El profesional farmacéutico puede incidir en este sector de efectos adversos, que se dan en mayor medida en los pacientes ancianos y polimedocados.

⁶⁹¹ 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 art. 2 (BOE núm.274, de 15 de noviembre)

⁶⁹² El incidente consiste en un accidente que a diferencia del efecto adverso, no causa daño en el paciente.

Ministerio de Sanidad y Consumo. Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud [Internet] MADRID: MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO; 2008 [acceso 1 de abril de 2014]: pág.10. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/LibroAPEAS.pdf>

OROZCO sostiene que el SNS está basado en la atención de enfermedades agudas y precisa una transición hacia un modelo basado en las enfermedades crónicas⁶⁹³. El RDL 16/2012 modifica la disposición adicional sexta de la LGURM e indica que la industria debe hacer aportaciones al SNS en función de su volumen de ventas. Concretamente un 1,5% cuando las ventas cuatrimestrales a PVL sean de hasta tres millones de euros y un 2% si superan esta cantidad⁶⁹⁴. El destino de este dinero es la financiación de la investigación y el desarrollo de políticas de cohesión sanitaria, programas de formación para facultativos (médicos, odontólogos, farmacéuticos y enfermeros) y programas de educación sanitaria de la población para favorecer el URM. A partir del año 2009, en el marco de las políticas de cohesión, se ha dado prioridad a la atención de enfermos crónicos y polimedificados en el entorno del URM⁶⁹⁵.

En 2009, el MSPS, dentro de su programa de desarrollo de políticas de cohesión sanitaria, de formación para facultativos médicos y farmacéuticos, y de educación sanitaria de la población para favorecer el URM, desarrolló el "Programa de mejora en la atención a pacientes crónicos y polimedificados". La gestión del programa recae en las CCAA, que deben procurar una coordinación entre profesionales sanitarios del ámbito de atención primaria y hospitalaria y de los profesionales de OF ⁶⁹⁶.

⁶⁹³ Polimedicación: El médico interactivo. DIARIO ELECTRÓNICO DE LA SANIDAD [Internet] 28 de mayo de 2011 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://saludequitativa.blogspot.com/2011/05/polimedificacion-el-medico-interactivo.html>

⁶⁹⁴ A estas cantidades se les puede aplicar unas deducciones en función de la clasificación de cada empresa en el programa Profarma de fomento de la competitividad en la Industria Farmacéutica en no valoradas, aceptables, buenas, muy buenas y excelentes.

⁶⁹⁵ LGURM disposición adicional sexta. Programa de mejora de la calidad en la atención a pacientes crónicos polimedificados para 2010 e informe relativo al Programa de desarrollo de políticas de cohesión sanitaria, de formación para facultativos médicos, odontólogos, farmacéuticos y enfermeros, y de educación sanitaria de la población para favorecer el uso racional de los medicamentos [Internet] Madrid; 2010 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: http://www.actasanitaria.com/filesset/doc_54319_FICHERO_NOTICIA_26468.pdf

⁶⁹⁶ Programas de mejora en la atención a pacientes crónicos y polimedificados durante el año 2009. IT del Sistema Nacional de Salud [Internet] 2009 [acceso 1 de abril de 2014]: 33 (1). Disponible en:

Concretamente, en junio de 2011 el Consejo Interterritorial acordó la distribución de 21 millones de euros entre las CCAA para programas de mejora de calidad en la atención a pacientes polimedcados y programas de formación continuada para profesionales sanitarios del SNS⁶⁹⁷.

A finales del siglo XX, a nivel privado, un pequeño grupo de farmacias de Cataluña empezó a trabajar con los SPD. El COF de Barcelona apoyó esta iniciativa que cuenta actualmente con más de mil farmacias. A diferencia de los programas que se han desarrollado en otras autonomías, éste proyecto, recogido en el Catálogo de Servicios de la Generalitat de Cataluña, es impulsado por el COF de Barcelona⁶⁹⁸. Para su ejecución el Grupo de Trabajo del COF de Barcelona ha elaborado un protocolo⁶⁹⁹.

Algunos Colegios de Farmacéuticos han elaborado sus propios Procedimientos Normalizados de Trabajo sobre los Sistemas Personalizados de Dosificación para unificar criterios entre aquellas farmacias que quieran dar este servicio pero sin llegar a la creación de un programa consolidado (Vizcaya⁷⁰⁰ y Cáceres⁷⁰¹).

En 2006 el CGCOF publica a modo de recomendación un "Documento Marco de Atención Farmacéutica Domiciliaria" que contiene una serie

http://www.msps.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/infMedic/docs/vol33_1progMejoraAtencPacCron.pdf

⁶⁹⁷ MSPS. El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad aprueba la distribución de fondos en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. NOTA DE PRENSA [Internet] 2 de junio de 2011 [acceso 1 de abril de 2014]; pág. 2. Disponible en:

http://www.mpt.gob.es/ministerio/delegaciones_gobierno/delegaciones/cantabria/actualidad/notas_de_prensa/notas/2011/06/2011_06_02-2.html

⁶⁹⁸ Gencat. Programa SPD (sistema personalitzat de dosificació) [Internet] Generalidad de Cataluña [actualizada el 11 de octubre de 2010; acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en:

http://www10.gencat.cat/sac/AppJava/servei_fitxa.jsp?codi=10719

⁶⁹⁹ Col.legi de Farmacèutics de la Província de Barcelona. Sistema Personalizado de Dosificación. Protocolo realizado y registrado por el Colegio Oficial de Farmacéuticos de la Provincia de Barcelona [Internet] [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en:

<http://www.anota.es/images/stories/protocoloactuacionspd.pdf>

⁷⁰⁰ COF Vizcaya, op. cit.

⁷⁰¹ COF Cáceres, op. cit.

de pautas de actuación y requisitos para desarrollar esta actividad con unos niveles adecuados de calidad y garantía⁷⁰², ⁷⁰³.

Desde este mismo año, se desarrolla en la Comunidad de Madrid⁷⁰⁴ el "Programa de Atención al Mayor Polimedocado" dirigido a mayores de

⁷⁰² CGCOF. Atención Farmacéutica Domiciliaria, op. cit.

⁷⁰³ Antes de finalizar el año de publicación del "Documento Marco de Atención Farmacéutica Domiciliaria", la OMC acordó rechazarlo por entender supone una injerencia en la actividad profesional médica. Manifiestan que:

-el farmacéutico no está integrado en el equipo multidisciplinar para el abordaje de las dependencias según la LCC y el Libro Blanco del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales sobre Atención a personas en situación de dependencia en España.

Cabe comentar al respecto de este comunicado que el documento del CGCOF pretende la coordinación con el médico y siempre es el médico el encargado de valorar las consideraciones que el farmacéutico pueda comunicarle sobre los tratamientos.

-el médico es el único capacitado para el diagnóstico, la prescripción y el seguimiento.

-solo el farmacólogo clínico puede formar a los profesionales sanitarios sobre el URM.

En relación a estas cuestiones planteadas por la OMC, debe tenerse presente que la prestación farmacéutica enunciada en la Ley de Cohesión y Calidad del SNS, comprende «[...] el conjunto de actuaciones encaminadas a que los pacientes los reciban de forma adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis precisas según sus requerimientos individuales, durante el período de tiempo adecuado [...]». (Art.16 LCC). Estas actuaciones pueden incluir el seguimiento de los tratamientos instaurados por el médico.

-OMC. La OMC en contra de la atención farmacéutica domiciliaria [Internet] 24 de noviembre de 2006 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en:

http://www.cgcom.org/noticias/2006/11/06_11_27_atencion_farmaceutica

⁷⁰⁴ El Concierto entre el COF de Madrid y el Servicio Madrileño de Salud de 2011 plantea propuestas de programas de colaboración de las farmacias de Madrid, los cuales se seleccionan teniendo en cuenta que se trate de situaciones «que supongan un elevado coste para el Sistema Sanitario y que necesiten tratamiento farmacológico crónico de la patología seleccionada y/o que sean patologías de elevada morbilidad o mortalidad, y/o que incidan en patologías crónicas que disminuyan la esperanza de vida o la calidad de la misma (pacientes ancianos, pacientes crónicos, cáncer de colon, cáncer de mama, EPOC/asma, hipercolesterolemia, sobrepeso, obesidad, psoriasis, etc.)». Propone entre otros, un programa de AFD para fomentar un URM, evitando el almacenamiento innecesario y su posterior eliminación. En la práctica, está efectivamente implantado el "Programa de Atención al Mayor Polimedocado", desde 2006, a través del cual, las OF preparan SPD a mayores de 75 años residentes en Madrid polimedocados (seis o más principios activos diferentes).

75 años polimeditados residentes en Madrid. Si bien es cierto que no es atención sociosanitaria propiamente dicha – ya que el objetivo no se ciñe solo a personas que requieren atención sociosanitaria sino a toda la población susceptible de beneficiarse del programa – esta acción tiene características comunes a los programas vasco y valenciano de AFD que se verán más adelante⁷⁰⁵.

Los primeros pasos dados en España en cuanto a atención farmacéutica a dependientes, se encuentran en una experiencia del País Vasco para la mejora del uso de la medicación en personas atendidas por los servicios de ayuda domiciliaria⁷⁰⁶. Tras tres meses de pilotaje, y varios meses de funcionamiento efectivo, en marzo de 2009, los COF del País Vasco y el Departamento de Sanidad firmaron un Convenio prorrogable por períodos anuales. Esta actividad está destinada a personas dependientes y autónomas que residan en sus domicilios y estén incluidos en los Servicios de Ayuda Domiciliaria (SAD).

Más reciente y novedosa es, sin embargo, la experiencia valenciana planteada en marzo de 2011 con la firma del “Protocolo de Actuaciones para un Programa Piloto en materia de AFD”, (en adelante, Programa Piloto de AFD) entre los COF de la Comunidad Valenciana y la Conselleria de Sanidad^{707, 708, 709}. La primera fase, de un

-Anexo I.6. Concierto entre la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid y el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid por el que se fijan las condiciones para la colaboración de las oficinas de farmacia con el sistema sanitario de la Comunidad de Madrid. 2011.

⁷⁰⁵ Un estudio realizado entre febrero y diciembre de 2007 en un área de Madrid pone de manifiesto la mejora de resultados en base a determinados indicadores (revisión de tratamiento, revisión del uso de fármacos, valoración del conocimiento sobre la medicación, test de Morisky, propuesta del SPD, valoración del tratamiento y planes de cuidados).

- CÁRDENAS VALLADOLID J et al. Implantación y mejora de un programa de atención al mayor polimeditado en un área de atención primaria. REV CALIDAD ASISTENCIAL. 2009; 24(1): págs. 28 y ss.

⁷⁰⁶ Convenio de colaboración para la mejora del uso de la medicación en personas atendidas por los servicios de ayuda domiciliaria entre el Departamento de Sanidad y los Colegios Oficiales del País Vasco [Internet] 25 de febrero de 2009 [acceso 31 de mayo de 2012]. Disponible en: http://www.osatzen.com/ficheros/ConvenioAyudaDomiciliaria2009_17.tmp.pdf

⁷⁰⁷ Protocolo de Actuaciones para un Programa Piloto en materia de Atención Farmacéutica Domiciliaria en el marco del Concierto entre la Conselleria de Sanitat y los Colegios Oficiales de Farmacéuticos de las Provincias de Alicante, Castellón y Valencia por el que se fijan las condiciones para la ejecución de la

año de duración, se debía desarrollar en una localidad de cada provincia y estaba prevista la participación de 11 OF del Departamento de Játiva, en Valencia, once de la provincia de Castellón, por determinar, y dos de Banyeres de Mariola, en Alicante⁷¹⁰. El año anterior, el D 94/2010 reguló los servicios farmacéuticos sociosanitarios para atención domiciliaria (SF y DM). En él se daba la opción de llevar a cabo las funciones de AFD en un DM que estuviera vinculado a una OF o bien establecer una vinculación entre varias OF de una misma zona farmacéutica o de zonas colindantes, y un mismo DM a fin de aumentar la eficacia de la dispensación (arts. 2.4 y 12.5.d). Sólo en el caso de que no haya farmacias que quieran dar el servicio de la prestación farmacéutica domiciliaria, el programa se adscribe a un SF de c.s.s. u hospitalario. Este mismo decreto anuncia la puesta en marcha de un programa de revisión farmacoterapéutica de pacientes crónicos y polimedicados, especialmente para dependientes (REFAR⁷¹¹) (art. 14.6).

Existen otros planes de URM para pacientes crónicos polimedicados al margen del profesional farmacéutico como el desarrollado por el

prestación farmacéutica a través de las Oficinas de Farmacia [Internet] 29 de marzo de 2011 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: http://www.actasanitaria.com/filesset/doc_63103_FICHERO_NOTICIA_30551.pdf

⁷⁰⁸ Aunque el protocolo firmado en 2011 hace referencia a AFD prestada por las OF, el programa SUFAR domiciliario introducido en D 94/2010 comprende preferentemente la prestación por OF. Incluye también el dispositivo SUFAR de los centros sanitarios de la AVS (art.14.4).

⁷⁰⁹ Pese a lo novedoso del el Programa Piloto de AFD valenciano no se llegó a hacer efectivo por la falta de acuerdo entre ambas partes.

⁷¹⁰ MEZQUITA E. Sanidad prueba la atención farmacéutica domiciliaria a enfermos dependientes. DIARIO MÉDICO [Internet] 1 de abril de 2011 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en:

<http://www.diariomedico.com/2011/04/01/area-profesional/sanidad/sanidad-prueba-atencion-farmaceutica-domiciliaria-a-enfermos-dependientes>

⁷¹¹ La revisión de los tratamientos afectados por alertas de seguridad de la AEMPS supuso el análisis de enero a diciembre de 2013 de 18.691 pacientes y la adecuación de 15.011 tratamientos que han sido sustituidos por alternativas terapéuticas. Esta medida ha supuesto un ahorro aproximado de 2.433.787€.

El programa de revisión de historiales farmacéuticos ahorra 9 millones de euros. [Internet] elperiodic.com; 7 de marzo de 2014 [acceso 20 de abril de 2014]. Disponible en: http://www.elperiodic.com/noticias/290169_programa-revision-historiales-farmaceuticos-ahorra-millones-euros.html

Servicio Canario de Salud⁷¹². En este caso es el enfermero quien comprueba la concordancia de la medicación aportada por el paciente y la historia clínica, valora el grado de conocimiento sobre la medicación, registra los problemas detectados y advierte sobre el tratamiento a dar a los medicamentos caducados que detecte. El médico procede a la revisión de los tratamientos y se lleva a cabo un seguimiento del paciente (revisiones periódicas y educación sanitaria). En este apartado de la tesis, sin embargo, se van a tratar los programas y actuaciones llevados a cabo por farmacéuticos.

Ante estas iniciativas autonómicas para la mejora de la adhesión al tratamiento farmacoterapéutico, el gobierno, a través del Real Decreto-ley 9/2011, de 19 de agosto, introduce la posibilidad de facilitar SPD, en las OF, a los pacientes que lo soliciten para mejorar el cumplimiento terapéutico en los tratamientos, con las condiciones y requisitos que establezcan las administraciones sanitarias competentes⁷¹³. Se recuerda que el farmacéutico debe realizar una dispensación informada y velar por el cumplimiento de las pautas establecidas por el médico, con el que debe cooperar en el seguimiento del tratamiento para asegurar su eficacia y seguridad.

Los programas planteados y el Documento Marco del CGCOF tienen como objetivo común la mejora de la calidad de vida del usuario a partir de la adhesión del mismo al tratamiento, la detección y resolución de problemas con el uso de medicamentos, la racionalización del uso de medicamentos y la educación sanitaria. Salvo Barcelona que no contempla algún apartado, coinciden también en el esquema general del programa: formación del profesional farmacéutico, acreditación de la farmacia, captación de beneficiarios, entrevista, coordinación con otros profesionales sanitarios, educación sanitaria, difusión del programa, empleo de SPD y evaluación a través de indicadores. Cada

⁷¹² Servicio Canario de Salud. Dirección General de Farmacia. Plan de URM para pacientes crónicos polimedificados [Internet] 2010 [acceso 31 de mayo de 2012]. Disponible en:

http://www.gobiernodecanarias.es/sanidad/scs/content/8e632ebb-5137-11df-8125-5700e6e02e85/CAMPA%C3%91A_PacientePolimedificadoPdf.pdf

⁷¹³ Real Decreto-ley 9/2011, de 19 de agosto, de medidas para la mejora de la calidad y cohesión del sistema nacional de salud, de contribución a la consolidación fiscal, y de elevación del importe máximo de los avales del Estado para 2011 art.1. 5 (BOE núm.200, de 20 de agosto)

programa presenta ciertas particularidades en sus actividades que los diferencia entre sí.

Para que puedan beneficiarse de estos servicios el mayor número posible de personas, el Documento Marco recomienda, y así se recoge en los programas madrileño y valenciano, la difusión de estos servicios. Para ello se cuenta en Valencia con la Conselleria de Sanitat y los COF de Alicante, Castellón y Valencia. En Madrid cuentan además de con la Consejería de Sanidad y el COF de Madrid, con la Consejería de Familia y Asuntos Sociales, el IMSERSO, los Colegios Oficiales de Enfermería y de Médicos de la Comunidad de Madrid y las principales sociedades científicas de medicina en atención primaria y geriatría, enfermería y farmacia comunitaria.

La principal diferencia es la población de destino de cada programa. A diferencia de los programas vasco y valenciano, la edad es un requisito a tener en cuenta en los programas de Barcelona, el propuesto por el Consejo y el de Madrid. Estos últimos, pueden abarcar un mayor número de personas ya que se dirigen a toda la población ambulatoria – con un carácter, quizá, más preventivo – a diferencia de los programas de atención que precisan la situación de dependencia o la inclusión por el SAD.

En el *Documento Marco del CGCOF* se recomienda atender a ciertos criterios para la detección de pacientes potenciales a incluir en el programa de AFD: pacientes que tomen diez o más medicamentos, mayores de 65 años que tomen seis o más medicamentos, mayores de 80 años con cinco o más medicamentos prescritos, el empleo de formas farmacéuticas complejas (inhaladores, insulinas, parches,...), cambios significativos de medicamentos en los últimos tres meses, el uso de medicamentos de estrecho margen terapéutico con respuestas subterapéuticas, reacciones adversas a medicamentos o con resultados negativos a la medicación claros, así como la sospecha de incumplimientos terapéuticos.

El perfil actual dentro del *Programa SPD del COF de Barcelona* es de un paciente mayor de 55 años con enfermedades crónicas, polimedicado

(3 o más fármacos), con posología irregular en alguno de los fármacos y que tenga un cuidador o familiar de referencia⁷¹⁴.

El *Programa de Atención al Mayor Polimedocado de Madrid* va dirigido a mayores de 75 años residentes en Madrid (con tarjeta sanitaria de Madrid) que toman habitualmente seis o más medicamentos (en los últimos tres meses), desplazados que prevean estar un mínimo de tres meses, otros pacientes que aunque no cumplan los requisitos anteriores puedan beneficiarse del programa (estos últimos no se contabilizan para la evaluación).

El *Convenio para la Mejora del Uso de Medicamentos del País Vasco* está destinado a personas dependientes y autónomas con dificultades en el manejo de los medicamentos incluidas en los Servicios de Ayuda Domiciliaria (deben aportar el sello correspondiente).

Los beneficiarios del *Programa Piloto de AFD de la Comunidad Valenciana* serían aquellos usuarios de la Agencia Valenciana de Salud calificados como dependientes e incluidos en el Programa por el equipo multidisciplinar⁷¹⁵ ya que requieren una especial vigilancia, supervisión y control⁷¹⁶.

El CGCOF estimó adecuados para detectar posibles beneficiarios al médico, a los equipos de atención primaria (en adelante, EAP), a los servicios sociales, al farmacéutico, al propio paciente, familiares o cuidadores y a programas de atención sanitaria a domicilio y continuada. Siendo los EAP y los propios farmacéuticos los agentes capacitados para recomendar la inclusión del paciente en los servicios de AFD⁷¹⁷.

La captación de beneficiarios en el programa del COF de Barcelona se lleva a cabo desde las mismas farmacias y por indicación del médico.

⁷¹⁴ Col.legi de Farmacèutics de Barcelona. Programa SPD: Sistema Personalizado de Dosificación [Internet] Col.legi de Farmacèutics de Barcelona [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en:

<http://www.farmaceuticonline.com/es/farmacias/servicios-adicionales/662>

⁷¹⁵ El D 94/2010 considera responsables del programa de atención domiciliaria al personal de los EAP de la AVS y al personal de las corporaciones locales que se convenga en los programas de AFD. D 94/2010 art. 14.3.c

⁷¹⁶ D 94/2010 art.1.5

⁷¹⁷ CGCOF. Atención Farmacéutica Domiciliaria, op. cit., 27

El programa madrileño actúa mediante una captación activa a través de los EAP⁷¹⁸ y la OF y mediante captación pasiva a través de carteles informativos. El enfermero o enfermera comprueba la coincidencia de los medicamentos que toma el paciente con los relacionados en la historia clínica, valora el grado de conocimiento de la medicación del paciente, registra los problemas detectados (duplicidades, falta de adherencia (test de Morisky-Green-Levine), sospecha de RAM.) y realiza una valoración cognitiva (test de Pfeiffer y otros), social, de posibles déficits oftalmológicos, auditivos y de destreza manual. El médico revisa al menos semestralmente los tratamientos de los pacientes mayores de 75 años con seis o más medicamentos⁷¹⁹. Además se facilita al paciente información acerca de las farmacias adheridas al programa más próximas a su domicilio⁷²⁰.

En el Convenio del País Vasco no se determina el modo de captación. No obstante, para poder desarrollarse, el médico responsable debe estar conforme con su participación en el programa y deben estar incluidos en el SAD⁷²¹.

La participación de los usuarios es en todos los casos voluntaria y se debe manifestar mediante el consentimiento informado⁷²². En el programa madrileño, es suficiente el consentimiento de forma verbal, pero el resto precisan la firma de un documento⁷²³, ⁷²⁴. En el documento del programa de AFD de Valencia se recoge, entre otros aspectos, la aceptación de la custodia de la medicación, la revisión del botiquín

⁷¹⁸ La captación a través de los EAP puede ser en las consultas programadas, a demanda y visitas domiciliarias. La Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios facilita a los Centros de Salud un listado de pacientes que han utilizado al menos seis medicamentos en los últimos meses. DGFP, op. cit., 19

⁷¹⁹ DGFP, op. cit., 19-22

⁷²⁰ DGFP, op. cit., 23

⁷²¹ Convenio País Vasco, op. cit., 5 "estipulación tercera"

⁷²² El protocolo de actuación elaborado por el COF de Barcelona aconseja disponer de la autorización firmada del paciente. Para ello propone un modelo en el Anexo B (pág. 16 y Anexo B en pág. 26).

Col.legi de Farmacèutics de la Província de Barcelona. "Protocolo realizado y registrado...", op. cit., 16 y 26

Convenio País Vasco, op. cit., 5

⁷²³ DGFP, op. cit., 17

⁷²⁴ Documento del CGCOF, op. cit., 49 y Anexo C

doméstico⁷²⁵, y a diferencia del resto de programas, la visita domiciliaria⁷²⁶.

El usuario puede cesar en su participación en estos programas cuando lo desee. El País Vasco indica que se debe comunicar a la OF con la suficiente antelación⁷²⁷. En la Comunidad Valenciana se debe comunicar también a la OF, pero por escrito y según un modelo previsto. Ésta, a su vez, lo comunica al COF y a la Conselleria de Sanidad según un procedimiento normalizado de trabajo⁷²⁸.

En los diferentes programas el beneficiario puede elegir, de entre las OF acreditadas, aquella que quiere que le prepare los SPD. En el País Vasco, esta decisión puede tomarla el beneficiario, el cuidador o el auxiliar domiciliario⁷²⁹. En el programa piloto de la Comunidad Valenciana es el beneficiario, el cuidador o el familiar responsable quien puede hacer la selección entre las OF acreditadas por los COF y que la AVS comunica a los EAP primaria⁷³⁰. Dicha selección se lleva a cabo en

⁷²⁵ Esta función era recogida ya en el artículo 3.2.g del D 94/2010 con el fin de garantizar el buen estado de conservación de los productos almacenados, comprobar la caducidad de los medicamentos e informar de las precauciones necesarias para su conservación.

⁷²⁶ Programa Piloto de AFD, op. cit., 8

⁷²⁷ Convenio País Vasco, op. cit., 5

⁷²⁸ Programa Piloto de AFD, op. cit., 10

⁷²⁹ Convenio País Vasco, op. cit., 5

⁷³⁰ Los criterios geográficos descritos para la selección de la OF por el beneficiario según el programa piloto de AFD de la Comunidad Valenciana coinciden con los previstos para depósitos y botiquines de c.s.s. en el apartado 3 del artículo 10 del D 94/2010. Éste incorporaba además una última opción para el caso en que no haya ninguna OF de la misma zona farmacéutica inscrita en el programa de AFD, que se vinculase a una OF de una zona farmacéutica limítrofe o en su defecto a un SF de un c.s.s. u hospitalario (art. 10.3.d).

Cuando el número de pacientes demandantes del programa sea superior a 35 en una misma zona de salud se abre un programa de AFD al que pueden asignarse como máximo 140 pacientes; aunque, cuando se superan los 60 pacientes en una misma zona de salud se abre un nuevo programa de AFD (art. 14.5.b).

La notificación de la vinculación sigue el mismo procedimiento que en el caso de los servicios farmacéuticos de los c.s.s.: se notifica telemáticamente a las OF seleccionadas y las de reserva que deben confirmar en un plazo de 10 días la recepción del resultado del proceso. La vinculación tendrá una duración de tres años (art. 10.8).

base a determinados criterios geográficos⁷³¹. Si el municipio donde reside el usuario tiene más de una z.b.s. puede elegir una OF de su misma zona, si no hubiese ninguna farmacia adherida al programa, puede elegir una OF del mismo municipio y si esto no fuera posible, a una OF de la misma zona farmacéutica. En el caso de que el beneficiario resida en un municipio con una sola z.b.s., éste puede elegir una farmacia acreditada del mismo municipio, y si no hay ninguna, una farmacia de la misma zona farmacéutica (Tabla 51).

El Documento Marco del CGCOF aconseja la formación de los farmacéuticos y acreditación de las OF que vayan a desarrollar la AFD. Propone una formación a cargo de los COF en dos áreas de conocimiento: farmacoterapia y técnicas de comunicación⁷³².

Los programas de Madrid, País Vasco y Comunidad Valenciana, requieren también la formación de los farmacéuticos que participen. Aunque no se especifican los temas a tratar, en el País Vasco y la Comunidad Valenciana se precisa un curso teórico-práctico. En los programas de Madrid, País Vasco y Valencia se precisa que para obtener la acreditación de formación, las farmacias deben contar al menos con un farmacéutico que haya realizado el curso⁷³³.

Esta formación está organizada, en el caso de Madrid, por la DGFPS e impartida por el centro público adscrito a la Consejería de Sanidad de Madrid "Agencia de Formación Lain Entralgo⁷³⁴". Tiene carácter gratuito

⁷³¹ Programa Piloto de AFD, op. cit., 9

⁷³² Documento del CGCOF, op. cit., 37

⁷³³ DGFPS, op. cit., 31

Convenio País Vasco, op. cit., 5 y Anexo 2

Programa Piloto de AFD, op. cit., 9

⁷³⁴ Entre las competencias de la Agencia de Formación, Investigación y Estudios Sanitarios de la Comunidad de Madrid Pedro Laín Entralgo está la de colaborar con las autoridades sanitarias y docentes para el desarrollo de la formación práctica de grado, formación de especialistas en Ciencias de Salud y formación continuada.

Comunidad de Madrid [Internet] Agencia para la Formación, Investigación y Estudios Sanitarios de la Comunidad de Madrid Pedro Laín Entralgo [acceso 1 de abril de 2014]: pág. 31. Disponible en:

<http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=Page&cid=1109266101058&idConsejeria=1109266187266&idListConsj=1109265444710&idOrganismo=1109266228196&pageName=ComunidadMadrid%2FEstructura&sm=1109266101058>

para los farmacéuticos comunitarios que se adhieran al programa y versa sobre la actualización terapéutica en el anciano polimedicado.

En el País Vasco corresponde a los COF de Álava, Vizcaya y Guipúzcoa la elaboración e implantación de los programas de mejora, previo acuerdo con la Administración responsable de los servicios de ayuda domiciliaria (Ayuntamiento, Mancomunidad o Diputación Foral). En los mismos COF se imparte la formación y se da la acreditación⁷³⁵.

La elaboración de los programas formativos en la Comunidad Valenciana se realiza de forma conjunta por la Conselleria de Sanidad y los COF de Alicante, Castellón y Valencia. Se impartirán en los tres COF y en la Escuela Valenciana de Estudios para la Salud (EVES)^{736, 737}. Estos cursos serán acreditados por la Comisión de Formación Continuada de la AVS.

El Documento Marco aconseja⁷³⁸, y así lo disponen los programas madrileño y vasco, que una vez la OF seleccionada cuente con el consentimiento informado del paciente, un farmacéutico de la misma (con la formación comentada), entreviste a la persona beneficiaria o al responsable de la misma. El propósito de esta entrevista en el programa vasco es la detección de problemas con la medicación (interacciones, duplicidades, dosificaciones o intervalos de administración incorrectos). El programa madrileño, además, pretende conocer la capacidad del paciente o su entorno para asumir las responsabilidades de cumplir correctamente el tratamiento farmacológico⁷³⁹.

Según indica el programa catalán, se realiza una entrevista en la que el usuario aporta sus datos personales y explica los tratamientos que sigue.

⁷³⁵ Convenio País Vasco, op. cit., 5

⁷³⁶ Entre las actividades desarrolladas por la EVES se encuentra la formación continua y continuada del personal sanitario y no sanitario adscrito al Sistema Valenciano de Salud.

EVES. Les nostres activitats. [Internet] Valencia: Conselleria de Sanitat; 2010 [acceso 1 de abril de 2014]; págs. 6 y 9. Disponible en: <http://www.eves.san.gva.es/web/guest/nuestras-actividades>

⁷³⁷ Cuando el programa de AFD se desarrolle en toda la comunidad autónoma, la AVS acreditará a las OF y unidades asistenciales de la AVS para la realización de estos programas (D 94/2010 art. 14.5).

⁷³⁸ CGCOF. Atención Farmacéutica Domiciliaria, op. cit., 51

⁷³⁹ *Ibidem*, 52-53: anexo 6

Posteriormente estos datos se introducen en un programa informático para descartar incidencias.

La novedad que aporta el convenio valenciano en este aspecto es el establecimiento por parte de la Conselleria de Sanidad de los mecanismos necesarios para el acceso del farmacéutico a la información clínica^{740, 741} y cualquier otro dato que se precise del paciente, previa autorización del mismo.

El éxito del desarrollo del programa requiere la coordinación del farmacéutico con el médico del paciente. Los sistemas de comunicación planteados en cada programa van desde la forma escrita en hojas de interconsulta, a la vía telefónica, el correo electrónico o las reuniones.

⁷⁴⁰ El D 94/2010, indica que los pacientes del programa de AFD deben disponer de historia clínica electrónica en el sistema de información de la AVS y que los programas informáticos de las OF deben estar integrados con el SIS de la AVS para permitir el registro de todos los movimientos de prescripción y dispensación (art. 11). Estas disposiciones, no se exigían en el programa piloto ya que lo que se pretende es hacer una valoración del mismo y disponer de una experiencia para poder extenderlo a toda la autonomía.

⁷⁴¹ La responsabilidad del farmacéutico en lo que a la dispensación se refiere precisa del acceso a cierta información clínica del paciente. Son relevantes datos como la farmacoterapia (para evitar interacciones, duplicidades,...), alergias (a medicamentos, excipientes,...), patologías (ej. diabetes para atender a excipientes de jarabes), pruebas de laboratorio (ej. aclaramiento de creatinina). Otros datos como la edad, peso, altura, hábitos (alcohol, tabaco, ejercicio) puede recogerlos el mismo farmacéutico sin necesidad de acceder a la historia clínica.

CASTRO I, GÁMEZ M. Historia clínica. En: Gamundi Planas, M.C. FARMACIA HOSPITALARIA. Tomo I [monografía en Internet] 3ª ed. SEFH; 2002 [acceso 1 de abril de 2014]; [295-306]. Disponible en:

www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo1/cap22.pdf

Esta información a la que, de forma general, tiene acceso el farmacéutico de hospital, está limitada para el farmacéutico comunitario. Esto se debe probablemente a que la OF pese a que da un servicio público, es un establecimiento privado, independiente del SNS. Sin embargo, para que el farmacéutico pueda ejercer plenamente su labor es decisivo activar los mecanismos que faciliten la información necesaria con el correspondiente consentimiento informado del paciente.

El acceso a esta información que está en poder del sistema sanitario público puede ser vía acceso directo de la OF o bien a través del paciente que lo solicite al médico que lo asiste.

El Documento Marco concreta, para ello, la comunicación mediante hojas de interconsulta, entrevista al inicio del programa y cada tres meses si se hace seguimiento, y la comunicación vía telefónica o por escrito⁷⁴².

El proyecto catalán contempla una estrecha relación entre farmacéutico y médico para ratificar los datos aportados por el usuario, comunicar incidencias y cambios terapéuticos.

En Madrid se pueden utilizar el correo electrónico, la vía telefónica y/o documentos de comunicación según se determine y los Grupos de Coordinación Asistencial⁷⁴³.

En el País Vasco, los datos recogidos en la entrevista inicial con el paciente, se contrastan con el médico responsable. Asimismo, si se advierten problemas relacionados con la medicación el farmacéutico debe ponerse en contacto con el médico para corregir, si procede, estas alteraciones⁷⁴⁴.

En la Comunidad Valenciana, ante la detección de un PRM o un RNM que el farmacéutico considere que precisa la intervención del médico, se pone en conocimiento del paciente y posteriormente del médico por escrito⁷⁴⁵. La comunicación con el médico responsable, por tanto, solo se ha de producir obligatoriamente cuando se detectan problemas.

En la Comunidad de Madrid, la enfermera valora la necesidad de instrumentos de ayuda que mejoren el cumplimiento terapéutico del paciente. Las opciones del programa son etiquetas identificativas en las cajas de medicamentos, SPD reciclables o SPD de un solo uso (sellados). La preparación de los SPD, facilitados gratuitamente por la Consejería de Sanidad puede ser realizada por parte del paciente o cuidador, o bien del farmacéutico⁷⁴⁶ con ayuda de la hoja de medicación

⁷⁴² CGCOF. Atención Farmacéutica Domiciliaria, op. cit., 32-33

⁷⁴³ DGFPS, op. cit., 23 y 54

⁷⁴⁴ Convenio País Vasco, op. cit., 6

⁷⁴⁵ Programa Piloto de AFD, op. cit., 9

⁷⁴⁶ A principios de 2012 la empresa Atepharma incorporó a su cartera de servicios la AFD. Las farmacias pueden contratar esta empresa que se encarga de llevar al domicilio del paciente crónico, polimedicado y dependiente la medicación preparada en bolsas por tomas.

facilitada por el médico (*Figura 12*). En cualquier caso, el farmacéutico y el enfermero o enfermera realizan una revisión del conocimiento y adherencia al tratamiento con una periodicidad mínima de tres meses⁷⁴⁷.

Los programas vasco⁷⁴⁸ y valenciano⁷⁴⁹ plantean la elaboración de SPD exclusivamente por el farmacéutico a partir de los medicamentos obtenidos con receta médica⁷⁵⁰ en la OF y custodiados en la misma. Como mínimo en la Comunidad Valenciana se realizan dos visitas domiciliarias (quincenalmente) y se entregan los SPD (autorizados por la AEMPS y facilitados por la Conselleria de Sanidad) con la información necesaria. El servicio de AFD se ha de llevar a cabo atendiendo a la metodología de dispensación, indicación farmacéutica, seguimiento y revisión farmacoterapéutica que el Grupo de Trabajo de AFD establezca⁷⁵¹.

Su modelo, en el caso de centros sociosanitarios, se basa en el establecimiento de DM, independientemente de que el suministro sea a través la farmacia, centrales de compras o servicio de farmacia de un hospital de referencia.

Atepharma añade a su cartera de servicios la asistencia farmacéutica domiciliaria, gratuita para el paciente. CORREO FARMACÉUTICO [periódico en Internet] 12 de marzo de 2012 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.correofarmaceutico.com/2012/03/12/gestion/atepharma-anade-cartera-dservicios-asistencia-farmaceutica-domiciliaria-gratuita-paciente>

HERNANDO ACINAS S. Externalización de los servicios farmacéuticos en residencias de mayores, centros de día y atención farmacéutica domiciliaria. [periódico en Internet] BLOG DE ATEPHARMA; 26 de noviembre de 2013 [acceso 15 de abril de 2014]. Disponible en:

<http://www.atepharma.com/blog/externalizacion-de-los-servicios-farmaceuticos-en-residencias-de-mayores-centros-de-dia-y-atencion-farmaceutica-domiciliaria/>

⁷⁴⁷ DGFPS, op. cit., 22-28

⁷⁴⁸ Convenio País Vasco, op. cit., 3, 6, 7

⁷⁴⁹ Programa Piloto de AFD, op. cit., 7 y 9

⁷⁵⁰ La adquisición de los medicamentos en el programa piloto valenciano se lleva a cabo mediante receta médica. Sin embargo, una vez esté implantado el programa en toda la Comunidad Valenciana, la prescripción, basada siempre en las Guías Farmacoterapéuticas de Geriátría, de Discapacitados y otras editadas por la Conselleria, se hará a través de orden médica (art.12.4 y 12.6). Esto permitirá, como sucede en los c.s.s., el uso de envases clínicos, que será obligado siempre que sea posible.

⁷⁵¹ La misión del Grupo de Trabajo sobre AFD es proponer y elaborar la metodología, los PNT, las condiciones a seguir por las OF para dar la prestación

En el País Vasco no se indica la periodicidad, pero sí la necesidad de que el usuario entregue los SPD empleados antes de recoger los nuevos, ya sea por cumplirse el período para el cual estaban preparados o por la modificación de algún tratamiento⁷⁵². Al inicio de cada tratamiento, se entregan al usuario o al responsable que se haga cargo del mismo, los prospectos⁷⁵³.

En Tarragona, según se indica en un artículo del periódico "El Global" acerca del pago por el servicio de SPD, cada farmacéutico decide si ofrece el servicio de forma gratuita o no. Ante esta situación, el COF de Tarragona pretende acordar la cuantía a cobrar al usuario⁷⁵⁴.

Un aspecto importante de estos programas es la educación sanitaria que se da al paciente o sus responsables sobre el uso de medicamentos y de los SPD⁷⁵⁵ (Cataluña no lo contempla). Se trata de informar al paciente sobre las dosis de sus medicamentos, vía de administración, intervalo de dosificación, duración de tratamiento, precauciones, modo de administración y manejo de los blísteres preparados con la medicación, entre otros. Con ello se pretende la responsabilización del individuo, de modo que adquiera conocimientos, actitudes y hábitos para la promoción de la salud (empoderamiento).

La planificación de mejoras en estos programas exige la evaluación continua de las acciones que se realizan. Por ello, se establecen indicadores que permiten analizar el desarrollo de los programas⁷⁵⁶. Los indicadores empleados se pueden agrupar en cuatro campos: el medicamento, los pacientes, la farmacia y otros indicadores de ahorro sanitario. Los tres primeros han sido abordados por todos los programas,

de AFD y proponer mejoras en base a la evaluación de los resultados obtenidos del seguimiento del programa de AFD (págs. 5 y 6).

⁷⁵² Convenio País Vasco, op. cit., 7

⁷⁵³ *Ibidem*, 6

⁷⁵⁴ GALLARDO L. El COFT fijará el precio por realizar el servicio SPD. EL GLOBAL [periódico en Internet] 21 de septiembre de 2008 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en:

<http://www.elglobal.net/articulo.aspx?idart=370949&idcat=504&tipo=2>

⁷⁵⁵ CGCOF. Atención Farmacéutica Domiciliaria, op. cit., 49
DGFPS, op. cit., 27.

Convenio País Vasco, op. cit., 4

Programa Piloto de AFD, op. cit., 8

D 94/2010 arts. 3.2.e y 3.2.f

⁷⁵⁶ El programa del COF de Barcelona no concierne nada al respecto.

mientras que el último es una nueva aportación del protocolo valenciano. A continuación se presentan varios listados que recogen los indicadores contemplados por los distintos programas.

Indicadores relacionados con los medicamentos:

- número, tipo e importe de medicamentos y productos sanitarios
- número de medicamentos en SPD
- número y tipo de PRM y RNM, medicamentos implicados y número de RNM resueltos
- número, grupo terapéutico e importe de medicamentos retirados
- medicamentos caducados (detectados en la revisión del botiquín doméstico)
- número promedio de medicamentos por paciente al inicio y al año del programa
- número de blísteres preparados al mes
- número de blísteres retornados a la OF con medicamentos y el motivo
- número de tomas al mes (desayuno-comida-cena-noche)
- número de recetas sin dispensar (motivo, importe, intervención)

Indicadores relacionados con la farmacia:

- cobertura de oficinas de farmacia (nº OF adheridas al programa/nº promedio de OF en CCAA)
- participación de EAP y de OF por área
- tiempo empleado por el farmacéutico
- número de intervenciones propuestas, actuaciones profesionales, hojas de interconsulta realizadas
- número de consejos de educación sanitaria
- adecuación de actividades a protocolos

Indicadores relacionados con los pacientes:

-
- cobertura de pacientes (nº de pacientes incluidos en programa en un periodo/estimación de pacientes susceptibles de ser incluidos en el programa en el mismo periodo)
 - características de los pacientes (sexo, año de nacimiento)
 - tiempo promedio de seguimiento del programa
 - calidad de vida del paciente y cuidador
 - satisfacción de usuarios y familiares

Otros indicadores de ahorro sanitario:

- número de consultas de atención primaria y especializada
- número de urgencias en atención primaria y hospital
- número de ingresos en hospital y días de estancia
- visitas de otros sanitarios
- gastos de desplazamiento

En el País Vasco, la evaluación se hace teniendo en cuenta los datos de una ficha de cada paciente con SPD que la OF envía mensualmente al COF y que éste envía a su vez al departamento de sanidad⁷⁵⁷. Según indica RUA, la aplicación del programa a 386 pacientes ha supuesto la eliminación de 3.146 recetas innecesarias, lo que supone en torno al 2%⁷⁵⁸. La estimación del ahorro directo es de 52.855,15€, a lo cual deberían añadirse el ahorro en costes indirectos por la mejora de adherencia, mejor control de la patología de base, y el logro de evitar RNM. Los datos se refieren a 16.892 blísteres preparados donde la media de medicamentos por paciente es de 8,95. También GASTELURRUTIA et al⁷⁵⁹, se referían en 2010, a los resultados del programa. En su estudio se analizaron los resultados de 13 farmacias que atendían a 24 pacientes

⁷⁵⁷ Convenio País Vasco, op. cit., pág.7 y Anexo 3.

⁷⁵⁸ RUA F. Algunos resultados del programa SPD. [Internet] 9 de abril de 2013. [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://blogs.sefac.org/rincon-linimento/algunos-resultados-del-programa-spd?destination=node/120>

⁷⁵⁹ GASTELURRUTIA MA, LARRAÑAGA B, GARAY A y ECHEVESTE FDA. Intervención desde la farmacia comunitaria a pacientes atendidos en los servicios de ayuda domiciliaria municipal. FARMACÉUTICOS COMUNITARIOS [revista en Internet] 2010 [acceso 1 de abril de 2014] 2(1): 15-20. Disponible en: http://www.sefac.org/files/documentos_sefac/revista/SEFAC%20N4%20LR%20%283%29.pdf

de este programa. El 95,6% polimedificados. Se incluyeron el 78,8% de los medicamentos prescritos en blísteres. De los 1.129 SPD preparados, se inutilizaron 31 (2,7% del total). Fueron devueltos 80 blísteres que contenían algún comprimido. El dato más relevante es la retirada de 454 recetas que no fueron dispensadas por ser innecesarias: 378 por desajustes en la pauta posológica, 9 por duplicidades y 67 porque el tratamiento ya había finalizado. Se remitieron al COF de Guipúzcoa y se valoraron en 6.581,73€. En este artículo se indica que el tiempo medio de preparación de los blísteres por paciente y mes fue de 1 hora y 36 minutos al mes.

En Madrid, una Comisión de Seguimiento, con representantes de la DGFPS y del COF, evalúa trimestralmente el programa y presenta los resultados en un informe de la Comisión. Pueden realizarse también otras evaluaciones específicas sobre aspectos concretos y se hacen encuestas telefónicas sobre deficiencias o aspectos mejorables del programa, dirigidas a usuarios y profesionales sanitarios implicados en el mismo^{760, 761}.

La evaluación de la prueba piloto de AFD de la Comunidad Valenciana estaba previsto que se realizara al final de los doce meses de duración de la intervención.

De todos estos programas, solo el vasco y el valenciano son remunerados. El Departamento de Sanidad Vasco, una vez recibe un documento del COF⁷⁶² y tras hacer ciertas comprobaciones abona 30

⁷⁶⁰ DGFPS, op. cit, 33

⁷⁶¹ En 2013, Fernández-Lasquetty, consejero de Sanidad, presentó el balance del Programa de Atención al Mayor Polimedicado. Indicó que 45.000 pacientes han ajustado su medicación desde el comienzo del programa en 2007 suponiendo un descenso del número de personas mayores que toman fármacos inadecuados del 14,4% en 2008 al 9,35% en 2012.

Más de 200.000 mayores de 74 años polimedificados reciben seguimiento de la Comunidad. [Internet] 30 de septiembre de 2013 [acceso 16 de abril de 2014] Disponible en: <http://www.telemadrid.es/noticias/madrid/noticia/mas-de-200000-mayores-de-74-anos-polimedificados-reciben-seguimiento-de-la-com>

⁷⁶² El documento que el COF envía al Departamento de Sanidad, recoge el número de oficinas de farmacia, el número de pacientes y el sistema de financiación en base a los datos enviados por las OF al COF mensualmente (Anexo 3). En el Anexo 4 del Convenio figura un modelo del documento.

euros por beneficiario y mes a los COF, que abonan a su vez este importe a las OF. Esta cuantía económica se actualiza al inicio de cada prórroga anual, de acuerdo con el IPC vigente⁷⁶³.

La retribución del programa piloto valenciano debe realizarse teniendo en cuenta dos conceptos⁷⁶⁴:

-la dispensación de medicamentos y productos sanitarios con receta médica oficial de la AVS que se pagan con las normas de facturación establecidas en el Concierto para la Prestación Farmacéutica entre la Conselleria de Sanitat y los Colegios Oficiales de Farmacéuticos de Alicante, Castellón y Valencia suscrito el 23 de junio de 2004⁷⁶⁵.

-los servicios profesionales que se abonan en función del denominado *Riesgo Compartido*, dentro de los treinta días siguientes a la finalización del programa piloto. Se trata de un mecanismo de retribución supeditado a los resultados del programa. Los honorarios que se paga a las farmacias corresponden al 50% del ahorro estimado según la cuantificación

Convenio de colaboración para la mejora del uso de la medicación en personas atendidas por los servicios de ayuda domiciliaria entre el Departamento de Sanidad y los Colegios Oficiales del País Vasco, op. cit.

⁷⁶³ Convenio País Vasco, op. cit., 7-8 "estipulaciones octava y novena"

⁷⁶⁴ A diferencia del programa piloto, el sistema de remuneración previsto en el D 94/2010 para la AFD, se calcula en base a tres apartados (análogamente al sistema de prestación farmacéutica en centros sociosanitarios):

-envases adquiridos para la preparación de SPD, exceptuando los suministrados por el programa SUFAR.

-los servicios profesionales por paciente; como referencia se usa para su determinación el Convenio marco de OF y de sanidad privada relacionando las retribuciones, salvo acuerdo entre las partes, de un facultativo y un administrativo con una atención farmacéutica de treinta y quince minutos mensuales respectivamente por paciente.

-los servicios logísticos y financieros imputables a la atención farmacéutica (art.15.3).

Una vez finalice el programa piloto de la Comunidad Valenciana se podrá estimar el tiempo medio que el farmacéutico y el resto de personal requieren para desarrollar sus funciones. En contraposición al tiempo propuesto en Valencia, una intervención llevada a cabo por trece farmacias de Guipúzcoa en 2008, reveló que solo el tiempo medio de preparación de los blísteres era de una hora y treinta y seis minutos.

⁷⁶⁵ Programa Piloto de AFD, op. cit., 11

económica de unos indicadores humanísticos, clínicos y económicos⁷⁶⁶.

⁷⁶⁶ *Ibidem*, 10-11

DISCUSIÓN

DISCUSIÓN

1. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO: ESCENARIO ACTUAL

1.1 SITUACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

Las previsiones de incremento de la población en general, y del mayor porcentaje de mayores de 65 años en particular, para los próximos años, ponen de manifiesto que pese a las mejoras en la calidad de vida, se prevé un incremento en números absolutos de la población con necesidad de cuidados. En 2010, la población mayor de 65 años en España, era del 17,2% (7.777 miles de personas). Este porcentaje supera ligeramente la media europea (16,3% que corresponde a 119.134 miles de personas) y supera el doble de la media mundial (7,2% equivalente a 523.478 miles de personas). La previsión para 2050, incrementa considerablemente estos valores: a nivel mundial el 16,2% (1.486.861 miles de personas), en Europa el 27,4% (189.118 miles de personas) y en España el 31,8% (16.298 miles de personas).

La distribución de la discapacidad refleja que tiene un mayor peso en edades superiores a 65 años (223,91 por mil habitantes entre 65 y 79 años) y principalmente a partir de los 80 (514,56 por mil habitantes, frente al 44,76 por mil habitantes de las personas entre 6 y 64 años).

Según un informe estadístico sobre residencias de 2012⁷⁶⁷, los 5.343 centros⁷⁶⁸ contabilizados en España, disponían de 353.642 plazas (lo que representaría el 4,3% de las personas de 65 años o más). La encuesta EDAD-2008 indicaba que el 92,7% de las personas que residían en centros en 2008, presentaba alguna discapacidad y el 82,6% eran mayores de 65 años⁷⁶⁹. Las proyecciones de población a largo plazo

⁷⁶⁷ Se han considerado únicamente aquellos centros en los que se conoce el número de plazas que tienen.

EQUIPO ENVEJECIMIENTO EN RED, op.cit., 5-6

⁷⁶⁸ En este informe se consideran centros residenciales a alojamientos colectivos para personas mayores como residencias, mini-residencias, viviendas o pisos tutelados, centros psicogeriátricos, c.s.s., conjuntos residenciales y otros centros colectivos.

⁷⁶⁹ INE. Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia. (EDAD 2008) [internet]. [s.l.]. INE. NOTAS DE PRENSA, op. cit.

auguran una importante demanda de servicios por parte de personas mayores de 65 años, cuyo número va aumentando.

Esta realidad demográfica presenta unas necesidades de atención social y sanitaria, principalmente en los sectores de población de mayores de 65 años con discapacidad, pero no de un modo exclusivo. Ya que pueden ser necesarias en personas mayores sin discapacidad y en personas con discapacidad menores de 65 años.

Se trata de una situación que atañe al ámbito político, social y económico y precisa una adaptación y un desarrollo que, en conjunto, permita un sistema sanitario sostenible que incluya la atención social.

La demanda de cuidados en cada autonomía vendrá condicionada por el número de personas mayores y la tasa de discapacidad; por lo tanto, la planificación de la atención requerida deberá atender a estos factores y a la dispersión de la población según su orografía (*Tabla 4 y Figura 1*). Las autonomías de la parte oeste de la península presentan mayores tasas de discapacidad, con al menos un 19% de población mayor de 65 años.

1.2 POLÍTICAS SOCIALES Y SANITARIAS ACTUALES

El gasto social engloba las partidas de pensiones, sanidad, familia, incapacidad, desempleo y exclusión social. En España, en 2009, representaba el 25% del PIB, 5 puntos por debajo de la UE-17 (30,2%). El porcentaje destinado a sanidad en España, en 2009 (29,8%) es similar al de la UE-17 (29,9%).

El escenario económico de los últimos años está marcando la dirección de las políticas sociales y sanitarias, condicionando los servicios básicos del Estado de bienestar a la disponibilidad económica.

En el ámbito social, previamente a la LD, España basaba su atención a las personas con dependencia en un sistema de tipo asistencial⁷⁷⁰ (Apartado 2.3, Capítulo II) en el que el origen de los cuidados procedía principalmente de las familias y ONG's, con un sistema de financiación vía impuestos que se dirigía exclusivamente a personas sin recursos. En el enfoque de este modelo primaba la asistencia en residencias con una gestión de servicios principalmente de tipo privado. De los principales modelos de atención europeos, es el de menor inversión en términos de PIB (1,2-1,5% frente a 1,8-2,8% del de protección social o bismarckiano y 2,6-3% del modelo universal o Beveridge). A finales de 2006, la LD

⁷⁷⁰ MTAS: "Atención a las personas ...", op. cit., 674 y ss.

pretende superar las carencias del modelo asistencial, mediante el reconocimiento de la dependencia como derecho subjetivo de ciudadanía. El complejo desarrollo en cuanto a procedimientos, diversidad de Administraciones implicadas y anclaje del nuevo sistema en las estructuras del Sistema de Servicios Sociales, retrasaron su consolidación y expansión. La principal aportación económica en este nuevo modelo corresponde a las CCAA. En 2009 y 2010 se desarrolla la máxima actividad del SAAD (solicitudes, valoraciones, PIA's). Se extendía al ámbito de la dependencia, de forma común a todo el Estado, el enfoque universalista de equidad en el acceso, que presentaba el sistema sanitario y garantizaba la LCC. Se independizaba el acceso de la edad, y se extendía a todos los ciudadanos sin limitarse exclusivamente a personas sin recursos.

A partir de 2011, la financiación es claramente insuficiente, debido a la situación económica del país y se ralentiza el ritmo de las valoraciones y beneficiarios. En este año, se pospone la efectividad del derecho a las prestaciones de dependencia de las personas valoradas en el nivel 2 del Grado I hasta 2013⁷⁷¹ y en 2012, se pospone a las personas valoradas en el nivel 1 del Grado I al año 2015⁷⁷². Desde 2009 viene reduciéndose la aportación estatal, incrementando la de los usuarios y la de las autonomías (a la que no pueden hacer frente por falta de recursos económicos). En 2009, la Administración General del Estado aportaba el 39,2%, las autonomías el 50,8% y los usuarios el 10% en el coste de los servicios y prestaciones económicas.

El sexto año de vida de la LD representa, según BARRIGA et al.⁷⁷³, la *«fase de retroceso y demolición de la misma»*. En 2012 el Estado reduce su aportación al 21,4%, obligando a incrementar las aportaciones a las

⁷⁷¹ Real Decreto-ley 20/2011, de 30 de diciembre, de medidas urgentes en materia presupuestaria, tributaria y financiera para la corrección del déficit público disposición final décimocuarta (BOE núm. 315, de 31 de diciembre)

⁷⁷² Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad art. 22.17 (BOE núm. 168, de 14 de julio)

⁷⁷³ BARRIGA MARTÍN LA, BREZMES NIETO MJ, GARCÍA HERRERO GA, RAMÍREZ NAVARRO JM. X Dictamen del Observatorio. Enero 2013. Informe sobre el desarrollo y evaluación territorial de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. [monografía en Internet]. Asociación estatal de directores y gerentes en servicios sociales; 2013 [acceso 1 de abril de 2014]; pág. 3. Disponible en: <http://www.directoressociales.com/images/x%20dictamen%20.pdf>

autonomías (62,6%) y a los usuarios (16,0%), afectando al patrimonio de los dependientes. El recorte del Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, asciende a 850 millones de euros. Esta norma modifica también el calendario de aplicación de la LD, retrasando el derecho a ser atendidos de los dependientes moderados. Como consecuencia de ello y del incumplimiento del plazo de seis meses entre la solicitud y la resolución del PIA, se reduce el número de personas con dependencia reconocida y por tanto, a la espera de aprobación del PIA. En consecuencia, disminuye el número de personas susceptibles de recibir de manera efectiva las prestaciones y servicios que requieren⁷⁷⁴. Se da la paradoja de que, en muchas ocasiones, la persona ha fallecido antes de tener aprobado el PIA. Resulta preocupante la reducción del promedio de PIA's mensuales resueltos que en 2008 era de 28.847, habiendo pasado a 1.722 en 2012 (a falta del dato de diciembre). Esta abrupta disminución delata, según BARRIGA et al., «la falta de voluntad o de capacidad de las Administraciones para proporcionar atenciones o prestaciones a las personas con derecho».

En definitiva, el gobierno, justificándose en la sostenibilidad del sistema, parece que retorna a la situación existente antes de la fugaz LD.

En relación al ámbito sanitario, como se indicó en el primer capítulo, el gasto total de los países de la OCDE ha aumentado a un ritmo superior al de la economía de los mismos en los últimos años. Concretamente España, desde el año 2000 (7,2%) hasta el 2010 (9,6%), ha subido su gasto sanitario total en un 2,4% del PIB, llegando por primera vez, a superar la media de la OCDE (9,5%), pero manteniéndose todavía casi un punto por debajo de la UE-15 (10,37%) y a 2,5 puntos de los Países Bajos que tienen el mayor gasto de la UE-15 (12%).

La mayor parte de gasto sanitario de los países de la UE-15 corresponde a gasto público, que supera generalmente el 70%, y que en el caso de España, es el único que se ha incrementado en los últimos años. España, con un 73,63%, se sitúa como el segundo país con menor gasto sanitario público⁷⁷⁵, por delante solo de Luxemburgo que destina un 48,26%. Con los mayores gastos públicos se situaban Dinamarca (85,04%), Italia

⁷⁷⁴ BARRIGA MARTÍN LA, et al., op. cit., 7

⁷⁷⁵ Se han establecido estas comparaciones en base a los datos obtenidos, si bien es cierto que no se dispone información de algunos países todavía (Austria, Grecia, Países Bajos y Portugal), y por ejemplo en 2007, el 60,3% del gasto sanitario griego procedía de fondos públicos, 11 puntos por debajo de España (71,5%).

(84,02%) y Reino Unido (84,15%). En el año 2000 la OMS ubicaba el SNS como el séptimo mejor del mundo, y en 2007 quedaba como el tercero según el Newsweek. Entre otros motivos, por alcanzar una de las mayores esperanzas de vida del mundo, pese a ser un servicio sanitario de bajo coste⁷⁷⁶.

Aunque no se han conseguido datos de los tres últimos años (2011-2013), la involución económica española ha modificado la tendencia al alza del gasto sanitario público, pudiendo apreciarse en 2010 cierto estancamiento^{777, 778}.

La gestión de la crisis por parte del gobierno ha introducido en el ámbito sociosanitario modificaciones significativas que pueden generar problemas de tipo humanitario⁷⁷⁹ e incrementar el nivel de pobreza de las personas mayores.

Así, el RDL 16/2012 abre una brecha sobre el modelo de universalidad^{780, 781, 782, 783, 784}. Quedan fuera de la atención sanitaria inmigrantes sin permiso de residencia y personas que no cotizan a la Seguridad Social con ingresos de más de 100.000 euros anuales^{785, 786, 787, 788, 789}. Sistema que, autores como RAJMIL et al. sostienen, que no solucionan los problemas financieros del gobierno.

⁷⁷⁶ GARCIA RADA A. [Is Spanish public health sinking?](#), op. cit.

⁷⁷⁷ ARTELLS I HERRERO JJ, et al. op.cit.

⁷⁷⁸ REPULLO JR. [Taxonomía práctica de la 'desinversión sanitaria' en lo que no añade valor, para hacer sostenible el Sistema Nacional de Salud](#). REV CALID ASIST. [Internet] 2012 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.actasanitaria.com/opinion/punto-de-vista/articulo-taxonomia-practica-de-la-desinversion-sanitaria-en-lo-que-no-anade-valor-para-hacer-sostenible-el-sistema-nacional-de-salud.html>

⁷⁷⁹ CASINO G, op. cit.

⁷⁸⁰ LÓPEZ FERNÁNDEZ LA, et al. op. cit.

⁷⁸¹ ARTELLS I HERRERO JJ et al., op. cit., 16-17

⁷⁸² GARCIA JF, op. cit.

⁷⁸³ RICO A., BLAKEY E. op. cit., 68-9

⁷⁸⁴ GARCIA RADA A. New legislation transforms Spain's health system from universal access to one based on employment, op. cit.

⁷⁸⁵ RAJMIL L, FERNÁNDEZ DE SANMAMED MJ. [Universal health-care coverage in Europe](#). LANCET [Internet] 2012 [acceso 1 de abril de 2014]; 380: (1644). Disponible en: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)61942-4/fulltext?rss=yes](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)61942-4/fulltext?rss=yes)

⁷⁸⁶ El Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España,

A través de la misma norma⁷⁹⁰, ⁷⁹¹, aparecen restricciones en la cartera de servicios: sistema de copago en ortopedia, productos de dietética, transporte sanitario no urgente en ambulancia.

Cabe destacar el objetivo de reducción del gasto sanitario público del Programa de Estabilidad de España de mayo de 2012⁷⁹². Las expectativas prevén una reducción de un 1,5% del PIB. Este presupuesto no parece realista, si se tiene en cuenta la infrapresupuestación que se arrastra desde hace varios años y se regulariza periódicamente cada

con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud, establece la posibilidad de la suscripción de un convenio especial de prestación de asistencia sanitaria para aquellas personas que, no teniendo la condición de aseguradas o beneficiarias, no tengan acceso a un sistema de protección sanitaria pública. El pago de la cuota correspondiente permite disponer de asistencia sanitaria pública (Disposición adicional tercera).

⁷⁸⁷ RAJMIL L, FERNÁNDEZ DE SANMAMED MJ. [Change of healthcare system model in Spain](#). Re: Beginning of the end for Spain's national health system. BMJ [Internet] 2012 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.bmj.com/content/344/bmj.e3213?tab=responses>

⁷⁸⁸ CASINO G., op. cit.

⁷⁸⁹ Las personas mayores de 26 años no afiliadas a la Seguridad Social que no son pensionistas, no cobran ninguna prestación por desempleo, ni tienen recursos económicos suficientes, pueden solicitar el aseguramiento en la Seguridad Social.

OCU. Home. Salud. Desempleo. Quién tiene derecho a la Sanidad pública [Internet] 23 de enero de 2014 [acceso 1 de abril de 2014] Disponible en: <http://www.ocu.org/salud/desempleo/informe/derecho-a-sanidad-publica/stampa>

⁷⁹⁰ BERMÚDEZ-TAMAYO C, ESPIN J, op. cit.

⁷⁹¹ MINUÉ-LORENZO S, GARCIA GUTIERREZ J F, MERCADER-CASAS J J. [Beginning of the end for Spain's national health system](#) BMJ [Internet] 2012 [acceso 1 de abril de 2014]; 344: [3213]. Disponible en: http://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/814/1/Minu%c3%a9_BeginingOfTheEnd.pdf

⁷⁹² La fuente consultada indica que el gasto sanitario en 2010 era del 6,5% del PIB y se espera reducir al 5,1% en 2015. Adviértase que el dato de 2010 difiere del obtenido de la OCDE y presentado en las *Tablas 9 y 11* de este trabajo.

ALTISENT R, BERNAL E, BURGOS I, CASTELLÓN E, CONDE J, GUTIÉRREZ R, HERNANSANZ F, MAYOL J, REPULLO JR, VIDAN L. [Profesión médica y reforma sanitaria. Propuestas para una acción inmediata](#). ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL [Internet] 2012: pág. 14 y ss [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/profesion_medica_reforma_sanitaria.pdf

cuatro años aproximadamente⁷⁹³. Tampoco resulta compatible con las aspiraciones de calidad del país, cuando se pretende retroceder a un gasto similar al del año 2000⁷⁹⁴.

Además se producen recortes en salarios de profesionales sanitarios a pesar de no ser altos en España⁷⁹⁵.

Finalmente, contribuye al cambio una clara tendencia a la privatización de la gestión de centros sanitarios^{796, 797, 798}.

El impacto de la crisis económica se refleja también en el sector farmacéutico⁷⁹⁹, que ha invertido la evolución de ascenso del gasto que tenía hasta 2010. En 2010, el gasto farmacéutico, como en años anteriores, representaba la segunda partida más importante del gasto sanitario público (19,4%), muy por detrás de la de servicios hospitalarios y asistencia especializada (56%). Las medidas de austeridad y racionalidad del gasto que ha promovido el gobierno, aparecen en los Reales Decreto-ley 4 y 8 de 2010, y 16/2012. Con estas medidas se han implantado deducciones a la industria, distribución y OF, revisiones periódicas de precios, exclusión de la financiación de determinados medicamentos, extensión del sistema de copago a los pensionistas y exclusión de determinados grupos de población de la prestación sanitaria, incluyendo la farmacéutica. En 2012 se produjo un gasto en medicamentos y productos sanitarios del SNS dispensados en OF a PVP (IVA incluido) (12.034,86 miles de€), similar a 2006 (11.787,13 miles de €),

⁷⁹³ REPULLO JR. [El Sistema Nacional de Salud en tiempos de crisis: sin primaria no es posible](http://rafalafena.files.wordpress.com/2012/09/01_editorial_jul-ago_2012.pdf). AMF. 2012 [acceso 1 de abril de 2014]; 8 (7): [362-3]. Disponible en: http://rafalafena.files.wordpress.com/2012/09/01_editorial_jul-ago_2012.pdf

⁷⁹⁴ NAVARRO V. [El error de las políticas de austeridad, recortes incluidos, en la sanidad pública](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?f=10&pident_articulo=90120107&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=138&ty=29&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=138v26n02a90120107pdf001.pdf). GAC SANIT [Internet] 2012 [acceso 1 de abril de 2014]; 26 (2): [174-5]. Disponible en:

[http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pident_articulo=90120107&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=138&ty=29&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=138v26n02a90120107pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?f=10&pident_articulo=90120107&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=138&ty=29&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=138v26n02a90120107pdf001.pdf)

⁷⁹⁵ PEIRÓ S. Para salir del hoyo, lo primero es dejar de cavar. ATEN PRIMARIA. [Internet] 2012 [acceso 4 de mayo de 2013] : pág. 1. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2012.08.001>

⁷⁹⁶ MINUÉ-LORENZO S et al., op.cit.

⁷⁹⁷ GARCIA RADA A. New legislation transforms Spain's health system from universal access to one based on employment, op. cit.

⁷⁹⁸ GARCIA RADA A. [Is Spanish public health sinking?](#), op. cit.

⁷⁹⁹ Prescripción saludable de medicamentos en tiempos de crisis. BUTLL GROC [Internet] 2011 [acceso 1 de abril de 2014] 2011; 24: 5-12. Disponible en: <http://www.icf.uab.cat/es/pdf/informacio/bg/bg242-3.11e.pdf>

pese al incremento en 124.048 recetas. Estas medidas comprometen la estabilidad del sector farmacéutico, por la reducción del beneficio neto, que limita la posibilidad de ampliar servicios. También afecta al ciudadano, ya que estas deducciones solo reducen la aportación de la Administración, por lo que en realidad supone un incremento del porcentaje que aporta el ciudadano (como se indicó en el primer capítulo, se trataría de un incremento encubierto de la aportación del ciudadano).

A nivel autonómico, se están llevando a cabo, también, intervenciones sobre la prescripción, mediante selecciones de medicamentos. Es el caso del catálogo priorizado de Galicia, los algoritmos de prescripción de la Comunidad Valenciana (Decreto-ley 2/2013, de 5 de abril) y el uso de guías farmacoterapéuticas.

Ante estas trascendentes medidas se puede reflexionar sobre su conveniencia. Algunos autores señalan que el precio del medicamento en España está por debajo del resto de Europa y sin embargo el gasto farmacéutico per cápita español está en los primeros puestos del mundo^{800, 801, 802}. Consecuentemente, se podría presuponer que el ciudadano español tiene mayor consumo de medicamentos que en otros países. Sin embargo, SIMÓ detalla en sus estudios^{803, 804, 805} que, el

⁸⁰⁰ *Ibidem*

⁸⁰¹ LAPORTE JR y BOSCH M. Crisis y política de medicamentos. Aten Primaria [internet]. 2012. doi:10.1016/j.aprim.2012.03.006 [acceso 7 de mayo de 2013]. Disponible en: [http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/eop/S0212-6567\(12\)00120-5.pdf](http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/eop/S0212-6567(12)00120-5.pdf)

⁸⁰² ESPÍN J, BERMÚDEZ-TAMAYO C., op. cit.

⁸⁰³ SIMÓ J. ¿Algo nuevo sobre el precio de los medicamentos en España? [internet] 2013 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://saludineroy.blogspot.com.es/2013/05/algo-nuevo-respecto-al-precio-de-los.html>

⁸⁰⁴ SIMÓ J. España, el país con el mayor porcentaje del gasto en medicamentos de prescripción financiado públicamente [internet] 22 de abril de 2013 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://saludineroy.blogspot.com.es/2013/04/espana-el-pais-con-el-mayor-porcentaje.html>

⁸⁰⁵ SIMÓ MIÑANA J, RAMOS MAESTRE MJ, DE PABLO GONZÁLEZ R y GAZTAMBIDE GANUZA MS. ¿Gastamos demasiado en medicamentos? Comparación internacional [internet] 2004 [acceso 1 de abril de 2014]; 18 (9): [12-18]. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pident_articulo=13068664&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=3&ty=160&accion=L&origen=elsev

gasto farmacéutico español en el período 2003-2010, es equiparable a la media de los países europeos de la OCDE y que donde está probablemente a la cabeza, es en gasto farmacéutico en medicamentos de prescripción financiados públicamente. El matiz de la financiación pública cambia por completo la presunción de que España tenga un consumo de medicamentos per cápita muy por encima de otros países. Entre los motivos que explican este gasto se encuentran el porcentaje de gasto farmacéutico público que supera al de otros países, se tiene una esperanza de vida (82 años) por encima de la media mundial (68 años) y europea (75 años), el copago farmacéutico⁸⁰⁶ que venía llevándose a cabo hasta mediados de 2012 era menor que el del resto de países, diferencia que se acentúa con los medicamentos de aportación reducida. En cuanto al precio del medicamento, sostiene que el valor que ofrecen las estadísticas tiene en cuenta medicamentos en desuso, de precios bajos, cuya comercialización se limita a España y pocos países más, siendo los medicamentos más recientes los que más se prescriben y más gasto generan. Apunta, además, que si se atiende al poder adquisitivo de los españoles y al precio, resulta una relación equiparable al resto de países europeos.

Según sus conclusiones, la mayor intervención pública en el gasto de medicamentos de países como España, responde a una consideración del mismo como bien de primera necesidad, de modo que todos los ciudadanos puedan acceder a él, frente a la de países europeos más desarrollados.

El nuevo sistema de copago español ha generado una situación de desigualdad, principalmente con los grupos socioeconómicos más desfavorecidos. Cabe destacar los grupos de población de inmigrantes, población infantil, personas de edad avanzada y con discapacidad. Éstos últimos padecen más enfermedades crónicas y problemas de

[ierpt%20&web=http://www.elsevierciencia.es/lan=es&fichero=3v18n09a13068664pdf001.pdf](http://www.elsevierciencia.es/lan=es&fichero=3v18n09a13068664pdf001.pdf)

⁸⁰⁶ La aportación del paciente en las estadísticas se incluye en el concepto de gasto farmacéutico privado.

SIMÓ MIÑANA J. El gasto farmacéutico público en España durante los últimos treinta años, consideraciones para su valoración. En: PALOMO L. Treinta años del Sistema Sanitario Español (1981-2011). Treinta años de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública [internet] Madrid: FADSP; 2011 [acceso 7 de mayo de 2013]: [137-153]. Disponible en: <http://www.adspandalucia.es/documentos/sistemas sanitario.pdf>

salud, y ahora deben realizar una aportación por sus medicamentos^{807, 808, 809, 810}. BENACH et al. sostienen que, si bien es cierto que con el copago, *«quienes están enfermos toman más conciencia del gasto y adquieren una mayor responsabilidad, valoran más los servicios que consumen y moderan su demanda de servicios»*. Sin embargo, no resulta evidente que el único “culpable” del consumo de recursos sea el enfermo, ya que también intervienen el médico y las autoridades sanitarias en la generación de recetas y en el modelo sanitario.

1.3 CONSIDERACIONES ACERCA DE LA POBLACIÓN DESTINATARIA

El perfil de la población destinataria de la prestación farmacéutica sociosanitaria en este estudio ha variado en los últimos años como respuesta a la necesidad de adaptar las posibilidades de atención con las necesidades de la sociedad. En todos los casos se circunscribe a aquellas personas con derecho a asistencia sanitaria pública. Las diferencias entre autonomías y las variaciones en el tiempo se refieren a límites de edad, admisión de acompañantes y escalas de valoración. Asimismo, se cuestiona la necesidad de atender en este ámbito a personas válidas.

Con el fin de garantizar la equidad en el acceso al servicio residencial de la red pública y que éste se conceda a aquellas personas que lo requieran, se publicó la LD. Esta norma confiere un carácter universal al sistema de acceso al independizar éste de la edad y de los recursos propios de la persona dependiente.

El baremo que acompaña a la norma para el acceso a los servicios y prestaciones a nivel nacional, tenía por objeto salvar las desigualdades existentes entre autonomías. Aunque en ciertas autonomías coexisten los anteriores baremos autonómicos con el de la LD, esta última es la vía de acceso que predomina (por ejemplo, en Asturias, Canarias y Valencia).

Durante este período se ha acentuado la tendencia a aumentar las plazas de asistidos y, en algunas autonomías, la extinción de las de válidos. Por ello la población destinataria de la prestación farmacéutica

⁸⁰⁷ ESPÍN J, op. cit.

⁸⁰⁸ BENACH J, TARFAFA G, MUNTANER C. El copago es inequitativo, injusto y evitable, op.cit.

⁸⁰⁹ *Ibidem*

⁸¹⁰ LAPORTE JR y BOSCH M., op. cit.

que se facilita en los centros se circunscribe, prácticamente, a personas dependientes.

Desde la puesta en marcha de la LD, se han conseguido los grandes logros comentados que no pueden obviarse en ningún caso. Sin embargo, como se ha comentado, la crisis económica del país ha supuesto un retroceso en su desarrollo.

Varias autonomías, en sus normativas farmacéuticas autonómicas, se referían a la prestación farmacéutica sociosanitaria como aquella desarrollada en c.s.s. (por ejemplo, Cataluña, Aragón o Valencia). Es decir, en centros donde previamente se había autorizado un servicio médico. Otras, como Galicia, dirigen este tipo de prestación a los centros de asistencia social, aunque no se disponga de servicio médico. Recientemente, desde la administración central, esta opción se ha extendido a todo el territorio nacional a través del RDL 16/2012 (art.6):

«Será obligatorio el establecimiento de un SF hospitalaria propio en: [...] los centros de asistencia social que tengan cien camas o más en régimen de asistidos y los centros psiquiátricos que tengan cien camas o más».

Esta norma afecta, tanto a centros residenciales, como a aquellos centros de día que prestan asistencia sanitaria específica. Éstos, si no están obligados a disponer de un servicio farmacéutico, deben contar al menos con un DM.

La población a la que se dirige esta norma queda ligada a la LD, al referirse al *régimen de asistidos*. En el caso de centros públicos y concertados, el ingreso se restringe a personas con dependencia. Sin embargo, los centros privados disponen de plazas para válidos y para dependientes. Los centros con plazas para válidos, quedan fuera del alcance de este comentario. En ocasiones, no obstante, estas plazas pueden estar cubiertas por personas con dificultad en el manejo de los medicamentos que no hayan solicitado el reconocimiento de la dependencia, que no se les haya concedido o que estén pendientes de su reconocimiento.

1.4 OPORTUNIDAD DE LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA

Las funciones orientadas al medicamento encomendadas al farmacéutico, según la clasificación del Documento de Consenso de

Atención Farmacéutica⁸¹¹, pretenden garantizar que éste llegue en perfectas condiciones al paciente (adquisición, custodia, almacenamiento, conservación de materias primas, medicamentos y productos sanitarios).

En la actualidad, los medicamentos deben demostrar su seguridad y eficacia con la superación de estrictas normas en su investigación, desarrollo y elaboración⁸¹². A pesar de todos estos esfuerzos, los medicamentos en ocasiones producen efectos indeseados en los pacientes.

FORO de Atención Farmacéutica en 2008, indicó que el 75% de los problemas relacionados con medicamentos en la población general se pueden prevenir⁸¹³. Diversos autores hacen referencia en sus publicaciones a efectos adversos evitables⁸¹⁴, ⁸¹⁵, ⁸¹⁶ e ingresos hospitalarios relacionados con la medicación⁸¹⁷, ⁸¹⁸, ⁸¹⁹. El estudio APEAS

⁸¹¹ Ministerio de Sanidad y Consumo [Internet]. MADRID: MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. 2002. [acceso 22 de mayo de 2012]. Documento de consenso de Atención Farmacéutica. Introducción, op. cit.

⁸¹² LGURM arts. 10-13

⁸¹³ Foro de Atención Farmacéutica. Documento de Consenso, op. cit., 8

⁸¹⁴ DE ANDRÉS LÁZARO, AM, et al. Evaluación de los acontecimientos adversos a medicamentos originados en el servicio de urgencias. *Emergencias*, 2013, vol. 25, págs. 361-367.

⁸¹⁵ Ministerio de Sanidad y Consumo. Estudio APEAS, op. cit.

⁸¹⁶ SANFÉLIX-GIMENO G, PEIRÓ S, MENEU R. La prescripción farmacéutica en atención primaria. Informe SESPAS. *Gaceta Sanitaria* [revista en Internet] 2012 [acceso 1 de abril de 2014]; 26: [41-45]. Disponible en: <http://www.econ.upf.edu/~jimenez/my-public-files/SESPAS2012.pdf>

⁸¹⁷ ALÓS ALMIÑANA M, BONET DEÁN M. Análisis retrospectivo de los acontecimientos adversos por medicamentos en pacientes ancianos en un centro de salud de atención primaria. *Atención primaria* [revista en Internet] 2008 [acceso 1 de abril de 2014]; 40 (2): [75-80]. Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/atencion-primaria-27/analisis-retrospectivo-los-acontecimientos-adversos-medicamentos-pacientes-13116153-originales-2008>

⁸¹⁸ MARTÍNEZ JIMÉNEZ M., et al. Resultados negativos asociados a la medicación que son causa de visita al servicio de urgencias de un centro de atención primaria. *Atención Primaria* [revista en Internet] 2012 [acceso 1 de abril de 2014]; 44 (3): [128-135]. Disponible en: <http://www.elsevierinstituciones.com/ficheros/pdf/27/27v44n03a90101020pdf001.pdf>

⁸¹⁹ MARTÍN MT et al., Problemas relacionados con la medicación como causa del ingreso hospitalario. *Med Clin* [revista en Internet] 2002 [acceso 22 de abril de 2013]; 118(6): [205-210]. Disponible en:

revela que el 70,2% (n=778) de los efectos adversos producidos, en una muestra de 96.047 pacientes, eran claramente evitables y que el 58,2% estaban relacionados con la medicación. MARTIN et al. en un estudio prospectivo de 9 meses de duración, estudiaron 1.800 ingresos de 1.661 pacientes. De ellos, 215 (11,9%) estaban relacionados con la medicación. De dichos ingresos, 108 (50,2%) correspondían a efectos adversos, 100 (46,5%) a fracasos terapéuticos relacionados con la dosis (principalmente por mal cumplimiento) y siete (3,3%) a intoxicaciones. En el 65,3% de los casos, el motivo ha sido el mal cumplimiento terapéutico. Según ha publicado el Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia del Gobierno de Aragón, en 2010, el coste medio por ingreso hospitalario fue de 5.053€, y el coste diario de la estancia en hospital de 685€⁸²⁰. En todos los estudios, la edad ha demostrado ser un factor de riesgo para presentar efectos adversos. Los resultados de estos estudios ponen de manifiesto que la frecuencia de ingresos y efectos adversos es relativamente baja, predominando los de carácter leve. No obstante, debe atenderse al número absoluto de pacientes afectados y a que muchos de estos efectos adversos son evitables (p.14 Estudio APEAS). Teniendo en cuenta que el coste medio por estancia y día en un hospital de Madrid en 2010, era de 678,63€⁸²¹, los 215 ingresos del estudio de MARTIN et al. habrían supuesto un gasto de 145.905€, suponiendo que los ingresos durasen un solo día.

Según un estudio de ANTARES CONSULTING⁸²², la no adherencia a los tratamientos farmacológicos provoca un coste estimado a los gobiernos

http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pident_articulo=13026201&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=2&ty=105&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=2v118n06a13026201pdf001.pdf

⁸²⁰ Sistema de Salud de Aragón. Costes medios sanitarios, octubre 2010. Saludi. [Internet] 2010 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: http://www.saludinforma.es/opencms/opencms/05_Datos_sanitarios/costes_sanitarios/costes_medios_sanitarios_octubre_2010.html

⁸²¹ PORTAL DE SALUD DE LA COMUNIDAD DE MADRID. Asistencia sanitaria. El Ciudadano y el Sistema Sanitario [Internet] 2013 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en:

[http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142659206656&language=es&pagina_me=PortalSalud%2FPPage%2FP TSA_pintarContenidoFinal&vest=1156329829756](http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142659206656&language=es&pagina_me=PortalSalud%2FPage%2FP TSA_pintarContenidoFinal&vest=1156329829756)

⁸²² UNIDAD DE BIOINDUSTRIAS Y FARMACIA. ANTARES CONSULTING. Impacto económico de la no adherencia en los costes farmacéuticos. [Internet] 5 de febrero de 2013 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en:

Europeos de 125.000 millones de euros anuales y contribuye a unas 200.000 muertes prematuras cada año. La extrapolación a la situación española de estos valores generaría un ahorro de 11.250 millones de euros al año y evitaría 18.400 muertes.

Estos problemas de seguridad evitables junto con la necesidad social de obtener el mayor beneficio posible de los medicamentos se pueden interpretar como una demanda de la sociedad, de un cambio en la práctica asistencial del farmacéutico: un cambio que suponga una mayor implicación asistencial en beneficio de la salud de la sociedad, una mejora en la calidad de sus actuaciones.

En este sentido, la OMS (1993) y el Consejo Europeo (2001) a nivel internacional y europeo, respectivamente, y la Fundación Pharmaceutical Care (1998) y FORO de Atención Farmacéutica (2004), a nivel nacional, han puesto de relieve la importancia de promocionar el papel del farmacéutico en el marco de la seguridad sanitaria. El Consejo de Europa recomendó en 2001 la adaptación de la regulación, especialmente en lo relacionado con la población dependiente⁸²³.

Con este fin, se publicó el Documento de Consenso de Atención Farmacéutica (2002), en el que se ponen en valor las funciones orientadas al paciente (dispensación, formulación magistral, consulta farmacéutica, educación sanitaria, formación en URM, farmacovigilancia y seguimiento del tratamiento farmacológico) y el Documento de Consenso de FORO de Atención Farmacéutica (2008). Documentos que, aunque carecen de carácter normativo, cuentan con el respaldo de las Autoridades Sanitarias (DGFPS del MSC), además del de la investigación, la farmacia comunitaria, la de atención primaria y la hospitalaria⁸²⁴.

http://www.antares-consulting.com/es_ES/main/detallepublicacion/Publicacion/79/apartado/B/idUnidad/1

⁸²³ D 94/2010

⁸²⁴ Los integrantes de FORO de Atención Farmacéutica son el Ministerio de Sanidad y Consumo, la Real Academia Nacional de Farmacia, el CGCOF, la Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria, la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria, la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria, la Fundación Pharmaceutical Care España y el Grupo de Investigación en Atención Farmacéutica de la Universidad de Granada. Foro de Atención Farmacéutica. Documento de Consenso, op. cit., 3.

La participación de todos estos ámbitos responde al convencimiento de que el farmacéutico es el profesional especializado en el medicamento y por tanto plenamente capacitado para llevar a cabo funciones como la dispensación y el SFT, con el valor añadido de que su presencia va desde el primer nivel asistencial (farmacia comunitaria y atención primaria) hasta la hospitalaria.

La Ley de Servicios de OF (art.1) y la LGURM (art.81 y 84), en base a los Estatutos de las autonomías, amparan jurídicamente la anterior iniciativa de SFT recogido en la atención farmacéutica⁸²⁵. La LGURM, reconoce, en su exposición de motivos, que *«el trabajo que los farmacéuticos y otros profesionales sanitarios realizan en los procedimientos de atención farmacéutica también tiene una importancia esencial ya que asegura la accesibilidad al medicamento ofreciendo, en coordinación con el médico, consejo sanitario, seguimiento farmacoterapéutico y apoyo profesional a los pacientes»*. Por lo que debe rechazarse la interpretación dada por parte de la Organización Médica Colegial⁸²⁶ en relación al Documento de consenso de Atención Farmacéutica de 2002 : *«la atención farmacéutica es un “riesgo sanitario” que quebranta la legalidad, es innecesaria y supone un gran peso económico»*.

El objetivo del SFT es la mejora de la calidad asistencial que recibe el paciente, en coordinación con el médico. Aporta al paciente beneficios como el aumento de adherencia al tratamiento, la reducción del consumo de medicamentos potencialmente no adecuados en ancianos y los de baja utilidad terapéutica y un mayor conocimiento de sus propios tratamientos (empoderamiento), evita duplicidades de medicación y posibles interacciones con significación clínica y riesgo de hospitalización; se informa sobre efectos adversos y cómo proceder cuando aparecen, o sobre la aplicación correcta de formas farmacéuticas complejas.

La repetición de esta función en las leyes de farmacia autonómicas, pone de manifiesto el reconocimiento de su valor por parte de las Administraciones. Sin embargo, la falta de acceso a la historia

⁸²⁵ Base legal de la Atención Farmacéutica. ESP [Internet] 2013 [acceso 1 de abril de 2014] Disponible en: <http://www.iuspharmacopolis.es/comprimidos/20-base-legal-de-la-atencion-farmaceutica-en-las-oficinas-de-farmacia>

⁸²⁶ Declaración de la Organización Médica Colegial sobre la Atención Farmacéutica [Internet] [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/declaracion_omc_atencion_farmaceutica.pdf

farmacoterapéutica representa un obstáculo para el desempeño de la misma.

Su correcto desarrollo debe obedecer a unos protocolos de actuación (PNT) previamente descritos para la detección de posibles PRM y un registro de todas las actuaciones que se lleven a cabo. Exige una importante inversión de tiempo, adicional al empleado en la dispensación, y una sólida formación por parte del farmacéutico. El reconocimiento de su valor por parte del paciente y de la Administración, obliga como sucede con el desarrollo de cualquier actividad, a considerar su retribución⁸²⁷. Retribución que debe ser independiente de la del resto de funciones que realiza la OF para que no se diluya la importancia de la misma.

La situación demográfica presente y futura hacen necesaria una mayor implicación de las Administraciones, los colegios profesionales y los farmacéuticos. Es necesario que todos los agentes implicados en la prestación farmacéutica trabajen unidos, por un mismo fin, que es la mejora de la calidad de vida de las personas, haciendo hincapié en las más frágiles. Es imprescindible, que los farmacéuticos orienten la atención prestada en OF hacia el paciente mayor de 65 años que, por otra parte, genera una gran parte del gasto (aproximadamente el 73,54% del gasto en recetas en 2013⁸²⁸). Es importante que se defina como un servicio más clínico⁸²⁹ de atención a pacientes crónicos, que optimice la condición de la OF como punto de atención más inmediato y ampliamente distribuido que atiende a toda la población⁸³⁰. Se debe

⁸²⁷ Se trataría de una retribución similar a la de las profesiones liberales, a modo de honorarios por el ejercicio de una actividad intelectual en la que se requiere una titulación.

⁸²⁸ El gasto generado en el SNS en España, por los pensionistas, en 2013 fue de 8.491.276,3 miles de €, que representa, según la ecuación 1, el 73,54% del gasto en recetas. Se ha considerado la aproximación indicada, ya que la mayor parte de la población pensionista es mayor de 65 años.

Ecuación 1:

$$\% \text{gasto farmacéutico pensionistas} = \frac{(\text{gasto farmacéutico pensionistas})}{(\text{gasto farmacéutico población total})}$$

$$\% \text{gasto farmacéutico pensionistas} = \frac{8.491.276,3}{11.546.027,9} = 73,54\%$$

⁸²⁹ PERIS MARTÍ JF, op. cit.

⁸³⁰ ALIANZA GENERAL DE PACIENTES. Nota de prensa. ESP [Internet] 14 de enero de 2013 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: http://www.alianzadepacientes.org/agp/comunicados/0097_1_-

fomentar esta actitud, especialmente en el paciente institucionalizado por la polimedicación y alteraciones farmacodinámicas y farmacocinéticas que le caracterizan. Dado que buena parte de esta población es mayor de 65 años, presentan generalmente, este tipo de alteraciones. Condiciones, ambas, que hacen precisa una minuciosa atención en la prescripción. Numerosos estudios^{831, 832, 833, 834, 835} evidencian la mejora que representa en la atención socio sanitaria la intervención farmacéutica. Deben incentivarse actuaciones como el SFT, el empleo de SPD (cuando suponga un beneficio para el paciente) y la integración efectiva del farmacéutico en el equipo sanitario para facilitar la coordinación con el equipo multidisciplinar (social y sanitario) que atiende al enfermo.

El farmacéutico comunitario, como parte integrante del sistema sanitario, es un profesional con un gran potencial para la planificación y ejecución de la prestación farmacéutica socio sanitaria por su amplia formación, por su experiencia en la OF y, además, porque su presencia llega hasta municipios con escasa población, con un horario de atención al público muy extenso y sin precisar cita previa.

Pese a la necesidad de mejora en la atención farmacéutica socio sanitaria, la disposición de profesionales cualificados y el reconocimiento de su labor por parte de las instituciones internacionales y nacionales, la realidad muestra que las Administraciones públicas siguen infrautilizando tanto al profesional farmacéutico como la red de oficinas de farmacia existente.

2 OBJETIVOS DE LA REGULACIÓN DE LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA SOCIO SANITARIA

Se han visto someramente en los capítulos precedentes las necesidades que presenta la población en relación a la seguridad de los medicamentos. Instituciones de ámbito internacional y nacional han reconocido la importancia de las actuaciones del farmacéutico y han

[_14 de enero de 2013/No%20se%20debe%20anteponer%20los%20intereses%20economicos%20a%20los%20de%20interes%20p%C3%BAblico.pdf](#)

⁸³¹ FERNÁNDEZ LISÓN LC et al., op. cit.

⁸³² GARCÍA-MINA FREIRE M et al., op. cit.

⁸³³ CHUMNEY EC, op. cit.

⁸³⁴ MONTAÑÉS-PAULS B, op. cit.

⁸³⁵ DELGADO SILVEIRA E et al., op. cit.

hecho un llamamiento a las autoridades públicas para que promocionen su papel.

La comprometida situación de la OF por las políticas de austeridad adoptadas en relación al gasto farmacéutico, queda agravada por las demoras en el pago que están soportando en varias autonomías.

El marco normativo de un territorio, para no quedarse anquilosado, debe adaptarse a los cambios de la sociedad a la que afecta. La evolución demográfica exige un cambio que asuma la atención de enfermos graves de larga duración y, por otro lado, la de sus cuidadores, que asumen la inmensa e impagable tarea de cuidarlos y requieren la intervención de los profesionales sanitarios y, en especial, respecto al medicamento, del profesional farmacéutico. En este aspecto, es necesaria una mayor implicación de las Administraciones públicas en la prestación farmacéutica, en general, pero principalmente en el ámbito sociosanitario, por la realidad sociodemográfica presente y futura. El desarrollo normativo, siguiendo lo previsto en la LCC, debe permitir que las personas mayores y las personas con dependencia, reciban la prestación farmacéutica «*de forma adecuada a sus necesidades clínicas*» (art.16). El ahorro generado con las medidas tomadas por el gobierno (reducciones de precio, deducciones a la industria, distribución y farmacia, copago,...) o parte del mismo, ofrece una oportunidad única para reinvertirlo, procurando la mejora de la calidad de la atención de las personas en situación de fragilidad y con necesidades de apoyo. La mejora de la calidad en la prestación farmacéutica exige una reorientación de la misma basada en la atención a enfermos agudos hacia una atención a crónicos con enfermedades graves de larga duración.

La regulación de la prestación farmacéutica en centros de asistencia social y sociosanitarios permite establecer un orden en la prestación farmacéutica que llega a estos centros e incrementar su calidad. Asimismo, un marco normativo claro desincentiva las prácticas irregulares⁸³⁶ en el suministro de productos farmacéuticos a los c.s.s. y de asistencia social en general.

⁸³⁶ Véanse las sentencias TS 1307/2006 de 22 diciembre STS 58/2013 de 31 de enero y STS de 10 de febrero de 2005 citadas en el apartado 2 del capítulo IV. También hacen referencia a prácticas irregulares como realizar descuentos, ventas masivas y a domicilio en este tipo de centros en las sentencias nº 180/2012 de 13 de marzo, 332/2012 de 19 de junio, 15/2013, de 8 de enero y 87/2013 de 28 de febrero del TSJCV

3 MARCO JURÍDICO ACTUAL Y DIRECCIÓN DE LAS POLÍTICAS FARMACÉUTICAS SOCIOSANITARIAS

Los últimos años nos han mostrado un reducido y heterogéneo marco jurídico de la prestación farmacéutica sociosanitaria, consecuencia directa de la inexistencia de una normativa estatal que defina unos mínimos comunes. Ante este vacío, las CCAA, en base a sus competencias, iniciaron la regulación de este tema, en general, de forma muy limitada y desigual.

En 2003, en la LCC, se define por primera vez en una norma estatal, la prestación de la atención sociosanitaria dentro del ámbito sanitario. Engloba 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.

El Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, ordenaba la creación de un registro de centros, servicios y establecimientos sanitarios y que los requisitos mínimos comunes para su autorización se establecerían por Real Decreto. No se define entonces el c.s.s., por lo que debe interpretarse que éste se asimila a las organizaciones no sanitarias que integran servicios sanitarios⁸³⁷. Entre los servicios sanitarios define el SF y el DM, válidos ambos para centros de atención primaria, hospitales y c.s.s. (apartados U.83 y U.84 del Anexo II).

La LD no hace referencia a la prestación farmacéutica sociosanitaria. No obstante, sí contempla entre las actividades de autocuidado (de acuerdo con la CIF) el "mantenimiento de la salud" que incluye "aplicarse las medidas terapéuticas recomendadas". Por este último, debe entenderse, la falta de autonomía en actividades como la toma

En los fundamentos de derecho de estas sentencias se hace referencia también a la restricción de competencia que representan los turnos rotatorios planteados en el D 94/2010, en contra del artículo 139.2 de la CE. El TSJCV desestima esta causa justificando que el objetivo de este articulado no es la libertad de competencia en sí, sino que es un instrumento para alcanzar fines económicos y sociales. En este caso, el objetivo es garantizar una dispensación informada y un URM, tal como se indica en el preámbulo del Decreto, y no obstaculizar el libre mercado.

⁸³⁷ Real decreto 1277/2003, de 10 octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios anexo II. C. 3 (BOE núm. 254, de 23 de octubre)

de medicación, comprensión y ejecución de los consejos de los profesionales de la salud (médicos, farmacéuticos y enfermeros).

El desarrollo de la normativa farmacéutica autonómica, en este aspecto, ha sido muy limitado y en muchas ocasiones se reduce a indicar que se desarrollará reglamentariamente. No obstante, se aprecia que la evolución de la prestación farmacéutica sociosanitaria ha ido ligada a la LD por la población a que va dirigida. Durante la época de bonanza económica, esta prestación se orientaba hacia un tipo de atención similar a la prestada en los centros hospitalarios. En nuestro país, no son los hospitales de larga estancia, sino los centros residenciales sociosanitarios, los principales proveedores de asistencia institucional de larga estancia. La prestación farmacéutica en este ámbito, parece que buscaba igualar la existente para hospitales como puede verse en las leyes de farmacia autonómicas, que al referirse a los servicios farmacéuticos de estos centros, remiten al funcionamiento de los de hospitales. Situación que se da en diez autonomías (Aragón, Cantabria, Castilla y León, Cataluña, Extremadura, Galicia, La Rioja, Murcia, Navarra y País Vasco).

El ordenamiento de la actividad farmacéutica es competencia exclusiva de las autonomías. Se ha llevado a cabo a través de las LOF⁸³⁸ autonómicas y en el caso de Valencia y Aragón, también vía decreto. En ellas se preveía el establecimiento de un servicio farmacéutico ubicado en el propio centro. Varias autonomías hacen referencia a un desarrollo reglamentario, que no se ha producido en muchas ocasiones (por ejemplo, en Madrid). La normativa valenciana es la que más ha profundizado en este asunto, estableciendo las características de las instalaciones de los servicios farmacéuticos, el sistema de vinculación, el acceso a la historia farmacoterapéutica y un nuevo modo de facturación⁸³⁹.

⁸³⁸ En las sentencias nº 180/2012 de 13 de marzo, 332/2012 de 19 de junio, 345/2012 de 26 de junio, 15/2013, de 8 de enero y 87/2013 de 28 de febrero del TSJCV se desestiman los recursos planteados en relación a la falta de competencia autonómica para la regulación de los c.s.s. públicos y privados por la CONFAR (Confederación Empresarial de Oficinas de Farmacia de la Comunidad Valenciana), el MICOE y AERTE. Dado que el asunto que trata el D 94/2010 es la dispensación de productos farmacéuticos a un colectivo por parte de OF voluntarias.

⁸³⁹ D 94//2010 y Decreto-ley 2/2013, de 1 de marzo

En los conciertos entre autonomías y Consejerías se alude escasamente a la prestación farmacéutica sociosanitaria. Aragón⁸⁴⁰, Cantabria⁸⁴¹, Castilla-La Mancha⁸⁴² y Extremadura⁸⁴³ consideran la posibilidad de establecer acuerdos para dicha prestación. En Madrid se indica que la dispensación se ha de hacer por OF capacitadas para efectuar una dispensación activa y, salvo casos excepcionales, que pertenezcan a la misma z.b.s.⁸⁴⁴. En la Comunidad Valenciana, previamente al D 94/2010, el concierto de 2004, se refería al suministro de medicamentos en c.s.s. de titularidad privada de menos de 100 camas. Cuatro autonomías no se refieren a esta prestación (Andalucía⁸⁴⁵, Canarias⁸⁴⁶, Galicia⁸⁴⁷ y Murcia⁸⁴⁸).

⁸⁴⁰ Orden de 30 de junio de 2008, del Vicepresidente del Gobierno, por la que se dispone la publicación del Convenio marco de colaboración, entre el CGCOF, los Colegios Oficiales de Farmacéuticos de Huesca, de Teruel y de Zaragoza y la Comunidad Autónoma de Aragón, por el que se establecen las líneas generales de actuación en materia de atención farmacéutica y promoción de la salud pág. 564 (BOA núm. 5, de 9 de enero de 2009)

⁸⁴¹. Concierto entre el Servicio Cántabro de Salud y el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Cantabria por el que se fijan las condiciones para la prestación farmacéutica a través de las oficinas de farmacia. 2008 cláusula adicional primera, pág. 13

⁸⁴² Concierto entre el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM) y los Colegios Oficiales de Farmacéuticos de Castilla-La Mancha, por el que se fijan las condiciones para la ejecución de la prestación farmacéutica a través de las oficinas de farmacia, de 22 de diciembre de 2003, op. cit.

⁸⁴³ Concierto entre la Consejería de Sanidad y Dependencia, el Servicio Extremeño de Salud y el Consejo de Colegios Profesionales de Farmacéuticos de Extremadura por el que se fijan las condiciones para la ejecución de la prestación farmacéutica a través de oficinas de farmacia y acuerdos de otras prestaciones, op. cit., 32 "cláusula 12.1"

⁸⁴⁴ Concierto entre la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid y el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid por el que se fijan las condiciones para la colaboración de las oficinas de farmacia con el sistema sanitario de la Comunidad de Madrid. 2011, pág. 10, anexo 3

⁸⁴⁵ CEOFA, op. cit., 50

⁸⁴⁶ Concierto entre el Servicio Canario de la Salud y los Colegios Oficiales de Farmacéuticos de la Comunidad Autónoma de Canarias, por el que se fijan las condiciones para la ejecución de la prestación farmacéutica a través de las oficinas de farmacia, de 30 de diciembre de 2005

⁸⁴⁷Concierto para a prestación farmacéutica polas oficinas de farmacia. Galicia, op. cit.

⁸⁴⁸Concierto entre el Servicio Murciano de Salud y el Colegio Oficial de Farmacéuticos de la Región de Murcia, por el que se determinan las

Las limitaciones económicas comentadas en el ámbito de la atención a la dependencia están afectando también a la prestación farmacéutica sociosanitaria. Recientemente, a modo de mínimos exigibles en todo el territorio nacional, el RDL 16/2012, ha determinado en qué casos se debe establecer un SF o DM en los centros de asistencia social. Aunque en la norma no se profundiza sobre la prestación farmacéutica en estos centros, la ampliación del establecimiento de servicios farmacéuticos a todos los centros de asistencia social (y no solo a aquellos con servicio médico) puede favorecer un mayor control y ahorro sobre el gasto que genera el colectivo usuario de estos centros.

La ordenación de esta actividad puede realizarse como se ha descrito para la prestación farmacéutica en general, a través de normativa (estatal o autonómica) o mediante conciertos o acuerdos.

Entendemos que hay determinados puntos clave que convendría definir de un modo uniforme para todo el territorio nacional: el tipo de centros que se regulan, la titularidad pública o privada de los servicios farmacéuticos, la necesidad o no de la especialidad de Farmacia Hospitalaria, el acceso a la historia farmacoterapéutica y la retribución de los servicios prestados. En nuestra opinión, la regulación de los servicios farmacéuticos sociosanitarios en estos puntos debería hacerse mediante una norma básica de ámbito estatal.

Las CCAA, en base a sus competencias, son las que deberían regular el sistema de vinculación a OF según criterios de proximidad, teniendo en cuenta las diferencias que presenta cada autonomía en cuanto a su densidad demográfica, infraestructura de comunicaciones y orografía. Los turnos rotativos planteados en algunas autonomías ofrecen estabilidad a las farmacias. Para fomentar la competencia entre oficinas de farmacia que por proximidad pudiesen acceder a gestionar el servicio farmacéutico de un centro, deben establecerse requisitos mínimos de calidad en las actuaciones desarrolladas a partir de los que mejorar la calidad de los servicios. Los incentivos pueden plasmarse en una acreditación renovable periódicamente. Resulta acertado, en este sentido, la acreditación de calidad contemplada por la Comunidad Valenciana (INACEPS). Sin embargo, dado que el objetivo es incentivar la mejora en la calidad de la atención al usuario, la obtención de esta acreditación no debe suponer un obstáculo económico. Otro asunto a definir por las autonomías, serían los requisitos de instalaciones

condiciones para la ejecución de la prestación farmacéutica que se realiza a través de las oficinas de farmacia de la Región de Murcia. 2007

(superficie y áreas de trabajo), equipamiento y régimen de funcionamiento (horario del farmacéutico y disponibilidad de medicamentos).

El tratamiento normativo sobre este asunto llevado a cabo hasta la fecha, como se ha visto, no es reciente⁸⁴⁹, ni profundo. Por lo que, aunque es cierto que urge tomar medidas sobre esta cuestión, estas deberían abordarse según procedimientos legales que permitan enriquecer, con la participación de las distintas partes, el contenido a tratar como es el caso del trámite de ley. Debe desecharse, por tanto, la vía del decreto-ley, diseñada para la toma de medidas de extraordinaria y urgente necesidad, que en este caso, refleja un abordaje precipitado, brevemente desarrollado y poco consensuado, como ha sido el caso de las recientes alusiones a la prestación farmacéutica sociosanitaria del RDL 16/2012, de 20 de abril (art.6) y Decreto-ley 2/2013, de 1 de marzo de la Comunidad Valenciana (Disposición Final Primera).

Finalmente, las autonomías mediante concierto con los Colegios Profesionales⁸⁵⁰ – por tanto, de un modo consensuado entre las partes – deberían definir cuestiones, como el uso de SPD, y funciones, como el SFT. Para ello es fundamental que los Colegios de Farmacéuticos promuevan una actitud más activa en relación a la atención farmacéutica que se está prestando en los centros sociales e intervengan fomentando una mejor calidad que ponga en valor la actuación del farmacéutico y de las OF.

Históricamente, las LOF autonómicas (y el concierto de la Comunidad Valenciana de 2004 en su Anexo D), han adoptado, habitualmente, para sus c.s.s., el criterio de establecimiento de SF en hospitales, que lo exige para aquellos que cuenten con 100 camas o más⁸⁵¹. En general las CCAA ya preveían para la determinación del tipo de servicio farmacéutico, atender al número de plazas o camas, al tipo de usuarios, y a la atención médica y farmacológica que requirieran. Galicia

⁸⁴⁹ La Comunidad Valenciana ya lo trataba en su ley de ordenación farmacéutica en 1998.

⁸⁵⁰ Se ha especificado intencionadamente que el Concierto se realice con los Colegios Profesionales para no incurrir en desigualdades entre farmacias del mismo territorio. Estas desigualdades pueden darse en relación a los requisitos a cumplir o en relación a las formas de pago, si se concierta de forma individual como planteaba el Decreto-ley 2/2013, de 1 de marzo (art. 9)

⁸⁵¹ Como ejemplos: Castilla y León: LOF Castilla y León art. 48.2 y 43.2; Cataluña: LOF Cataluña art. 12.2; Navarra: LOF Navarra art.35.1.b

inicialmente redujo el límite a 50 camas, pero en 2011 lo igualó al resto de CCAA (100 camas). Esta autonomía, junto con Castilla y León y La Rioja, se han referido en sus normas a todo tipo de centros de asistencia social y no solo a los que disponen de servicio médico (socio-sanitarios).

La norma más extensa y exhaustiva al respecto es el D 94/2010 del a Comunidad Valenciana; la que mayor repercusión ha tenido, el RDL 16/2012. Por ello, se analizan pormenorizadamente.

El decreto valenciano ha desarrollado numerosos puntos de la prestación farmacéutica socio-sanitaria. En las siguientes líneas se comentan los más relevantes:

- es la primera autonomía que distingue entre la vinculación de los DM de centros públicos y la de los centros privados. Establece la vinculación, en el primer caso, a SF públicos, y en el segundo a SF de centro público o privado y en su defecto a OF⁸⁵² (Tabla 29)
- se diferenció del resto de autonomías al fijar en 60 el número de camas a partir del cual el propio centro opta por establecer un SF o un DM⁸⁵³
- introduce mejoras en la calidad de la prestación farmacéutica con el SFT y el sistema de distribución con el empleo de SPD
- opta por el farmacéutico como responsable de los servicios farmacéuticos socio-sanitarios de centros privados pero exige la especialidad de farmacia hospitalaria para los centros públicos (art.1.4.)
- establece las condiciones de prescripción y dispensación de productos farmacéuticos para estos centros
- propone un nuevo modelo de facturación⁸⁵⁴

⁸⁵² D 94/2010 art. 8.1 y modificación introducida por la disposición final primera del Decreto-ley 2/2013, de 5 de marzo que anula lo dispuesto en el art. 8.2 del D 94/2010 que reservaba la vinculación de los DM de centros privados a OF.

⁸⁵³ D 94/2010, art. 1.3.c y 7.1

⁸⁵⁴ Este nuevo sistema de facturación ha sido impugnado también en los recursos correspondientes a las sentencias nº 180/2012 de 13 de marzo, 345/2012 de 26 de junio y 87/2013 del TSJCV. No obstante, la fundamentación jurídica señala que no se establecen precios en contra de la legislación estatal, sino que se presenta el sistema en que la reclamación por estos productos debe llevarse a cabo ante la AVS, estableciendo las partidas de medicamentos, servicios de

Las escasas unidades hospitalarias de larga estancia de la red pública han propiciado, como se ha comentado, que las residencias sean las principales proveedoras de asistencia institucional de larga duración en España⁸⁵⁵. La mayor parte de las plazas ofertadas procede de residencias privadas, con el consiguiente ahorro de inversión pública en instalaciones⁸⁵⁶. Según RAMÍREZ, las residencias de mayores deben considerarse el domicilio de las personas ingresadas en las mismas⁸⁵⁷. Los usuarios de estos centros residenciales se considerarían pacientes ambulatorios a los que correspondería una prestación farmacéutica⁸⁵⁸ desde la OF. Sin embargo, las normativas autonómica y estatal han optado por establecer el servicio farmacéutico dentro del centro de forma similar a los hospitales de la red pública. No obstante, han mantenido la cobertura y sistema de financiación propias de los pacientes ambulatorios, sustancialmente diferente de la de los pacientes hospitalizados.

La prestación farmacéutica se ofrece por las Administraciones públicas y se financia, en parte, con fondos públicos; se dirige a las personas con derecho a asistencia sanitaria, independientemente de que su residencia sea pública o privada. En consecuencia, la normativa afecta tanto a centros de titularidad pública como privada.

El establecimiento del servicio farmacéutico dentro del propio centro lleva intrínsecas algunas mejoras, frente a la dispensación en OF o el botiquín de medicamentos (que plantea, por ejemplo, Castilla y León para sus centros residenciales de carácter social⁸⁵⁹), por la atención farmacéutica que lo acompaña. Garantiza la dispensación dentro del mismo⁸⁶⁰, así como la calidad de los productos farmacéuticos que llegan al paciente, en cuanto a conservación. Con esta ubicación, se

naturaleza personal y servicios de atención farmacéutica (incluidos servicios logísticos y financieros).

⁸⁵⁵ Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, op. cit., 35.

⁸⁵⁶ GRANELL PÉREZ R, FUENMAYOR FERNÁNDEZ A Y TORTOSA CHULIÁ MA. La financiación pública de las residencias para personas mayores en la Comunidad Valenciana [Internet] [acceso 15 de mayo de 2013]; [18]. Disponible en: <http://www.usc.es/congresos/xix-eep/descargas/papers/2D3.pdf>

⁸⁵⁷ RAMÍREZ R., op. cit.

⁸⁵⁸ Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, op. cit.

⁸⁵⁹ LOF Castilla y León art.49

⁸⁶⁰ Otras CCAA como Madrid, Castilla-La Mancha y País Vasco no contemplaban el establecimiento de un servicio farmacéutico sino que el servicio se daba directamente desde una OF.

evita que el personal del centro tenga que recoger la medicación para todas las personas ingresadas en la OF, lo que ocurre, en ocasiones, con OF situadas en zonas alejadas.

Esta ubicación facilita que se lleven a cabo intervenciones como la distribución de los productos farmacéuticos dentro del centro, el SFT personalizado, la coordinación con el equipo multidisciplinar que atiende a los pacientes (social y sanitario) o actividades de educación sanitaria.

Permite también, disponer de un mayor stock de medicación de urgencia fuera del horario de apertura del servicio farmacéutico. (Para lo cual, en la Comunidad Valenciana y La Rioja, la dirección del centro y el farmacéutico responsable determinan el personal que se ha de hacer responsable fuera del horario de funcionamiento; en Aragón lo decide la dirección del centro⁸⁶¹).

En 2012, el RDL 16/2012, se refiere a la prestación farmacéutica sociosanitaria al tratar el establecimiento de servicios farmacéuticos en determinados centros de asistencia social. Consideramos que habría sido oportuno que, previamente, se hubiese añadido a las funciones descritas en el artículo 1 de la Ley de Servicios de OF, la prestada por las OF a través de servicios farmacéuticos sociosanitarios. Asimismo, deberían abordarse en una norma de rango estatal los tipos de servicios farmacéuticos que se pueden presentar en estos centros y su definición, ya que según la LGURM (art.2.6.) y la Ley General de Sanidad (art.103), *<<la custodia, conservación y dispensación de medicamentos de uso humano, corresponde, exclusivamente, a OF⁸⁶² y servicios de farmacia⁸⁶³ de los hospitales, centros de salud y estructuras de atención primaria del SNS>>*.

Las CCAA, previamente, han planteado en sus ordenaciones farmacéuticas, como servicios farmacéuticos en c.s.s.: SF (hospitalario o del c.s.s.), DM (vinculados a SF o a OF) y botiquín sociosanitario (este

⁸⁶¹ Comunidad Valenciana: D 94/2010 art. 6. 4

La Rioja: LOF La Rioja art. 16. D

Aragón: 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 DM art. 17 (BOA núm. 144, de 1 de diciembre)

⁸⁶² En el artículo 84.4 incluye la posibilidad de crear botiquines por circunstancias especiales.

⁸⁶³ En el apartado 2.6.b. habría sido más preciso indicar, servicios farmacéuticos, en lugar de servicios de farmacia, de modo que incluyese SF, DM y botiquines.

último, solo en la Comunidad Valenciana). El RDL 16/2012, se refiere solo a SF y DM. Los SF, análogamente a otros tipos de SF (de hospital, área de salud), son estructuras "autónomas" en cuanto a gestión de compras y personal. La autonomía en la gestión de compras permite la adquisición directa a laboratorios de forma individual o conjunta con otros SF (como en el caso de Navarra y Valencia). Así, la Administración se ahorra el margen de beneficio de la OF y de la distribución y mejora las condiciones de compra (descuentos y aplazamientos de pago).

Los DM y botiquines están vinculados a un SF o a una OF, del que dependen, por ejemplo, en actividades de formulación y personal.

Es especialmente relevante conocer los criterios que determinan el tipo de servicio farmacéutico, ya que condiciona las opciones del sistema de prescripción (receta médica o receta médica del centro), el tipo de envases a dispensar (envase normal o envase clínico), el desarrollo del ámbito público o el privado (y dentro de éste el de los c.s.s. o las OF) y en ocasiones, los recursos humanos (farmacéutico en posesión o no del título de especialista en farmacia hospitalaria).

El RDL 16/2012, extiende a todo el país el límite de 100 camas, similar al planteamiento de los hospitales, para establecer un SF⁸⁶⁴.

Este servicio farmacéutico funciona de un modo autónomo, como se ha comentado, lo que excluye a la OF de esta prestación. La justificación no se basa en incapacidad de la misma para desarrollar adecuadamente sus funciones. De hecho, las bases de planificación de OF establecidas para garantizar una adecuada prestación consideran un módulo de población para el establecimiento de una OF de 2.800 habitantes⁸⁶⁵ (art.2.3), que supera ampliamente las 100 camas.

Entendemos, por tanto, que la exclusión de la prestación farmacéutica en centros de 100 camas o más responde exclusivamente a los criterios económicos comentados. En efecto, se produce un importante ahorro en la partida de gasto en medicamentos, si bien una correcta valoración debiera contar con los costes asociados a personal (farmacéuticos, auxiliares, administrativos, personal necesario para la

⁸⁶⁴ Debe entenderse que los límites establecidos en esta norma estatal se fijan a modo de mínimos para todo el Estado, por lo que no afecta a limitaciones más restrictivas que puedan plantear otras autonomías. Por ejemplo, según el D 94/2010 de la Comunidad Valenciana, se puede establecer un SF a partir de las 60 plazas indicadas y es obligatorio el establecimiento del mismo a partir de 100.

⁸⁶⁵ Ley de Servicios de OF art. 2.2.

coordinación de las compras y actuaciones) y recursos materiales tanto de los propios servicios farmacéuticos como de la central de compras, si se emplea. En este sentido, el decreto valenciano, establece que *«los costes de adaptación, mantenimiento, espacios e instalaciones requeridas para el botiquín o el DM, salvo acuerdo entre las partes, serán con cargo a los titulares de los servicios farmacéuticos sociosanitarios»*. La administración reduce su partida de gasto farmacéutico, pero incrementa la de personal y, salvo acuerdo entre las partes, el c.s.s. debe soportar el gasto relacionado con la instalación de DM y botiquín (art.4.7.), además de disponer de un espacio para el servicio farmacéutico. En el caso de los SF del centro, no se indica nada sobre los costes de mantenimiento.

El establecimiento de un servicio farmacéutico dentro del c.s.s. o de asistencia social implica la necesidad de un espacio físico que, en términos relativos, puede no ser importante en centros con muchas plazas y por tanto, con una gran superficie. Sin embargo, puede resultar un esfuerzo (económico y de espacio) desmesurado en centros con pocas plazas⁸⁶⁶, donde podría plantearse un sistema alternativo desde la OF, como el aplicado en la AFD en el País Vasco.

En todo caso, parece consecuente que la superficie del servicio farmacéutico tenga correlación con el número de usuarios ya que, previsiblemente, a mayor número de usuarios se precisará almacenar un mayor stock.

El segundo apartado del artículo 6 del RDL 16/2012, exime del establecimiento del SF, si así lo considera la consejería responsable: *«siempre y cuando dispongan de un DM vinculado al SF hospitalaria del hospital de la red pública que sea el de referencia en el área o zona sanitaria de influencia correspondiente»*. Prima, por tanto el criterio económico, sobre la garantía de calidad.

El RDL 16/2012 asume los criterios de atención médica y farmacológica y tipo de usuarios considerados por las autonomías para el establecimiento de DM y regula determinados centros: *«Los centros de asistencia social que presten asistencia sanitaria específica y los centros psiquiátricos que no cuenten con un SF hospitalaria propio y que no estén obligados a tenerlo dispondrán de un depósito [...]»*. Establece,

⁸⁶⁶ Según un informe sobre residencias de 2012, en España había 884 residencias privadas de menos de 25 plazas y 458 públicas; y en la Comunidad Valenciana 25 residencias privadas y 6 públicas con menos de 25 plazas.
EQUIPO ENVEJECIMIENTO EN RED, op. cit., 12

por tanto, unos mínimos obligando a disponer de un servicio farmacéutico en determinados centros.

Si bien es cierto que es muy positiva la iniciativa estatal de regular la prestación farmacéutica sociosanitaria, lamentamos que se limite a regular los centros que mayor gasto representan, y no se dirija a incrementar los niveles de calidad de todos los centros (grandes y pequeños, independientemente del coste de su farmacoterapia) además de evitar posibles prácticas irregulares. Consideramos que esta norma no debe limitarse a la regulación de los que tienen 100 camas o más y los que ofrecen una asistencia específica y psiquiátricos. Es cierto que estos mínimos pueden ser complementados por las autonomías, cubriendo la atención a todos los centros. Sin embargo, el planteamiento de esta medida permite la desigualdad entre centros y entre autonomías.

Las CCAA, en los últimos años, están evolucionando hacia modelos de gestión mixta entre OF de la misma zona farmacéutica y SF⁸⁶⁷. Se observa cierta tendencia hacia la gestión de los centros públicos por hospitales públicos y los privados por OF y SF. La Comunidad Valenciana se ha desmarcado del resto de autonomías al crear un nuevo espacio de atención farmacéutica sociosanitaria, con su propia gestión de personal y de compras. Resulta interesante esta propuesta, diferenciada de los hospitales, donde se trabaja con una GFT adaptada al tipo de usuarios de estos centros. Los 21.934 usuarios de plazas privadas y 5.572 de plazas públicas de la Comunidad Valenciana justifican, sin duda, la creación del mismo. Se evita así, el riesgo de saturar al personal de los servicios farmacéuticos de hospital, al asignarles más funciones sin ampliar suficientemente la plantilla, como sucedió con el traslado de la dispensación de tratamientos de diagnóstico hospitalario de la OF al hospital⁸⁶⁸.

⁸⁶⁷ BUSTELO M. Competencia ve ilegal la rotación en la dispensación a residencias, op. cit.

⁸⁶⁸ Resolución del 19 de octubre de 2012 de la Dirección General de la Agencia Valenciana de Salud, por la que se actualiza el Anexo II de las Instrucciones Complementarias del 13 de enero de 2010 de la Resolución del 12 de noviembre de 2009, por la que se incluyen determinados medicamentos en la dispensación hospitalaria

Nota de 9 de marzo de 2012 de la Subdirección General de Calidad de Medicamentos y Productos Sanitarios del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad sobre el paso de medicamentos a dispensación en los servicios de farmacia de los hospitales

El reciente RDL 16/2012 ha optado, también por la vinculación de los DM de centros de asistencia social que prestan asistencia específica y los centros psiquiátricos sin obligación de tener un SF, a OF o SF. Indica que estarán vinculados a *«un SF del área sanitaria y bajo la responsabilidad del jefe del servicio, en el caso de los hospitales del sector público, y a una OF establecida en la misma zona farmacéutica o a un SF hospitalaria, en el supuesto de que se trate de un hospital del sector privado»*.

Esta norma estatal no especifica si la titularidad de los SF de los c.s.s. debe ser pública o privada. Por lo que las CCAA, en base a sus competencias, pueden llevar a cabo el desarrollo reglamentario según consideren. En este sentido, se plantean dos modelos: el gallego según el cual se coordina la atención sociosanitaria desde el ámbito hospitalario público (SFH) y el valenciano, a través de SF sociosanitarios del propio centro, tanto para centros públicos como para privados. En el caso de que la titularidad sea pública, la gestión y financiación, se llevan a cabo desde el ámbito público.

Entendemos que el modelo valenciano de atención sociosanitaria (en c.s.s. y domiciliaria como se verá más adelante) en el que se trasladan

Nota 2 de junio de 2010 sobre medicamentos incluidos en la dispensación hospitalaria

Tabla sobre el Anexo II y actualizaciones de 19 de octubre de 2012 [internet] [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en:

http://publicaciones.san.gva.es/cas/prof/dgf/farmacia/pdf/Tabla_anexo_II_actualizaciones_19_octubre_2012.pdf

Tabla sobre el Anexo II y actualizaciones de 17 de marzo del 2010 [internet] [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en:

http://www.san.gva.es/documents/152919/185115/20100317tabla.pdf#_blank

Resolución de 11 de marzo del 2010 del Director Gerente de la Agencia Valenciana de Salud, por la que se actualiza el ANEXO II de las Instrucciones Complementarias del 13 de enero del 2010 de la Resolución del 12 de noviembre del 2009, por la cual se incluyen determinados medicamentos en la dispensación hospitalaria

Instrucciones complementarias de la Resolución de 12 de noviembre del Director Gerente de la Agencia Valenciana de Salud por el cual se incluyen determinados medicamentos en la dispensación hospitalaria. 13 de enero de 2010

Instrucciones complementarias de la Resolución de 12 de noviembre del Director Gerente de la Agencia Valenciana de Salud por el cual se incluyen determinados medicamentos en la dispensación hospitalaria. 2 de diciembre de 2009

progresivamente competencias⁸⁶⁹ de la OF hacia la administración pública está desaprovechando el importante recurso profesional y logístico que supone la red de OF para crear otro paralelo que desempeñe las funciones de la OF incorporando algún servicio nuevo. Consideramos que la normativa debe dirigirse a la adaptación de las funciones de las OF en base a las necesidades sociales, manteniendo sus competencias, para optimizar la inversión social previa y no debilitar el sector.

El modo de gestión del SF sociosanitario privado planteado en la Comunidad Valenciana representa, en realidad, un cambio en las condiciones del modelo actual de farmacia español. Esta gestión se financia con fondos públicos y comporta un beneficio económico al centro sociosanitario en el caso de que la gestión la lleve a cabo éste. En efecto, el centro sociosanitario, a diferencia de la OF, no precisa cumplir el binomio propiedad-titularidad ni la planificación farmacéutica⁸⁷⁰. No obstante, lo que plantea el modelo valenciano no es la dispensación tal como se realiza en las OF, con una retribución en base al margen de la farmacia. Dispone, en cambio, una concertación con el centro por un servicio de atención farmacéutica y de administración de medicamentos, ya que los medicamentos los aporta la administración sanitaria. En todo caso, podría entenderse pues como una limitación de las funciones de la OF, suplantada por el centro sociosanitario.

Conviene distinguir entre el planteamiento estatal y el valenciano en el sentido de que el primero marca una obligación a partir de un número de camas para establecer un SF, mientras que el segundo concede la posibilidad de elegir al centro sociosanitario entre SF y DM a partir de 60

⁸⁶⁹ Revisión farmacoterapéutica por atención primaria (REFAR) y en otras autonomías como Canarias y Andalucía por enfermería.

Solo 4 CCAA mantienen la dispensación de tiras reactivas en la OF, el suministro de absorbentes en la Comunidad Valenciana se lleva desde una central de compras en el caso de c.s.s., y se ha establecido recientemente el envío a domicilio al resto de la población.

Se ha trasladado a hospitales la dispensación de tratamientos de diagnóstico hospitalario. Se ha habilitado la dispensación de productos farmacéuticos para pacientes en su domicilio con el programa SUFAR.

Entrega de efectos y accesorios a pacientes con trastornos graves de incontinencia. STSJCV 768/2005 de 29 de abril

⁸⁷⁰ Para instalar una OF se exigen unos módulos de distancias entre ellas y población atendida, así como que el titular de la OF sea farmacéutico. (Ley de Servicios de OF)

plazas. Consideramos que la elección de SF, DM o botiquín en el caso de los centros privados debería responder a criterios de eficiencia y calidad, y no a la voluntad del centro que se encontraría ante un claro conflicto de intereses. En efecto, aunque la instalación de SF presenta mayores requisitos en sus instalaciones, el centro obtiene una contraprestación económica mientras que con el DM y el botiquín vinculados a OF, es el titular quien la percibe⁸⁷¹.

En consecuencia, pensamos que la prestación farmacéutica sociosanitaria debe desarrollarse dentro del ámbito público y la OF sin la intervención de nuevos agentes.

No obstante, la postura adoptada por la Comunidad Valenciana en el último año, concede un mayor peso al c.s.s.. Aunque en 2010, se determinó que la vinculación de los DM de centros públicos fuese a SF públicos (art.8.1) y reservó la de los privados a OF (art.8.2), en 2013, ha modificado su postura con un Decreto-ley sobre Actuaciones Urgentes de Gestión y Eficiencia en Prestación Farmacéutica y Ortoprotésica⁸⁷². En él, deja a la farmacia en un segundo plano, en beneficio de los SF de c.s.s. públicos y privados al indicar que *«los DM de los c.s.s. de carácter privado, estarán vinculados a un SF de otro centro público o privado de los existentes en la Comunitat Valenciana, y en su defecto, a una OF preferentemente del mismo sector sanitario»⁸⁷³*.

Por otro lado, entendemos que la atención farmacoterapéutica que precisan los pacientes de un centro debería condicionar la existencia de un servicio farmacéutico, como se indica en el RDL 16/2012 pero bajo la responsabilidad de un determinado tipo de profesional. De este modo, el responsable del servicio farmacéutico, debe ser un farmacéutico especialista en función de la demanda de los usuarios del centro, de medicamentos de uso hospitalario, gases medicinales, nutrición parenteral y monitorización de tratamientos. El resto de centros pueden ser atendidos por farmacéuticos, que aún sin tener la

⁸⁷¹ D 94/2010 art. 1.3, 7.1 y 7.2

⁸⁷² Decreto-ley 2/2013, de 1 de marzo, del Consell, de Actuaciones Urgentes de Gestión y Eficiencia en Prestación Farmacéutica y Ortoprotésica disposición final primera (DOGV núm. 6.978, de 5 de marzo)

⁸⁷³ Interpretamos que la redacción del artículo pretendía indicar que los SF a los que se vinculasen fuesen del mismo sector, no la OF. Debería quedar redactado como sigue: *«los depósitos de medicamentos de los c.s.s. de carácter privado, estarán vinculados a un SF de otro centro público o privado preferente del mismo sector sanitario, de los existentes en la Comunitat Valenciana, y en su defecto, a una OF»*.

especialidad de Farmacia Hospitalaria, están ampliamente capacitados.

Sin embargo, el criterio adoptado por algunas CCAA para precisar de farmacéuticos con especialidad es el número de plazas o camas del centro. En efecto, según se ha detallado en este estudio, algunas autonomías exigen la especialidad de Farmacia Hospitalaria para el ejercicio en SF de c.s.s.⁸⁷⁴. En Valencia, éste se caracteriza por tener una mayor dotación en sus instalaciones. Se exige disponer de laboratorio de farmacotecnia y análisis y control de medicamentos, y almacenes para productos sanitarios, medicamentos inflamables y gases de uso medicinal. Áreas de trabajo, cuya necesidad entendemos que se asocia a funciones del farmacéutico hospitalario. Sin embargo, el establecimiento de un SF se condiciona al número de usuarios del centro y a la titularidad pública del centro (Andalucía, Asturias, Galicia). Los DM vinculados a SFH, también están gestionados por farmacéuticos con la especialidad de Farmacia Hospitalaria (véanse epígrafes 2.2 y 2.4. del Capítulo IV).

En relación a la vinculación de DM a SF del ámbito público, en autonomías que no pretendan crear un espacio de atención farmacéutica sociosanitaria independiente (similar al valenciano), ni vincular a OF, entendemos que deberían potenciar el papel de los farmacéuticos de SF de área de salud, cuando no sea necesaria la participación de farmacéuticos con la especialidad de Farmacia Hospitalaria.

El impulso de las TIC (Tecnologías de la Información y Comunicación) que viene realizándose en los últimos años, juega un importante papel en la atención sanitaria y farmacéutica. Cabe destacar su posible aplicación en multitud de campos: SFT, acceso a historia farmacoterapéutica, receta electrónica, comunicación y coordinación entre profesionales,... La informatización de los servicios médicos y la implantación de la receta electrónica posibilitan mejoras en la calidad de la atención al usuario, en la actividad del facultativo, en la información y prestaciones de la Administración y para la OF⁸⁷⁵.

⁸⁷⁴ Por ejemplo, en Castilla y León, Cataluña, Extremadura y Galicia, el responsable de SF, debe ser especialista.

⁸⁷⁵ Representa una mejora de calidad en la atención sanitaria y la obtención de la información en tiempo real, de las tendencias de consumo de medicamentos y gasto farmacéutico. El facultativo dispone de ayudas en la prescripción basadas en coste/eficiencia, alertas, interacciones,... Además se reduce la

El progresivo desarrollo de las TIC, brinda una oportunidad excepcional para habilitar el tan demandado^{876, 877} acceso del farmacéutico comunitario, a la historia farmacoterapéutica, que sí tiene el farmacéutico de hospital^{878, 879}. La Comunidad Valenciana, ha sido pionera al establecer este acceso en los servicios farmacéuticos sociosanitarios⁸⁸⁰, que es indispensable para hacer efectivo el SFT.

El desarrollo de las nuevas tecnologías y sus aplicaciones en sanidad están en continua evolución. Es indudable que aportan muchas ventajas. Pero es necesario recordar la importancia que tiene la intervención del profesional sanitario. En relación al desarrollo de las nuevas tecnologías y el personal que trabaja en el servicio farmacéutico sociosanitario, debe mencionarse la reciente instalación del robot de medicamentos en el Hospital Gregorio Marañón de Madrid⁸⁸¹, por la

presión asistencial, lo que redundará en una mejora para el paciente al cual puede dedicar más tiempo el médico para el diagnóstico y establecimiento del tratamiento. En la OF se desburocratiza la facturación de recetas y se eliminan los errores de transcripción. El usuario es el principal beneficiado ya que las mejoras comentadas para el facultativo, la Administración y el farmacéutico repercuten incrementando la calidad del servicio que recibe.

⁸⁷⁶ SEFAC. El farmacéutico comunitario, profesional necesario para garantizar la continuidad asistencial de los pacientes crónicos. NOTA DE PRENSA [Internet]. Madrid; 16 de octubre de 2012 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: http://www.sefac.org/files/NP%20SEFAC_papeldefarmacéuticoenlaestrategiadecrónicos.pdf

⁸⁷⁷ Con datos relevantes como la farmacoterapia (para evitar interacciones, duplicidades,...), alergias (a medicamentos, excipientes,...), patologías (ej. diabetes para atender a excipientes de jarabes), pruebas de laboratorio (ej. aclaramiento de creatinina), la edad, peso, altura, hábitos (alcohol, tabaco, ejercicio).

⁸⁷⁸ CASTRO I, GÁMEZ M. op. cit.

⁸⁷⁹ El artículo 16 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reserva el acceso a la historia clínica a los profesionales del centro: «los profesionales asistenciales del centro que realizan el diagnóstico o el tratamiento del paciente tienen acceso a la historia clínica de éste como instrumento fundamental para su adecuada asistencia. Cada centro establecerá los métodos que posibiliten en todo momento el acceso a la historia clínica de cada paciente por los profesionales que le asisten».

⁸⁸⁰ D 94/2010 art. 11.1

⁸⁸¹ El Gregorio Marañón instala un 'cajero automático' de medicamentos para pacientes con enfermedades crónicas [Internet] DEIA. Estado-Mundo; 21 de Abril de 2013 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.deia.com/2013/04/21/sociedad/estado/el-gregorio-maranon->

posibilidad de extenderlo al ámbito sociosanitario. Los pacientes no ingresados en el hospital, pueden elegir entre una atención personal o a través del robot. Con el robot, acceden a la medicación mediante la lectura del código de barras de la receta prescrita por el médico. La persona responsable de la logística del SF destaca la mejora en la gestión del almacén. Sin embargo, entendemos que resulta contradictorio afirmar que se lleva a cabo un “estrecho seguimiento farmacoterapéutico” cuando no hay contacto entre el farmacéutico y el paciente. Entre las funciones del farmacéutico figura la detección de efectos adversos y las interacciones con otros medicamentos. En ocasiones, es el propio paciente quien relaciona un problema (efecto adverso) con la medicación, pero otras veces, es el farmacéutico quien, con la información obtenida en la entrevista y gracias a su formación, concluye que se está produciendo un efecto adverso. Es importante también recordar que la detección de interacciones con otros medicamentos precisa la intervención del farmacéutico. Debe tenerse en cuenta que muchas personas, además de los medicamentos prescritos por el médico y que figuran en la historia clínica, consumen otros medicamentos ya sea de venta libre, ya sea prescritos por médicos privados. En muchas ocasiones, el médico desconoce estos tratamientos no contemplados en la hoja de tratamientos del paciente. La entrevista del farmacéutico con el paciente permite recabar esta información y valorarla.

Entre las funciones del farmacéutico para algunos centros, determinadas CCAA⁸⁸² han indicado de forma similar a como se establece en la LGURM para los servicios farmacéuticos de hospital (art.82.2.b), que debe «*establecer un sistema eficaz y seguro de distribución de medicamentos*» (véase Capítulo IV, *Tabla 41*). Se trata de una función esencial en el aseguramiento de la calidad de la cadena farmacoterapéutica (prescripción asociada a un diagnóstico-dispensación de medicamentos y detección de PRM-administración de medicamentos). Este sistema pretende asegurar que la medicación llega al paciente para su administración de acuerdo a su posología.

El SPD constituye una herramienta clave para una correcta administración de la medicación dispensada. Tras la polémica suscitada

[instala-un-cajero-automatico-de-medicamentos-para-pacientes-con-enfermedades-cronicas-](#)

⁸⁸² Aragón, Cantabria, Castilla-León, Cataluña, Extremadura, Galicia, La Rioja, Murcia, Navarra, País Vasco y Comunidad Valenciana.

por la Universidad Alfonso X El Sabio de Madrid⁸⁸³, en cuanto a la estabilidad química de los fármacos en los Sistemas Personalizados de Dispensación, MARIÑO demostró su eficacia⁸⁸⁴. Permite, mejorar la adherencia al tratamiento y solventar el problema de mal cumplimiento terapéutico, causante según indican MARTIN et al⁸⁸⁵, del 46,5% de los ingresos relacionados con la medicación. En 2010, la Comunidad Valenciana introdujo el uso de SPD en su normativa sobre atención farmacéutica sociosanitaria (D 94/2010⁸⁸⁶). El Real Decreto-Ley 9/2011, de 19 de agosto, supuso el respaldo legal necesario para extender su uso a todas las autonomías. Aunque no existe una normativa que haga referencia a la metodología de uso de los SPD, diversas instituciones han desarrollado PNT⁸⁸⁷, ⁸⁸⁸ que sirven de guía para hacer un correcto uso.

4 LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA DOMICILIARIA: SISTEMA SOSTENIBLE

La creciente longevidad de la población reclama la provisión de atención a largo plazo. No obstante, la sostenibilidad de los sistemas que se ofrezcan supone un indudable reto financiero y logístico. En 2001, la Comisión de las Comunidades Europeas⁸⁸⁹, subrayó que puede obtenerse una mayor asequibilidad y capacidad de los servicios priorizando la atención de base domiciliaria y comunitaria frente a la prestada en instituciones residenciales. La crisis económica española de los últimos años ha puesto de manifiesto la dificultad del Estado y las CCAA para mantener el acceso a los servicios residenciales previsto en

⁸⁸³ LOZANO MC et al., op cit.

⁸⁸⁴ MARIÑO HERNÁNDEZ E., op. cit.

⁸⁸⁵ MARTÍN MT et al., op. cit.

⁸⁸⁶El empleo de SPD, también ha sido aludido en la jurisprudencia de este Decreto, si bien ha sido desestimada la causa por estar conforme al art.19.8 de la LGURM al que se refiere de forma explícita: "El instrumento básico de asistencia farmacéutica son los sistemas personalizados de dosificación, que contarán con la preceptiva autorización de la AEMPS,...".

⁸⁸⁷ COF Cáceres, op.cit.

⁸⁸⁸ COF Vizcaya, op. cit.

⁸⁸⁹Los documentos: "El futuro de la asistencia sanitaria y de la atención a las personas mayores: garantizar la accesibilidad, la calidad y la sostenibilidad financiera" y "Atención a largo plazo en la UE" plantean como objetivos el acceso general de la población, la alta calidad de los servicios y la sostenibilidad a largo plazo.

Comisión de las Comunidades Europeas, op. cit.

la LD de 2006. OROZCO⁸⁹⁰ sostiene que el SNS está basado en la atención de enfermedades agudas y precisa una transición hacia un modelo basado en las enfermedades crónicas. Lo mismo sucede con la atención farmacéutica según PERIS MARTÍ⁸⁹¹. Por ello, es necesaria una mayor concienciación de las administraciones públicas y del sector farmacéutico (OF, distribución e industria farmacéutica). Con el horizonte de 2050, en que la previsión sitúa el porcentaje de mayores de 65 años en 31,8%, parece urgente la necesidad de instaurar progresivamente una planificación de atención a las personas con enfermedades crónicas y polimedicadas, y especialmente a las personas dependientes por su situación de fragilidad.

En la actualidad, teniendo en cuenta la situación presente y futura, las Administraciones están intentando adaptarse a las nuevas necesidades. Han elaborado programas de atención domiciliaria y atención a crónicos polimedicados que actúan desde la OF ⁸⁹², desde centros sanitarios de atención primaria⁸⁹³ y desde enfermería⁸⁹⁴.

Algunos programas hacen referencia a la revisión de la medicación por parte del enfermero para la detección de duplicidades e incluso sospechas de RAM. En el caso de Madrid, también por el médico⁸⁹⁵. Teniendo en cuenta que la formación del farmacéutico se centra en el estudio del medicamento en todas sus vertientes (preparación, dispensación, efectos terapéuticos y tóxicos, interacciones físicas, químicas y en el sistema biológico,...) consideramos que el profesional más adecuado para desempeñar esta tarea es el farmacéutico.

El enfermero y el médico son profesionales del sistema sanitario público, y por tanto, con acceso a la historia farmacoterapéutica. El médico, ciertamente es conocedor de la farmacología, pero también lo es el farmacéutico. Consideramos que la forma de enriquecer una revisión

⁸⁹⁰ Polimedicación: El médico interactivo, op. cit.

⁸⁹¹ PERIS MARTÍ JF, op. cit.

⁸⁹² Nos referimos a los programas madrileño, vasco, catalán y valenciano que han desarrollado diferentes modelos de atención a pacientes mayores y polimedicados, dependientes, y personas con dificultades en el manejo de los medicamentos.

⁸⁹³ Por ejemplo, el programa SUFAR/domiciliario valenciano que puede ser llevado por OF o por centro sanitario de la AVS (D 94/2010 art.14.4)

⁸⁹⁴ Programa del Servicio Canario de Salud.

-Servicio Canario de Salud, op. cit.

⁸⁹⁵ Programa madrileño de atención al mayor polimedicado, op. cit., 21

Programa del Servicio Canario de Salud, op. cit. 13

farmacoterapéutica sería a través de este último profesional que aportaría una perspectiva distinta. En relación al enfermero, su formación y función asistencial, están encaminados a atender las necesidades básicas de los pacientes y a aplicar cuidados para la reducción de los daños provocados por la enfermedad. Según se indica en la ley de ordenación de las profesiones sanitarias⁸⁹⁶ los enfermeros han de dirigir, evaluar y prestar los cuidados de Enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades.

Se ha puesto de manifiesto en diferentes estudios que la intervención del farmacéutico puede mejorar la calidad asistencial de la población y generar un ahorro al SNS. Por un lado se pueden reducir los resultados negativos de la medicación (efectos adversos, interacciones), las posibles duplicidades de medicamentos y mejorar la adherencia terapéutica. El ahorro puede ser directo (recetas) o indirecto por reducción de ingresos hospitalarios. GASTELURRUTIA et al⁸⁹⁷ hace referencia a un ahorro en el gasto en recetas de 6.581,73€ en 2008, por la intervención del farmacéutico a través del programa vasco sobre una muestra de 378 pacientes (275€/paciente año). RUA⁸⁹⁸, en 2013 publica un ahorro directo con el mismo programa de 52.855,15€ en 386 pacientes (136,93€/paciente/año, que es aproximadamente, la mitad que en 2008).

Entre las acciones que puede desarrollar el farmacéutico cabe destacar las historias de SFT personalizado, control sobre el cumplimiento terapéutico y duplicidades, detección de problemas relacionados con el medicamento y reacciones adversas. Complementado todo ello con educación sanitaria para mejorar el cumplimiento terapéutico y la conservación y mantenimiento de botiquines domésticos.

Consideramos que lo justo es que este tipo de servicios estén remunerados, independientemente de que los desarrolle una OF, una empresa de atención farmacéutica o la administración. El motivo es que esta remuneración representa el reconocimiento del valor intelectual, de tiempo y material necesario y evita el abuso del mismo. La cuestión que debe plantearse es a quién corresponde abonar este servicio.

⁸⁹⁶ Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (BOE núm. 280, de 14 de julio)

⁸⁹⁷ GASTELURRUTIA MA et al., op. cit.

⁸⁹⁸ RUA F., op. cit.

Un planteamiento exclusivamente privado como el adoptado por el programa SPD de las OF de Cataluña, hace que sea el poder adquisitivo del paciente y sus nociones sobre los beneficios del programa o de la OF quien limite la población diana. Por esta razón, consideramos que debe ser el sistema público quien financie este tipo de servicios, de forma que abarque a toda la población de un modo equitativo.

UN MODELO ALTERNATIVO

UN MODELO ALTERNATIVO

En numerosos trabajos, tal como se ha detallado en los capítulos precedentes, se ha puesto de manifiesto la relevancia de una correcta asistencia farmacéutica para el uso racional de los medicamentos por parte de los pacientes, especialmente los de mayor edad.

Las CCAA, en base a sus competencias para legislar en materia de ordenación farmacéutica, tienden a implantar un modelo de gestión de la prestación farmacéutica en centros sociosanitarios y/o de asistencia social de tipo mixto, entre el ámbito hospitalario o del centro sociosanitario y la oficina de farmacia.

El RDL 16/2012, de 20 de abril, en esta misma línea, ha ordenado la prestación farmacéutica en centros de asistencia social de cien camas o más y en aquellos que prestan una asistencia sanitaria específica.

Por otro lado, la atención farmacéutica a pacientes crónicos polimedicados se ha formulado en forma de convenio entre autonomía y colegio profesional, en el caso de País Vasco⁸⁹⁹, decreto en el caso de Madrid⁹⁰⁰ y Comunidad Valenciana^{901, 902, 903} y de forma privada en Cataluña⁹⁰⁴. Cada uno de estos documentos conlleva características diferenciales en cuanto a población destinataria, servicios y remuneración.

⁸⁹⁹ Convenio de colaboración para la mejora del uso de la medicación en personas atendidas por los servicios de ayuda domiciliaria entre el Departamento de Sanidad y los Colegios Oficiales del País Vasco, op. cit.

⁹⁰⁰ DGFPS, op. cit.

⁹⁰¹ D 94/2010

⁹⁰² Decreto-ley 2/2013, de 1 de marzo, del Consell, de Actuaciones Urgentes de Gestión y Eficiencia en Prestación Farmacéutica y Ortoprotésica (DOGV núm. 6.978, de 5 de marzo)

⁹⁰³ Antes de su extensión a todo el territorio valenciano, se planteó un programa piloto.

Protocolo de Actuaciones para un Programa Piloto en materia de Atención Farmacéutica Domiciliaria en el marco del Concierto entre la Conselleria de Sanitat y los Colegios Oficiales de Farmacéuticos de las Provincias de Alicante, Castellón y Valencia por el que se fijan las condiciones para la ejecución de la prestación farmacéutica a través de las Oficinas de Farmacia, op. cit.

⁹⁰⁴ Gencat, op. cit.

En este apartado, se propone una posible organización de la atención farmacéutica a este colectivo, diseñado en torno a la división entre pacientes institucionalizados y ambulatorios.

PRESTACIÓN FARMACÉUTICA EN CENTROS SOCIOSANITARIOS

La población destinataria es aquella con derecho a asistencia sanitaria del SNS, ingresada en centros sociosanitarios residenciales, ya sean públicos o privados.

El farmacéutico en este ámbito añade a las funciones propias de la oficina de farmacia, el control de la distribución y vigencia de los tratamientos.

En este aspecto, en el caso de personas válidas con problemas en el manejo de medicamentos y personas dependientes se propone el uso de SPD correctamente etiquetado, que, en nuestra opinión debería ser suministrado por la Administración competente (en el caso de Valencia, por la AVS).

Además, en estos centros se llevará a cabo un servicio de SFT para todos los residentes (sean válidos o no). Para ello es imprescindible el acceso del farmacéutico a la historia farmacoterapéutica, así como una adecuada coordinación con el equipo multidisciplinar que atiende a los pacientes. Según nuestro criterio, la comunicación entre el equipo sanitario es especialmente relevante y se beneficiaría mucho de la ubicación del servicio médico dentro del centro sociosanitario. Por otra parte, esto permite que las prescripciones se realicen con receta médica del centro, y consiguientemente, se habilita la dispensación de envases clínicos, con el ahorro asociado para la Administración y el paciente que está sujeto al sistema de copago farmacéutico.

Si se trata de centros residenciales públicos, parece adecuado que la prestación farmacéutica se realice a través de servicios farmacéuticos propios de gestión pública, independiente de los servicios farmacéuticos hospitalarios. Las compras pueden realizarse de un modo centralizado, lo que representa una importante mejora en las condiciones de compra (coste y aplazamiento de pago).

El tipo de patología y la medicación que necesitan los pacientes también deberían tenerse en cuenta para determinar el tipo de servicio farmacéutico a instalar:

- servicio de farmacia cuando la mayoría de los residentes precisan medicación de uso hospitalario y/o monitorización de

medicamentos. El responsable del servicio siempre sería, como indica la normativa, especialista en Farmacia hospitalaria. Las instalaciones deben constar de las zonas necesarias para dar una adecuada prestación farmacéutica (almacén de gases medicinales, laboratorio para formulación,...)

-depósito de medicamentos en el resto de supuestos. Por tanto, el responsable no necesariamente ha de ser especialista en Farmacia hospitalaria. El depósito debería estar vinculado a un servicio farmacéutico de otro centro residencial público.

En el caso de centros residenciales privados, la atención se podría organizar según tres tipos de servicios. Así:

-servicio de farmacia: gestionado públicamente con los mismos requisitos que en el ámbito público y con un farmacéutico especialista en Farmacia hospitalaria como responsable del servicio

-depósito de medicamentos: en centros con más de 30 camas. Estos DM, quedarían vinculados a OF, siendo el responsable el farmacéutico titular (por tanto, sin el requisito de la especialidad)

-desde OF: en centros de 30 camas o menos, la dispensación y preparación de los SPD se llevaría a cabo desde la OF. La medicación sería trasladada por el farmacéutico al centro periódicamente (semanal o quincenalmente), preferiblemente durante el horario de atención del médico para facilitar la comunicación con el equipo sanitario

En centros de más de 60 plazas, la prescripción utilizaría la receta médica del centro (sean SF o DM). En centros con menor número de plazas, si la gestión es pública mantendrían la receta médica del centro como método de prescripción y, en caso de gestión a través de OF, la prescripción de medicamentos y productos sanitarios (salvo absorbentes), se realizaría con receta del SNS.

Consideramos que la prestación farmacéutica a través de OF debe ser siempre voluntaria. Los criterios para establecer la vinculación deberían atender a la proximidad y la garantía de calidad.

El sistema de vinculación planteado por el D 94/2010, nos parece perfectamente válido. En cuanto a la garantía de calidad, debería contemplar el empleo de PNT y la superación de un examen básico sobre farmacología, SPD y PNT.

Respecto al pago, si la prescripción es a través de receta médica del centro, la facturación de la OF se llevaría a cabo en base a los conceptos considerados en el anterior decreto valenciano (PVF de los productos farmacéuticos, servicios profesionales según convenio y gestión del servicio (como los servicios logísticos y financieros del decreto valenciano)). En el caso de que la prescripción utilice la receta del SNS (DM vinculados a OF hasta 60 camas y desde OF), la facturación se realizaría según el convenio de OF.

Este modelo permite atender a los pacientes institucionalizados racionalizando el empleo de los recursos del SNS, de los centros de asistencia social y del sector farmacéutico.

MODELO DE PRESTACIÓN FARMACÉUTICA EN PACIENTES POLIMEDICADOS NO INSTITUCIONALIZADOS

Busca incrementar la calidad de la atención farmacéutica y mejorar la adherencia terapéutica en este sector de la población, lo cual repercute notablemente en la eficiencia del sistema. Además el sistema refuerza la autonomía de los pacientes con problemas en el manejo de la medicación en la medida de sus necesidades.

Consideramos que la participación debiera ser siempre voluntaria, tanto para el paciente como para la OF. No obstante, dado que se trata de un servicio, en el caso de sujetos con derecho a la asistencia social y/o sanitaria con cargo al SNS, la inclusión en estos programas precisa que sea reconocido como subsidiario de mejora por el médico responsable del mismo.

Distinguiríamos dos modalidades. La AFD cuya población diana es la población encamada y aquellas personas que por sus limitaciones físicas (de movilidad, de visión,...) no puedan salir de casa. En ambos casos, para personas sin deterioro cognitivo que impida la comprensión y comunicación con el farmacéutico y sea un paciente colaborador, o bien que tenga cuidador con capacidad para comprender el empleo de SPD o etiquetas.

La segunda modalidad se dirigiría a pacientes polimedicados (5 medicamentos o más) o con posologías irregulares, con problemas en el manejo de los medicamentos y sin ayuda familiar o de cuidador. Para garantizar la eficiencia, debe haberse detectado al menos un PRM de incumplimiento o un RNM de ineffectividad por incumplimiento. La participación en el programa requiere que el paciente pueda comprender el empleo de SPD o etiquetas.

Los servicios que se podrían ofrecer son:

- visita al domicilio del paciente (solo en el programa de AFD)
- revisión del botiquín doméstico
- cumplimentación de SPD y etiquetas (en el caso de la AFD, solo SPD)
- SFT
- educación sanitaria

La detección de los pacientes para ambos programas puede llevarse a cabo por cualquier profesional implicado en su atención o el propio paciente. Los profesionales deberían ayudarse de tests de adherencia terapéutica, de capacidad cognitiva y de realización de ABVD para evaluar la conveniencia de incluir al paciente en el programa y la modalidad⁹⁰⁵. En cualquier caso, como se ha comentado, la inclusión en el programa debe tener carácter voluntario y formalizarse con el consentimiento informado del paciente, tras la recomendación formal del médico responsable.

Para el paciente que es incluido en estos programas, el paciente o su cuidador/familiar elegiría una farmacia de su municipio y zona farmacéutica⁹⁰⁶ de las que estén incluidas en el programa, preferiblemente del mismo barrio. El criterio de proximidad es prioritario en el caso de las visitas al domicilio para optimizar el tiempo empleado. Seguidamente haría entrega en la OF de la recomendación del médico para el programa o los resultados de los tests, la relación de medicamentos del paciente con su posología y la vía de comunicación que prefiere mantener el médico para obtener una adecuada coordinación con el farmacéutico. Se daría preferencia al correo electrónico o teléfono por cuestiones de agilidad y con el fin de evitar saturar la consulta.

Para que una OF esté incluida en el programa, al menos uno de los farmacéuticos de la OF, como se ha comentado al hablar de garantías

⁹⁰⁵ Se pueden emplear los tests de de Morisky-Green-Levine para evaluar la adherencia terapéutica y de Pfeiffer, escala de Lawton y Brody o minimal para la capacidad cognitiva y la realización de ABVD.

⁹⁰⁶ El planteamiento de este modelo en el que no se remunera el servicio prestado por la OF, no puede ser obligatorio ya que agravaría la comprometida situación económica que atraviesan muchas OF, por la inversión de tiempo que representa.

de calidad, debe acreditar conocimientos teórico-prácticos sobre farmacoterapia y SPD.

En el caso de AFD, se proponen 4 visitas anuales al domicilio. Con ello, se permitiría un contacto directo con el paciente para la detección de sus posibles necesidades, realización de un adecuado SFT y para el desarrollo de intervenciones de educación sanitaria. Además de estas visitas, el cuidador o el familiar dispondría del apoyo de la farmacia que le hace el SFT durante todo su horario de apertura.

El primer contacto se llevaría a cabo en la OF con el cuidador o familiar, donde se formalizaría el consentimiento informado del paciente y se documentarían los datos necesarios. Estos datos serían, al menos, los referentes a:

- datos personales del paciente (nombre, dirección, teléfono, forma de convivencia, sexo, edad, si existe un cuidador o familiar a cargo)
- farmacoterapia y posología, incluidos los medicamentos de venta libre que pueden no venir reflejados en la hoja de medicación del paciente
- resultados de los tests o el programa recomendado por el médico
- necesidades del paciente y problemas con el uso de medicamentos (PRM: interacciones, duplicidades, efectos adversos, intervalos de dosificación incorrectos,...)
- valoración de posibles intervenciones de educación sanitaria (información sobre farmacoterapia y medidas higiénico-dietéticas, aplicación de inhaladores, patologías como diabetes, hipertensión arterial, hipercolesterolemias,...)

Ante la detección de posibles PRM, el farmacéutico se pondría en contacto con el médico mediante la vía acordada.

En todos los casos, la OF realizaría las dispensaciones conforme a lo determinado en la ley. Solo en el caso de que se considerase que la cumplimentación de SPD es la mejor opción para resolver los problemas de adherencia terapéutica, la OF custodiaría las recetas y los medicamentos del paciente para facilitar su correcta preparación. Ésta sería quincenal de forma general, coincidiendo con las fechas habituales de entrega de la receta electrónica. En el momento en que el paciente, familiar o cuidador recoge los SPD, devuelve los anteriores, que contienen, en su caso, la medicación no tomada por el paciente y

el motivo (olvido, ingreso hospitalario,...). Estos datos se pueden registrar para su posterior evaluación.

El cuarto servicio planteado (el SFT) tiene como objetivos la detección, prevención y resolución de PRM, de forma continuada, sistematizada y documentada para mejorar la calidad de vida del paciente. Para el correcto desarrollo de este servicio es necesario el mencionado acceso del farmacéutico a la historia farmacoterapéutica. Se puede hacer uso de las aplicaciones informáticas que hay en el mercado de revisión de interacciones entre medicamentos, consultar los criterios BEERS y STOPP-START, bibliografía, considerando características del estado de salud del paciente (insuficiencia renal, hepática, cardíaca, cirugía reciente, IMC,...) y medicamentos que precisan monitorización.

Los medicamentos y productos sanitarios (incluidos los absorbentes) se prescriben, en estos programas, en receta médica del SNS. Consecuentemente, sujetas a copago farmacéutico. Estos servicios tendrían carácter gratuito para la población diana descrita.

La inclusión de personas con problemas en el manejo de los medicamentos no pertenecientes a los grupos anteriores dotaría al programa de un carácter preventivo. Esta medida fomentaría la autonomía de los pacientes en relación a su farmacoterapia y representa un alivio de la carga a los familiares o cuidadores. Por ello, consideramos que podrían incluirse en el programa de adherencia terapéutica, mediante una aportación económica a convenir.

Atendiendo a las dificultades económicas del país, que afectan, tanto al ciudadano, como a la Administración, la farmacia, la distribución y la industria, entendemos que el coste de estos programas debe ser soportado por todos los implicados. Se propone:

- los SPD y etiquetas adhesivas deben ser suministrados por los laboratorios y distribuidos por la distribución
- el servicio debe ser costeado por la OF y la Administración

La implicación de todos estos agentes representa una limitación al abuso de este servicio.

En la *Tabla 52* se presenta una estimación del tiempo necesario para cada servicio y paciente. Se contempla que la cumplimentación de los SPD y su etiquetaje precisa un tiempo aproximado de 5 minutos semanales (260' /año). Debe tenerse en cuenta que este valor depende del número de medicamentos susceptibles de ser acondicionados en

estos sistemas. La etiqueta que se adhiere al SPD debe contener al menos el nombre del paciente, farmacia, fecha, nombre de los medicamentos y posología.

Para garantizar la calidad en la cumplimentación de los SPD, deben hacerse comprobaciones sistemáticas de que se ha hecho correctamente. Se ha estimado que el registro de esta comprobación y de las posibles incidencias en los SPD devueltos es de 10 minutos al mes.

El tiempo mínimo de dedicación anual en el caso de desarrollar todos los servicios es de 535 minutos, y el máximo de 735. En la tabla, puede verse también una estimación del coste mensual que supone a la farmacia la contratación de un farmacéutico (entre 163,98 y 225,28€/paciente/año) y de un farmacéutico en prácticas (entre 114,01 y 156.63€/paciente/año).

En base a estas estimaciones de tiempo, se propone una financiación compartida entre la OF y la Administración de hasta cinco horas al mes. A partir de esta dedicación, es la Administración quien debería asumir el coste íntegro del servicio. Ante la situación económica actual, se plantea adaptar el pago a una desgravación fiscal de la farmacia. Con ello, la administración obtendría un aplazamiento en el pago y la OF la fidelización del paciente, incrementar la calidad de la asistencia que ofrece y un incentivo económico.

El abono de este tipo de servicios fomenta el desarrollo profesional y consideramos que las farmacias con una viabilidad económica comprometida por su baja facturación constituyen un campo de aplicación excepcional. En este tipo de farmacias, en que el horario de atención mínimo es de 20 horas semanales, las necesidades de atención al público, en ocasiones, son menores por la escasa población que presentan. El abono de estos servicios les podría proporcionar una mayor autonomía económica (incluso en algunos casos podrían no necesitar ya las ayudas a fondo perdido de las CCAA), a la vez que la población obtendría una mayor calidad asistencial.

El programa de AFD puede presentar ciertas dificultades para su aplicación como es la residencia de los pacientes en una zona relativamente alejada de la OF, de forma que sea necesario el empleo de un vehículo y una mayor dedicación de tiempo. Este caso se puede presentar en algunas urbanizaciones y pedanías. Para evitar desigualdades en la aplicación del programa, la Administración asumiría el coste del combustible del vehículo.

Para el adecuado desarrollo del programa, la Administración (sanitaria o municipal), debe asumir la formación de los farmacéuticos (y su coste), de modo que se exijan unos requisitos mínimos comunes y no suponga una limitación para dar el servicio a las farmacias con menor poder adquisitivo. Asimismo, respaldaría la difusión del programa en centros de salud, de asistencia social y OF para el éxito del mismo.

Con el fin de optimizar estos servicios, se debe llevar un registro de los mismos que se remite al COF y la Consellería para su seguimiento y evaluación. Para reducir los trámites de cumplimentación de la ficha del paciente y los registros, es conveniente habilitar un programa on-line sencillo. Este método permite, igual que con la receta electrónica, conocer en tiempo real la evolución de los indicadores que se evalúen. Se propone la evaluación con una periodicidad máxima mensual por parte del farmacéutico de los indicadores relacionados con los medicamentos y del tiempo real empleado por el farmacéutico para el seguimiento de cada servicio. Asimismo se propone la evaluación de otros indicadores relacionados con la farmacia que llevaría a cabo el COF de cada provincia o autonomía. Por último, la Consellería, a través de sus bases de datos y de encuestas dirigidas a los pacientes puede evaluar los indicadores relacionados con los pacientes y el ahorro sanitario. Los indicadores que se propone evaluar son los comentados en el epígrafe "3. Prestación farmacéutica sociosanitaria en la atención a pacientes no institucionalizados" del Capítulo IV.

Estos registros permiten por un lado justificar el trabajo realizado, en base al cual la Administración abonaría los servicios⁹⁰⁷ de SFT y visita domiciliaria. Además de permitir la evaluación y detección de puntos de mejora del programa.

Evidentemente esta propuesta requiere una prueba piloto de la aplicación de este programa para detectar las posibles deficiencias del mismo y confirmar su viabilidad, que queda fuera de nuestro campo de acción.

⁹⁰⁷ Con esta propuesta, lo que se pretende es trasladar el pago, que hacen otras autonomías, de SPD's, del resto de material y su transporte a la distribución y laboratorios, y destinar los recursos públicos a la visita domiciliaria y SFT.

RESUMEN

RESUMEN

El objetivo principal de esta tesis es el estudio a nivel legislativo de la prestación farmacéutica sociosanitaria desarrollada en España en sus vertientes estatal y autonómica, tanto en el ámbito institucionalizado (c.s.s.) como en el ambulatorio (atención domiciliaria y al paciente mayor polimedicado).

En el primer capítulo se estudia la realidad demográfica mundial, europea y española así como la repercusión en el gasto social, sanitario y por ende en el farmacéutico, que determina el envejecimiento y la contingencia de la dependencia en la población.

En el segundo capítulo se define el concepto de atención sociosanitaria y otros términos relacionados, imprescindibles para la adecuada interpretación de este trabajo. Se muestra el modo en que a nivel internacional, europeo y nacional se enfoca la atención sociosanitaria. Finaliza esta sección con la justificación de la necesidad de una normativa armonizada en todo el estado para la prestación farmacéutica en este ámbito.

En el tercer capítulo se contrasta el marco legal de la prestación farmacéutica sociosanitaria, haciendo una revisión del ordenamiento jurídico sanitario y farmacéutico del Estado y de las CCAA. Se revisan también los conciertos entre las administraciones autonómicas y los Colegios de Farmacéuticos.

El cuarto capítulo pone de manifiesto la disparidad entre autonomías en la delimitación de la población diana. Se analizan de forma comparativa, por un lado, los modelos de suministro de prestación farmacéutica en los c.s.s. definidos por cada autonomía, y por otro lado, las propuestas adoptadas para la prestación farmacéutica sociosanitaria en la población ambulatoria.

Del trabajo realizado se deducen las siguientes conclusiones.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

1. En la actualidad, la LD, es prácticamente inaplicable debido al contexto económico del país, lo que perjudica principalmente a los ciudadanos con rentas medias y bajas.
2. Se está implantando de forma generalizada un modelo de prestación farmacéutica en los centros de asistencia social y sociosanitarios que se apoya básicamente en los servicios de farmacia de hospital y el suministro directo de medicamentos. Este modelo desaprovecha los recursos de la red de oficinas de farmacia.
3. Faltan estudios concluyentes respecto a eficacia y ahorro del modelo de prestación farmacéutica sociosanitaria implantado en los años 2010-2014, no han demostrado sus ventajas en cuanto a eficacia y ahorro.
4. Existen catorce autonomías que carecen de modelo de atención farmacéutica en el ámbito de la atención sociosanitaria en centros de asistencia social y sociosanitarios, con el perjuicio que ello implica.
5. La regulación de la prestación farmacéutica en centros de asistencia social y sociosanitarios permite un mejor control de los servicios y suministro a los pacientes, evitando prácticas irregulares en el suministro de productos farmacéuticos.
6. La atención al paciente polimedicado dependiente que reside en su domicilio no está regulada a nivel estatal. Algunas autonomías han desarrollado programas de atención a estos pacientes, con el objetivo de promover la permanencia en el hogar y prevenir su institucionalización. Esta atención debería integrarse en la cartera de servicios del SNS y podría desarrollarse con garantías desde la OF.
7. Son posibles modelos alternativos, como el propuesto en esta tesis, que permiten, sin incrementar el coste, mantener las funciones de la OF en la atención farmacéutica sociosanitaria.

TABLAS Y FIGURAS

TABLAS Y FIGURAS

	MUNDIAL		EUROPA		ESPAÑA	
Año	Población >65 años (miles de personas)	%	Población >65 años (miles de personas)	%	Población >65 años (miles de personas)	%
1990	321.888	6,1	91.868	12,7	5.288	13,6
1995	368.568	6,5	101.707	14,0	6.028	15,3
2000	417.242	6,8	107.305	14,8	6.772	16,8
2005	472.589	7,3	116.085	15,9	7.215	16,8
2010	523.478	7,6	119.134	16,3	7.777	17,2
2015	601.185	8,2	128.008	17,4	8.425	17,8
2020	713.855	9,3	139.098	19,0	9.104	18,7
2025	832.326	10,4	151.553	20,8	10.058	20,4
2030	969.440	11,7	163.596	22,6	11.315	22,7
2035	1.115.886	13,0	172.700	24,1	12.744	25,4
2040	1.251.774	14,2	179.523	25,3	14.273	28,1
2045	1.363.865	15,2	184.521	26,4	15.680	30,7
2050	1.486.861	16,2	189.118	27,4	16.298	31,8

Tabla 1. Proyección de la población mayor de 65 años en el mundo, en Europa y en España desde 1990 hasta 2050.

ESTADO MIEMBRO	ESPERANZA DE VIDA (AÑOS)								
	Hombres			Mujeres			Ambos sexos		
	1990	2000	2009	1990	2000	2009	1990	2000	2009
Global	62	64	66	66	68	71	64	66	68
Europa	68	68	71	75	76	79	71	72	75
España	73	76	78	80	83	85	77	79	82
Mínimo	28	37	44	43	44	48	36	41	47
Máximo	76	78	82	82	85	86	79	81	83
Mediana	64	67	69	70	73	75	68	69	71

Tabla 2. Esperanza de vida en años en el mundo (global), en Europa y en España en los años 1990, 2000 y 2009 para hombres, mujeres y ambos sexos. Máximo, mínimo y mediana.

Tasas por 1000 hab.	De 6 a 64 años	De 65 a 79 años	De 80 y más años
	44,76	223,91	514,56

Tabla 3. Tasas de población con discapacidad según EDAD expresadas por mil habitantes. INE, 2008.

CCAA	Población total (hab)	Densidad población (hab/km ²)	Población >65 años (hab)	Densidad población > 65 años (hab/km ²)
Andalucía	8.302.923	94,78	1.224.795	13,98
Aragón	1.345.473	28,2	264.010	5,53
Asturias (Principado de)	1.085.289	102,35	237.060	22,36
Baleares (Islas)	1.095.426	219,44	150.177	30,08
Canarias	2.103.992	282,53	272.913	36,65
Cantabria	589.235	110,74	108.169	20,33
Castilla y León	2.563.521	27,21	574.319	6,10
Castilla -La Mancha	2.081.313	26,19	365.616	4,60
Cataluña	7.475.420	232,78	1.217.519	37,91
Comunidad Valenciana	5.094.675	219,08	835.426	35,92
Extremadura	1.102.410	26,48	209.426	5,03
Galicia	2.796.089	94,55	611.821	20,69
Madrid (Comunidad de)	6.386.932	795,58	921.347	114,77
Murcia (Región de)	1.446.520	127,86	197.456	17,45
Navarra (Comunidad Foral de)	630.578	60,69	108.833	10,47
País Vasco	2.172.175	300,23	409.537	56,60
Rioja (La)	321.702	63,77	57.987	11,49
Ceuta (Ciudad Autónoma de)	78.674	4140,74	8.784	462,32
Melilla (Ciudad Autónoma de)	73.460	5650,77	7.709	593,00
TOTAL	46.745.807		7.782.904	

Tabla 4. Población total, densidad de población total por CCAA, población mayor de 65 años y densidad de población mayor de 65 años por CCAA (hab/km²), INE 2010.

GASTO SOCIAL (%PIB)	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Alemania	29,3	29.7	30.4	30.8	30.1	30.1	29.0	27.8	28.0	31.5	30.6	29.4
Austria	28,1	28.6	29.0	29.4	29.1	28.8	28.3	27.8	28.5	30.7	30.6	29.5
Bélgica	26,5	26.3	26.7	27.4	27.4	27.3	27.0	26.9	28.3	30.6	30.1	30.4
Chipre	14,8	14,9	16.3	18.4	18.1	18.4	18.5	18.2	19.5	21.1	22.1	22.8
Dinamarca	28,9	29,2	29.7	30.9	30.7	30.2	29.2	30.7	30.7	34.7	34.3	34.3
España	20,3	19.7	20.0	20.3	20.3	20.6	20.5	20.8	22.2	25.4	25.8	26.1
Finlandia	25,1	25	25.7	26.6	26.7	26.7	26.4	25.4	26.2	30.4	30.6	30.0
Francia	29,5	29,6	30.5	31.1	31.4	31.5	30.9	30.6	31.0	33.1	33.8	33.6
Grecia	23,5	24,3	24.0	23.5	23.6	24.9	24.8	24.8	26.2	28.0	29.1	30.2
Irlanda	14,1	14.3	16.7	17.2	17.4	17.5	17.8	18.3	21.5	26.5	28.5	29.6
Italia	24,7	24.8	25.2	25.7	25.9	26.3	26.6	26.6	27.7	29.9	29.9	29.7
Luxemburgo	19,6	20,9	21.6	22.1	22.3	21.7	20.4	19.3	21.4	24.3	23.1	22.5
Malta	:	17.0	17.2	17.4	18.0	17.8	17.7	17.7	18.1	19.6	19.4	18.9
Países Bajos	26,4	26,5	27.6	28.3	28.3	27.9	28.8	28.3	28.5	31.6	32.1	32.3
Portugal	21,7	21,9	22.8	23.2	23.8	24.5	24.5	23.9	24.3	26.8	26.8	26.5
Reino Unido	26,9	25.6	25.5	25.5	25.7	25.8	25.6	24.7	25.8	28.6	27.4	27.3
Suecia	30,7	30.4	31.3	32.2	31.6	31.1	30.3	29.2	29.5	32.0	30.4	29.6
EU-27			:	:	:	27.0	26.6	26.1	26.8	29.6	29.3	29.0
EA-17			27.3	27.7	27.6	27.6	27.2	26.8	27.5	30.2	30.4	30.0

Tabla 5. Gasto social. EUROSTAT. Social Protection in the European Union

2009	Pensiones		Sanidad		Incapacidad		Familia y niños		Desempleo		Exclusión social	
	%GS T	% PIB	%GS T	% PIB	%GS T	% PIB	%GST	% PIB	%GS T	% PIB	%GST	% PIB
EU-27	45,0	12,8	29,6	8,4	8,0	2,3	8,0	2,3	6,1	1,7	3,4	1,0
EA-17	45,2	13,1	29,9	8,7	7,1	2,1	8,1	2,3	6,8	2,0	3,1	0,9
España	40,1	9,8	29,8	7,3	7,0	1,7	6,2	1,5	15,0	3,7	1,9	0,5

Tabla 6. Distribución del gasto social en UE-16 y España en 2009. (El concepto sanidad se refiere aquí a enfermedad y cuidados de salud. GST: gasto social total.)

Gasto sanitario total (%PIB), 1960 a 2009, UE-15.											% (1)
AÑO	1960	1970	1980	1990	2000	2007	2008	2009	2010	2011	2009
Alemania		6	8,4	8,3	10,3	10,5	10,7	11,6	11,6	10,9	76,86
Austria	4,3	5,2	7,4	8,3	9,9	10,3	10,5	11,2	11,0	8,9	
Bélgica		3,9	6,3	7,2	8,1	9,7	10,0	10,7	10,5	10,5	75,1
Dinamarca		7,9	8,9	8,3	8,7	10	10,2	11,5	11,1	10,9	85,04
España	1,5	3,5	5,3	6,5	7,2	8,5	8,9	9,6	9,6	9,3	73,63
Finlandia	3,8	5,5	6,3	7,7	7,2	8,1	8,3	9,2	8,9	9,0	74,71
Francia	3,8	5,4	7	8,4	10,1	11	11,0	11,7	11,6	11,6	77,93
Grecia				6,6	7,9	9,6	10,1	10,6	10,2	9,1	..
Irlanda	3,7	5,1	8,2	6,1	6,1	7,7	8,9	9,9	9,2	8,9	77,88
Italia				7,7	8,1	8,7	8,9	9,3	9,3	9,2	84,02
Luxemburgo		3,1	5,2	5,4	7,5	7,1	6,8	7,9	7,2	6,6	48,26
Países Bajos			7,4	8	8	9,7	11,0	11,9	12,0	11,9	..
Portugal		2,4	5,1	5,7	9,3	10	10,2	10,8	10,7	10,2	..
Reino Unido	3,9	4,5	5,6	5,9	7	8,4	8,8	9,8	9,6	9,4	84,15
Suecia		6,8	8,9	8,2	8,2	8,9	9,2	9,9	9,6	9,5	81,49
UE-15	3,5	4,9	6,9	7,2	8,2	9,2	9,5	10,37	10,35	9,72	
OCDE	3,8	5,1	6,6	6,9	7,8	8,6	8,8	9,5	9,4	9,3	

Tabla 7. Gasto total en salud (%PIB) y gasto público en salud [(%) del gasto sanitario total] de los primeros 15 países que formaron parte de la UE. (Elaborada a partir de datos extraídos de OECD Health Data 2011.) (1) gasto sanitario público.

ESPAÑA	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
% gasto público	70,7	70,7	71,1	71,4	71,9	73,0	74,7	74,2	73,0
Gasto público sanitario (%PIB)	5,8	5,8	5,9	6	6,1	6,5	7,2	7,1	6,8
Gasto privado sanitario (%PIB)	2,4	2,4	2,4	2,4	2,4	2,4	2,4	2,5	2,5

Tabla 8. Evolución del gasto sanitario público y privado (%PIB) y porcentaje de gasto público respecto del total de gasto sanitario en España.

AÑO	Gasto sanitario total (% PIB)	Gasto público (% gasto sanitario total)	Gasto farmacéutico (% gasto sanitario público)	Gasto farmacéutico Miles de euros
2002	7,3	71,30	22	8.487.170
2003	8,2	70,73	22,4	9.611.402
2004	8,2	70,73	21,9	10.152.795
2005	8,3	71,08	21,3	10.757.586
2006	8,4	71,43	20,3	11.300.933
2007	8,5	71,76	19,8	11.901.724
2008	8,9	73,03	19,1	12.720.630
2009	9,6	75,00	19,1	13.435.199
2010	9,6	73,96	19,4	13.380.441
2011	9,3	73,00	18,1	12.237.000

Tabla 9. Gasto sanitario total; gasto público sanitario total en España (% PIB); gasto farmacéutico (% gasto sanitario público total); gasto farmacéutico en miles de euros. (Las cifras de gasto farmacéutico de 2008 y 2009 son provisionales a fecha de 4 de enero de 2012.)

AÑO	Nº de recetas (miles)	% variación anual	Total dispensado a PVP IVA	% variación anual
2002	661.402	6,4%	8.839,03	10,20%
2003	706.737	6,9%	9.948,54	12,6%
2004	728.722	3,1%	10.514,00	5,7%
2005	764.88	5,0%	11.129,16	5,9%
2006	795.820	4,0%	11.787,13	5,9%
2007	843.630	6,0%	12.413,79	5,3%
2008	890.676	5,6%	13.304,58	7,2%
2009	936.262	5,1%	13.981,72	5,1%
2010	961.098	2,7%	14.185,39	1,5%
2011	975.523	1,5%	13.276,59	-6,4%
2012	919.868	-5,7%	12.034,86	-9,4%

Tabla 10. Variaciones anuales del número de recetas e importe de los medicamentos y productos sanitarios dispensados a través del SNS en farmacias a PVP (IVA incluido).

AÑO	Gasto sanitario total (% PIB)	Gasto farmacéutico (% PIB)
2002	7,3	1,15
2003	8,1	1,30
2004	8,2	1,27
2005	8,3	1,26
2006	8,4	1,22
2007	8,5	1,21
2008	9	1,24
2009	9,5	1,38
2010	9,6	1,38
2011	9,3	1,23

Tabla 11. Gasto sanitario (%PIB) y gasto farmacéutico (% PIB) de 2002 a 2011. (Elaborada por aplicación de la fórmula indicada).

INDICADORES ENERO-DICIEMBRE 2012	VALOR
Nº RECETAS (MILES)	862.965,2
Activos (Miles)	249.864,1
Pensionistas (Miles)	613.101,1
Utilización (Miles €)	11.546.027,9
Activos (Miles €)	3.054.751,6
Pensionistas (Miles €)	8.491.276,3
Precio Medio Por Receta (€)	13,38
Activos (€)	12,23
Pensionistas (€)	13,85
Aportación Beneficiario (Miles €))	1.182.361,23
RDL 4/2010 (Miles €)	261.675,39
Deducciones RDL 8/2010 (Miles €)	584.001,66
Factura Final (Miles €)	9.517.989,61
Gasto Final Por Receta (€)	11,03

Tabla 12. Indicadores Enero-Diciembre 2013 sobre gasto farmacéutico del SNS en España.

CCAA	LEY ORGÁNICA	Modifica la LO		Reforma la LO
Andalucía	6/1981, 30 dic.			2/2007, 19 mar.
Aragón	8/1982, 10 ago.	6/1994, 24 mar.	5/1996, 30 dic.	
Asturias	7/1981, 30 dic.	1/1994, 30 dic.	1/1999, 5 en.	
Baleares	2/1983, 25 feb.	9/1994, 24 mar.	3/1999, 8 en.	1/2007, 28 feb.
Canarias	10/1982, 10 ago.	4/1996, 30 dic.	Correc. errores	
Cantabria	8/1981, 30 dic.	11/1998, 30 dic.		
C. la Mancha	9/1982, 10 ago.	7/1994, 24 mar.	3/1997, 3 jul.	
C. León	4/1983, 25 feb.	11/1994, 24 mar.	4/1999, 8 en.	14/2007, 30 nov.
Cataluña	4/1979, 18 dic.			6/2006, 19 jul.
Ceuta	1/1995, 13 mar.			
C. Valenciana	5/1982, 1 jul.	4/1991, 13 mar.	5/1994, 24 mar.	1/2006, 10 abr.
Extremadura	1/1983, 25 feb.	12/1999, 6 may.		
Galicia	1/1981, 6 abr.			
La Rioja	3/1982, 9 jun.	3/1994, 24 mar.	2/1999, 7 en.	
Madrid	3/1983, 25 feb.	10/1994, 24 mar.	5/1998, 7 jul.	
Melilla	2/1995, 13 mar.			
Murcia	4/1982, 9 jun.	4/1994, 24 mar.	1/1998, 15 jun.	
Navarra	13/1982, 10 ago.	1/2001, 26 mar.		
País Vasco	3/1979, 18 dic.			

Tabla 13. Leyes Orgánicas a través de las cuales se transfirieron las competencias en materia de Asistencia social, Servicios sociales, Seguridad social y Sanidad. Elaborada a partir de los Estatutos de Autonomía.

C.C.A.A.	LEYES DE SALUD
Andalucía	Ley 2/1998, de 15 de junio
Aragón	Ley 6/2002, de 15 de abril
Asturias	Ley 1/1992, de 2 de julio
Baleares	Ley 5/2003, de 4 de abril
Canarias	Ley 11/1994, de 26 de julio
Cantabria	Ley 7/2002, de 10 de diciembre
Castilla-La Mancha	Ley 8/2000, de 30 de noviembre
Castilla y León	Ley 8/2010, de 30 de agosto
Cataluña	Ley 15/1990, de 9 de julio
Ceuta y Melilla	
Extremadura	Ley 10/2001, de 28 de junio
Galicia	Ley 8/2008, de 10 de julio
La Rioja	Ley 2/2002, de 17 de abril
Madrid	Ley 12/2001, de 21 de diciembre
Murcia	Ley 4/1994, de 26 de julio
Navarra	Ley Foral 10/1990, de 23 de noviembre
País Vasco	Ley 8/1997, de 26 de junio
Valencia	Ley 3/2003, de 6 de febrero

Tabla 14. Leyes de salud autonómicas.

GRADO	NIVEL	PUNTOS
I. Dependencia moderada	1	25-39
	2	40-49
II. Dependencia severa	1	50-64
	2	65-74
III. Gran dependencia	1	75-89
	2	90-100

Tabla 15. Puntuación de los grados y niveles de dependencia.

Grados y niveles	Prestación económica vinculada al servicio	Prestación económica para cuidados en el entorno familiar		Prestación económica de asistencia personal
	Euros mensuales	Euros mensuales		Euros mensuales
	Cuantía	Cuantía	Cuota SS+FP	Cuantía
Grado III Nivel 2	833,96	520,69	164,54	833,96
Grado III Nivel 1	625,47	416,98	(163,04 + 1,50)	625,47
Grado II Nivel 2	462,18	337,25		
Grado II Nivel 1	401,2	300,9		
Grado I Nivel 2	300	180	82,27	

Tabla 16. Prestaciones económicas según grado y nivel de dependencia.

FUNCIONES	OF	SFH	SF área salud
Selección (y responsable de la calidad de medicamentos)	-	√	-
Adquisición	√	√	√
Conservación	√	√	√
Custodia	√	√	√
Dispensación	√	√ y suministro	suministro a DM/botiquín
FM y PO	√	√	√
Programas calidad	√	√	-
Farmacovigilancia	√	sistema intrahospitalario	√
Educación sanitaria	√	actividades educativas	√
Colaboración entre profesionales sanitarios	colaboración	colaboración AP-AE	información a profesionales sanitarios colaborar con OF, hospitales, AE, AP
Relacionadas con URM	consejo, información URM	mejorar uso de medicamentos y productos sanitarios	programas de URM
OTRAS		informar periódicamente del gasto farmacéutico en hospitales públicos	sistema eficaz de suministro
			comisiones de Salud

Tabla 17. Funciones del farmacéutico en OF, SFH y SF de Área de Salud de la Comunidad Valenciana.

CCAA	NORMAS DE CENTROS SANITARIOS
Andalucía	Decreto 69/2008, de 26 de febrero
Aragón	Decreto 106/2004, de 27 de abril
Asturias	Decreto 53/2006, de 8 de junio
Baleares	Decreto 100/2010, de 27 de agosto
Canarias	Decreto 68/2010, de 17 de junio
Cantabria	Orden de 4 de junio de 1997
Castilla-La Mancha	Decreto 13/2002, de 15 de enero de 2002
Castilla y León	Decreto 49/2005, de 23 de junio
Cataluña	Decreto 118/1982, de 6 de mayo
Ceuta	Reglamento regulador de los centros, servicios y establecimientos sanitarios de la ciudad de Ceuta. 31 de marzo de 2003
Extremadura	Decreto 37/2004, de 5 de abril
Galicia	Decreto 12/2009, do 8 de xaneiro
La Rioja ⁹⁰⁸	Decreto 80/2009, de 18 de diciembre

⁹⁰⁸ El anterior decreto (41/2004, de 9 de julio), fue declarado nulo por el Tribunal Superior de Justicia de La Rioja por no dar audiencia para plantear posibles alegaciones al Colegio Oficial de Psicólogos de La Rioja como organización interesada (art.105.c CE). Este Tribunal alude a la jurisprudencia (STS 19 de enero de 1991 [RJ 1991/552], 11 de abril de 2000 [RJ 2000/4820]), que indicó que deben ser oídas las asociaciones o colegios profesionales que no sean de carácter voluntario y representen intereses de carácter general o corporativo. También se refiere a la STS 9 junio 2004, RJ 2004/4110, que considera que las organizaciones representativas deben ser escuchadas, sin obligación de asumir las sugerencias o alegatos que propongan. El incumplimiento de la citada audiencia, recuerda la sentencia, conlleva la nulidad de la disposición en cuestión.

-Tribunal Superior de Justicia de La Rioja (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 1ª). Sentencia núm. 50/2006 de 10 febrero

Madrid	Decreto 51/2006, de 15 de junio
Melilla	Decreto 197 de 17 de enero de 2007, relativo a la aprobación del Reglamento regulador de los centros, servicios y establecimientos sanitarios de la ciudad de Melilla. 17 de enero de 2007, modif. (29/06/2010)
Murcia	Decreto 73/2004, de 2 de julio
Navarra	Decreto Foral 214/1997, de 1 de septiembre
País Vasco	Decreto 31/2006, de 21 de febrero
Valencia	Decreto 176/2004, de 24 de septiembre

Tabla 18. Normas autonómicas de centros, servicios y establecimientos sanitarios.

CCAA	NORMATIVA	REGULACIONES
Andalucía	Orden de 22 de septiembre de 2008, modificada por la Orden de 5 de noviembre de 2007, Orden de 15 de noviembre de 2007	Procedimiento y requisitos para la acreditación de los centros para personas mayores en situación de dependencia Servicio de ayuda a domicilio
Asturias	Resolución de 22 de junio de 2009 (Consejería de Bienestar Social y Vivienda)	Criterios y condiciones para la acreditación de centros de atención de servicios sociales
Baleares	Decreto 86/2010, de 25 de junio	Principios generales y coordinación para autorización y acreditación de servicios sociales de atención a mayores y personas con discapacitados. Requisitos de autorización y acreditación de servicios residenciales de carácter supainsular
Canarias	Decreto 63/2000, de 25 de abril	Ordenación, autorización, registro, inspección y régimen de infracciones y sanciones de centros para personas mayores y normas de régimen interno.
Cantabria	Orden EMP/37/2010, de 18 de marzo	Criterios y procedimiento para la acreditación de centros de servicios sociales destinados a la atención de personas dependientes.
Castilla-	Orden de 21 de mayo 2001	Condiciones mínimas de los centros destinados a Personas Mayores.

La Mancha		
Castilla y León	Decreto 14/2001, de 18 de enero	Condiciones y requisitos para la autorización y funcionamiento de centros de carácter social para personas mayores
Cataluña	Decreto 92/2002, de 5 de marzo	Tipología y condiciones funcionales de los centros y servicios sociosanitarios y normas de autorización
Extremadura	Decreto 4/1996, de 23 de enero	Establecimientos de asistencia social geriátrica.
Galicia	Decreto 143/2007, de 12 julio	Régimen de autorización y acreditación de programas y de centros de servicios sociales.
La Rioja	Decreto 24/2004, de 16 de abril	C.s.s. de convalecencia
Madrid	Decreto 91/1990, de 26 de octubre	Régimen de autorizaciones de centros y servicios
Murcia	Decreto 54/2001, de 15 de junio (Anexo 4.9)	Autorizaciones, Organización y Funcionamiento del Registro de Entidades, Centros y Servicios Sociales e Inspección.
Navarra	Decreto Foral 209/1991, de 23 de mayo. (Anexo) Decreto Foral 69/2008, 17 junio, por el que se aprueba la Cartera de Servicios Sociales de Ámbito General	Desarrollo de Ley Foral de régimen de autorizaciones y sanciones en materia de Servicios Sociales. Aprueba la Cartera de Servicios Sociales (modifica el Decreto Foral 209/1991, de 23 de mayo)
País Vasco	Decreto 41/1998, de 10 de marzo (Anexo I.17)	Servicios sociales residenciales.
Valencia	Orden de 4 febrero 2005. (Art. 26.b.2 y 26.b.3)	Régimen de autorización y funcionamiento de centros de servicios sociales especializados para atención de personas mayores.

Tabla 19. Normas de las CCAA sobre autorización de centros sociales.

CCAA	LEYES DE ORDENACIÓN FARMACÉUTICA	MODIFICACIONES Y DESARROLLOS QUE AFECTAN A LA PRESTACIÓN SOCIO SANITARIA
Andalucía	Ley 22/2007, de 18 de diciembre	-
Aragón	Ley 4/1999, de 25 de marzo	Decreto 286/2003, de 18 de noviembre
Asturias	Ley 1/2007, de 16 de marzo	-
Baleares	Ley 7/1998, de 12 de noviembre	Ley 10/2003, de 22 de diciembre Ley 6/2007, de 27 de diciembre Decreto 39/2003, de 25 de abril
Canarias	Ley 4/2005, de 13 de julio	-
Cantabria	Ley 7/2001, de 19 de diciembre	Ley 7/2004, de 27 de diciembre
Castilla-La Mancha	Ley 5/2005, de 27 de junio	-
Castilla y León	Ley 13/2001, de 20 de diciembre	-
Cataluña	Ley 31/1991, de 13 de diciembre	Orden de 10 de junio de 1986
Ceuta y Melilla	-	-
Extremadura	Ley 6/2006, de 9 de noviembre	-
Galicia	Ley 5/1999, de 21 de mayo	-
La Rioja	Ley 8/1998, de 16 de junio	Ley 5/2008, de 23 de diciembre Ley 10/2003, de 19 de diciembre
Madrid	Ley 19/1998, de 25 de noviembre	-
Murcia	Ley 3/1997, de 28 de mayo	Ley 3/2010, de 27 de diciembre
Navarra	Ley 12/2000, de 16 de noviembre	Ley 20/2008, de 20 de noviembre Ley 9/2001, de 3 de mayo
País Vasco	Ley 11/1994, de 17 de junio	-
Valencia	Ley 6/1998, de 22 de junio	Ley 12/2004, de 27 de diciembre Ley 1/2008, de 17 de abril Decreto-ley 2/2013, de 1 de marzo

Tabla 20. Leyes de ordenación farmacéutica, modificaciones y desarrollos que afectan a la prestación farmacéutica socio sanitaria en las CCAA.

	mayores/ancianos	minusválidos/discapacitados	dependientes	enfermos mentales	menores	jóvenes infractores	internos c.penitenciarios	OTROS
Aragón, Asturias, Cantabria, Cataluña, La Rioja, Madrid, Murcia, País Vasco, Valencia	√	√						√
Andalucía	√	√	√					√
Castilla-La Mancha	√	√		√				
Extremadura				(1)				(2)
Canarias	√	√			√	√		
Navarra	√	√					√	√

Tabla 21. Sectores de población a los que va destinada la prestación farmacéutica de los c.s.s. por CCAA según sus respectivas LOF. [(1) Extremadura: ingresados en hospitales psiquiátricos. (2) Requieren cuidados de larga duración, atención sanitaria a la convalecencia, rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable, y personas condicultades para realizar ABVD por la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual].

CCAA	VÁLIDOS/NO VÁLIDOS O ASISTIDOS/MIXTOS/OTROS
ESTADO	V/A/mixtas
Andalucía	V/A/trastornos de conducta graves y continuados
Aragón	V/A/mixtas/disminuidos.
Asturias	V/A/mixtas
Baleares	Mayores/Discapacidad (física/psíquica)
Canarias	V/sociosanitarios/mixtos
Cantabria	Atención básica/atención 24horas (Discap. con autonomía/Discap. precisa ayuda xa ABVD)
Castilla-La Mancha	Dependencia no reconocida/Dependencia reconocida
Castilla y León	V/N/Psicogerítricos
Cataluña	C.s.s. de media y larga estancia. Hogar residencia/Asistidos
Extremadura	Autonomía/A/mixtos
Galicia	Gerontológicos/Minusválidos (adultos/gravemente afectados)
La Rioja	Válidos/Dependencia severa/Gran dependencia
Madrid	Autonomía/A
Murcia	V/A/mixtas
Navarra	V/A/mixta/Psicogerítricos
País Vasco	Dependientes (V/A/mixtas)
Valencia	Mayores/Dependientes

Tabla 22. Clasificación de las plazas residenciales por CCAA. (V: válidos, A: asistidos o no válidos.)

CCAA	>50	=55	=60	>60	=65	>65	OTROS Y EXCEPCIONALMENTE
ESTADO			√				Exc: >55 reglamentariamente
Andalucía		√				√	-
Aragón	√ (3)					√	Exc: sin edad
Asturias	√ (1)			√ (4)		√	-
Baleares		√			√		-
Canarias	√ (2)			√			jubilados por actividades penosas/peligrosas
Cantabria	√ (1)			√ (4)		√	-
Castilla-La Mancha				√			dependencia reconocida Exc: especial urgencia
Castilla y León				√		√	Exc: <60 demencia tipo Alzheimer/ hijo con discapacidad
Cataluña					√ + valoración		Exc: estado de necesidad (sin edad)
Extremadura	√ (6)			√ (4)		√	Exc: extrema precariedad (sin edad ni residencia)
Galicia						√	Exc: >60 por su situación personal o social dependencia
La Rioja			√				Exc: sin edad acompañante/ cónyuge/pareja habitual
Madrid			√ asistido o c.día		√		Exc: reagrupamiento familiar, senilidad prematura, retorno de emigrantes u otros
Murcia				√			Exc: <60 por urgencia o necesidad apreciada por director ISSORM
Navarra						√	Exc: 18-65 con: enfermedad mental/ extrema necesidad/ exclusión social
País Vasco				√			
Valencia				√(5)		√	

Tabla 23. Edad mínima de los usuarios de los centros residenciales por CCAA. (1. Incapacidad física/psíquica - 2. Discapacidad física/psíquica/sensorial - 3. Pensionista por cualquier contingencia - 4. Pensionista - 5. Pensionista válido - 6. Minusvalía física o psíquica cuyas circunstancias personales, familiares o sociales aconsejen el ingreso en un establecimiento residencial. Exc: excepcionalmente).

CCAA	Cónyuge	Pareja de hecho	Edad	Acompañante	Familiar 2º grado	Familiar 1º grado	Edad
Andalucía	√	√			√		
Aragón	√ (1)		NO		√		≥60/sin edad
Asturias	√	√ (2)			√ (3)	√ (4)	
Baleares	-				-		
Canarias	√	√					
Cantabria	√	√	=60		√		=50
Castilla-La Mancha	√ (1)				√ (sin grado)		
Castilla y León	√ (1)	√	=60		√		=60
Cataluña	-						
Extremadura	√	√					
Galicia	(6)						
La Rioja	√	√	NO	√ (sin edad)	√ (5)		
Madrid	√	√	=60				
Murcia	√ (1)		NO		√ (3) (5)	√ (4)(5)	
Navarra	-						
País Vasco	(8)						
Valencia	(7)	(7)	NO		√		

Tabla 24. Requisitos para acompañante del beneficiario de una plaza residencial. [1. Cónyuge o análogo - 2. Convivencia habitual - 3. Consanguinidad colateral - 4. Consanguinidad vertical - 5. Se debe acreditar que son dependientes del beneficiario - 6. Pendiente de regulación. - 7. Según se determine en reglamento de régimen interior del centro - 8. Debe tener reconocida la situación de dependencia (en Álava)].

CCAA	NORMA AUTONÓMICA referida al baremo del RD valoración dependencia (Reemplazado por el RD 174/2011)	BAREMOS DE OTRAS NORMAS
Andalucía	Decreto 168/2007, de 12 de junio	
Aragón	Orden 15 de mayo de 2007.	
Asturias	Decreto 68/2007, de 14 de junio	Decreto 10/1998, de 19 de febrero (Anexo IV)
Baleares	Decreto 83/2010, de 25 de junio	
Canarias	Decreto 54/2008, de 25 de marzo	Decreto 236/1998, de 18 de diciembre (Anexo III)
Cantabria	(1)	Orden 24 de septiembre de 2004 (Anexo I)
Castilla-La Mancha	Decreto 176/2009, de 17 de noviembre	Orden 20 de diciembre de 2010 (cuando no se reconoce la dependencia)
Castilla y León	Orden FAM/1056/2007, de 31 de mayo (se indican puntuaciones mínimas para plazas de dependientes y de psicogerátricos)	
Cataluña	(1)	Orden BEF/468/2003, de 10 de noviembre
Ceuta y Melilla	Resolución de 16 de julio de 2007	
Extremadura	Decreto 1/2009, de 9 de enero	Decreto 88/1996, de 4 de junio
Galicia	Orden 15/2010, de 4 de febrero	
La Rioja	Decreto 18/2011, de 11 de marzo	
Madrid	Orden 625/2010, de 21 de abril	Orden 1377/1998, de 13 de julio
Murcia	Decreto 306/2010, de 3 de diciembre	Decreto 31/1994, de 25 de febrero (Apdo. 2 Anexo)
Navarra	Ley Foral 1/2011, de 15 de febrero	Orden Foral 3/2010, de 14 de enero (Escala de Zarit: sobrecarga del cuidador)
País Vasco	Álava: Decreto Foral 39 y 45/2007, del Consejo de Diputados de 24 de abril; Decreto Foral 85/2008, de 16 de septiembre Guipúzcoa: Orden Foral 320/2007 de 25 de abril Vizcaya: Decretos Forales 74 y 197/2007 de 24 de abril y 6 de noviembre	Álava: Decreto Foral 45/2007, del Consejo de Diputados de 8 de mayo (No reconocidos dependientes)
Valencia	Decreto 18/2011, de 25 de febrero	Orden de 4 febrero 2005 (Anexo I.C)

Tabla 25. Normas sobre baremos para el acceso a plazas residenciales para dependientes. (1) Estas autonomías remiten directamente al RD valoración dependencia (Reemplazado por RD 174/2011).

TITULARIDAD		VINCULACIÓN	
SF	hospital/sociosanitario	DM	SF hospital/SF sociosanitario OF
		Botiquín	OF

Tabla 26. Servicios farmacéuticos para suministro de prestación farmacéutica en c.s.s. en España.

CCAA	Mixto	SFH	OF
Andalucía			gerente acuerdo con OF
Aragón		públicas: 37Principios Activos por SFH	
Asturias			rotación boticas de la zona
Baleares	√	√ (4 residencias)	el resto
Canarias	√	√ públicas +100 camas: SF propio; pequeñas: dependen del Cabildo	Privadas
Cantabria			rotación boticas de la zona
Castilla-La Mancha	√(1)	√	
Castilla y León	√ (1)	√ (piloto)	√
Cataluña			cambio sistema remuneración
Extremadura	√	√ (+100 camas)	√ (<100 camas)
Galicia	√	√ (c.s.s.)	√ (privadas)
La Rioja			√ (de la zona)
Madrid			√ (dispensación activa)
Murcia	√	√ (piloto)	rotación boticas
Navarra	√	√ (1 pública+4 privadas)	el resto (unas 70)
País Vasco			√ (negociación 7% dto + AF)
Valencia	√	públicas y privadas grandes: SF s-s	Resto

Tabla 27. Modelo de atención farmacéutica sociosanitaria desde SF de hospital, desde OF o mixto. (1) Próximamente habrá modelo mixto, en Castilla y León donde se está trabajando con un programa piloto en hospital.

CCAA	SF					DM		Botiquín
	SF	SF reglamentariamente	Nº plazas	Tipo atención médica/ Farmacológica	Tipo usuarios	DM si no hay SF	DM	Botiquín
Andalucía		✓	✓	✓	✓	✓	Residenciales sin SF y el resto	
Aragón		✓	✓	✓	✓	✓	Pueden tener DM	
Asturias		✓	✓	✓				
Baleares		(1)				✓	Centros sin SF pueden solicitar DM	✓
Canarias		(1)					Puede autorizarse	
Cantabria		✓	✓	✓	✓	✓	Pueden tener DM	
Castilla-La Mancha		✓					Reglamentariamente	
Castilla y León		✓ (2)	✓	✓				Pueden tener c.sociales
Cataluña		✓ (2)				✓	Sin SF ni obligación de tenerlo	
Ceuta y Melilla								
Extremadura		✓					Reglamentariamente	
Galicia	≥100 asistidos	✓		✓		✓		
La Rioja		✓					<100 camas	
Madrid		✓	✓	✓				
Murcia		✓	✓	✓	✓	✓		
Navarra	≥100	✓ (2)				✓		

País Vasco		√	√	√		√		
Valencia	> 60 camas elige el centro					elige el centro		Sociosanit.<60 camas

Tabla 28. Características del c.s.s. determinantes del tipo de servicio farmacéutico por CCAA. (1) Puede autorizarse. (2) >100 camas.

CCAA	Orden de prioridad	OF	Características OF	SF	Características SF
Andalucía	Privados: No	√	-	√	c.sanit público
	Públicos: Sí				c.sanit.público (acuerdos)
Aragón	No. (Sí entre OF)	√	=zona salud	√	hospital público
Asturias	Sí			√	1.servicios c.sanit.público
Baleares	solo OF	√	=zona farmacéutica		
Canarias	No	√		√	
Cantabria	Sí	√	2.=municipio	√	1.SFH público/SF AP, =área salud
Castilla-La Mancha	-	√	= zona de salud	√	
Castilla y León	-	√		√	
Cataluña	No	√	=área salud	√	=sector sanitario Preferentemente
Extremadura	No	√	=zona salud	√	=área salud y público
Galicia	Público: sí			√	=área sanitaria
	Privado: no	√	=zona farmacéutica	√	
La Rioja	-	-		-	
Madrid	-	√		-	
Murcia	No	√	=zona farmacéutica	√	SFH público
Navarra	No	√	=z.b.s. preferentemente	√	=z.b.s. preferentemente
País Vasco	-	-		-	
Valencia	Público: sí			√	público de =sector, =depto
	Privado: sí	√	2. véase la tabla 30	√	1. véase la tabla 30

Tabla 29. Requisitos para establecer el orden de prioridad para la vinculación de DM a OF o SF, por CCAA. En la tabla los números se corresponden con el orden de prioridad para la vinculación a un SF u OF ("1" es la opción preferente y "2" cuando no es posible la anterior) ("= zona farmacéutica": se refiere a que sean OF de la misma zona farmacéutica).

MUNICIPIO	SF	OF
1 z.b.s	1. SF de otro centro público o privado	
		2. mismo municipio
		3. misma zona farmacéutica
		4. zona farmacéutica limítrofe
> 1 z.b.s.	1. SF de otro centro público o privado	
		2. misma z.b.s
		3. mismo departamento y municipio que z.b.s.
		4. misma zona farmacéutica
		5. zona farmacéutica limítrofe

Tabla 30. Orden de prioridad para la vinculación de un DM a un SF o a una OF en la Comunidad Valenciana.

CCAA	MISMAS FUNCIONES QUE HOSPITAL	FUNCIONES PROPIAS	OTROS
Andalucía			Centros publicos: acuerdos/ Centros privados: convenios
Aragón	√		
Asturias		√	
Baleares		√	
Canarias		√	
Cantabria	√		
Castilla-La Mancha			Reglamentariamente
C.León	√		
Cataluña	√		
Extremadura	√		
Galicia	√		
La Rioja	√		
Murcia	√		
Navarra	√		
País Vasco	√		
Valencia		√	

Tabla 31. Funciones de los servicios farmacéuticos sociosanitarios de las CCAA.

CAA	FM/PO	MEDICAMENTOS ESPECIAL CONTROL	ESTUPEFACIENTES/ PSICÓTROPOS
Aragón	SF/DM	SF/DM	SF
Asturias	SF/DM	SF/DM	SF/DM
Cantabria	SF	DM	DM
Castilla y León	SF	SF	SF
Cataluña	SF	SF/DM	-
Extremadura	SF	DM	DM
Galicia	SF	-	-
La Rioja	SF	SF/DM	SF/DM
Murcia	SF	SF/DM	SF/DM
Navarra	SF	SF	SF/DM
País Vasco	SF/DM	SF/DM	SF/DM
Valencia	SF/DM/Bot	SF/DM/Bot	SF/DM/Bot

Tabla 32. Fórmulas magistrales, preparados oficinales, medicamentos de especial control, psicótrpos y estupefacientes.

CCAA	Mismas funciones que hospital	SELECCIÓN MEDICAMENTOS	SELECCIÓN PRODUCTOS SANITARIOS	SELECCIÓN NUTRICIÓN ARTIFICIAL
Aragón	√	-	-	-
Baleares		SF	-	-
Cantabria	√	SF	SF	
Castilla y León	√	SF		SF
Cataluña	√	SF	SF	-
Extremadura	√	SF: formar parte de comisión y donde pueda ser útil para selección productos farmacéuticos		
Galicia	√	SF	SF	
La Rioja	√	SF/DM		
Murcia	√	SF	-	-
Navarra	√	SF/DM	SF/DM	
País Vasco	√	SF/DM	-	-
Valencia		Comisión de Farmacia y Terapéutica (medicamentos)		

Tabla 33. Selección en los servicios farmacéuticos sociosanitarios de las CCAA.

SISTEMA DE ADQUISICIÓN		
SF	LABORATORIO	
	CENTRAL DE COMPRAS	Central de compras a través de SFH
		Unidad Central de Compras (SF sociosanitario)
		Central de compras estatal (RDL 8/2010)
	OF	
OF	LABORATORIO	
	DISTRIBUIDORA	

Tabla 34. Sistema de adquisición de medicamentos de SF y OF.

RECURSOS MATERIALES
Medicamentos
Material sanitario
Nutrición enteral
Material de acondicionamiento medicamentos
Gastos fijos de funcionamiento (luz, agua, teléfono, mantenimiento)
Equipamiento informático y software
Equipamiento general (mesas, sillas, archivadores)
Equipamiento para preparación de la medicación
Laboratorio de Farmacotecnia
Biblioteca básica para el SF
Cajas fuertes para el cumplimiento de la Ley de Estupefacientes
Medios para mantener la cadena de frío en medicamentos que lo requieran

Tabla 35. Recursos materiales necesarios en el SF.

RECURSOS HUMANOS
Técnico en prestaciones farmacéuticas del Servicio de Provisión y Asistencia Farmacéutica
Auxiliar administrativo del Servicio de Provisión y Asistencia Farmacéutica
Becario del Servicio de Provisión y Asistencia Farmacéutica
Farmacéutico especialista en Farmacia Hospitalaria (Jefe de Servicio)
Farmacéutico especialista en Farmacia Hospitalaria
Enfermero
Dietista
Auxiliar de farmacia o de enfermería
Coordinador administrativo del SF
Auxiliar de residencia/almacén
Coordinador administrativo de la Unidad de Coordinación del Programa
Auxiliar administrativo de la Unidad de Coordinación del Programa
Oficial administrativo de la Unidad de Coordinación del Programa

Tabla 36. Recursos humanos necesarios en SF.

CCAA	MISMAS FUNCIONES QUE HOSPITAL	MEDICAMENTOS	PS	NUTRICIÓN ARTIFICIAL	PRODUCTOS FCOS.
Aragón	√	SF/DM	DM	SF	
Asturias		SF/DM	SF/DM		
Baleares		SF/DM	DM		
Canarias		SF/DM			
Cantabria	√	SF			
Castilla y León	√	SF		SF	
Cataluña	√	SF	SF		
Extremadura	√	SF			SF
Galicia	√	SF			
La Rioja	√	SF/DM	SF/DM		
Murcia	√	SF	SF		
Navarra	√	SF/DM	SF/DM		
País Vasco	√	SF/DM		Concierto	
Valencia		SF/DM/Botiquín			

Tabla 37. Adquisición de medicamentos, productos sanitarios (PS), nutrición artificial y productos farmacéuticos en los servicios farmacéuticos de los c.s.s..

CCAA	COBERTURA NECESIDADES
Aragón	SF/DM
Baleares	DM: resolución con dotación de medicamentos y productos sanitarios
Cantabria	SF (reposición)/DM (corresponsabilidad)
Castilla y León	SF
Cataluña	SF/DM (corresponsabilidad)
Extremadura	SF
Galicia	DM
La Rioja	SF/DM
Murcia	SF/DM (corresponsabilidad)
Navarra	SF
País Vasco	SF/DM
Valencia	SF/DM/Bot

Tabla 38. Cobertura de necesidades de medicamentos en los servicios farmacéuticos de las CCAA.

CCAA	DISPENSACIÓN	MEDICAMENTOS	PRODUCTOS SANITARIOS	NUTRICIÓN ARTIFICIAL
Andalucía	-	-	-	-
Aragón	SF/DM	SF/DM	DM	SF
Asturias	SF/DM	SF/DM	SF/DM	
Baleares	SF/DM	SF/DM	SF/DM	
Canarias	SF/DM	SF/DM		
Cantabria	SF/DM	SF/DM		
Castilla-La Mancha	Reglamentariamente			
Castilla y León	SF/DM	SF/DM	DM	SF
Cataluña	SF/DM	SF/DM	SF	
Extremadura	SF (suministro)	SF/DM	SF	
Galicia	SF/DM	SF/DM	DM	
La Rioja	SF/DM	SF/DM	SF/DM	
Madrid	-	-	-	
Murcia	SF/DM	SF/DM	SF	
Navarra	SF/DM	SF/DM		
País Vasco	SF/DM	SF/DM		
Valencia	SF/DM	SF/DM		

Tabla 39. Dispensación en los servicios farmacéuticos sociosanitarios de las CCAA.

APORTACIONES DE ASEGURADOS Y BENEFICIARIOS			
BASE LIQUIDABLE GENERAL DEL IRPF	<18.000 €	18.000 € - 100.000 €	≥100.000 €
ACTIVOS	40%	50%	60%
PENSIONISTAS (aportación mensual máxima)	10% (8€)	10% (18€)	60% (60€)
MUTUALIDADES	30%	30%	30%

Tabla 40. Aportaciones de asegurados y beneficiarios del SNS y mutualidades.

CCAA	DISTRIBUCIÓN	MEDIDAS PARA LA CORRECTA ADMINISTRACIÓN
Andalucía	-	-
Aragón	SF/DM	DM
Asturias	-	-
Baleares	-	-
Canarias	-	-
Cantabria	DM	DM
Castilla-La Mancha	-	-
Castilla y León	SF	DM
Cataluña	SF/ DM	SF/DM
Extremadura	SF/ DM	DM
Galicia	DM	DM
La Rioja	SF/ DM	
Madrid	-	-
Murcia	SF/ DM	SF/ DM
Navarra	SF/ DM	SF
País Vasco	SF/ DM	
Valencia	SF/ DM/Bot	

Tabla 41. Establecimiento de un sistema eficaz y seguro de distribución en los servicios farmacéuticos sociosanitarios de las CCAA.

CCAA	PERSONAL DEL CENTRO	PERSONAL SANITARIO	PACIENTES
Aragón	DM	SF	SF/DM
Cantabria	DM	SF	DM
Castilla-León		DM	DM
Cataluña	DM	SF	SF/DM
Extremadura	SF/DM		DM
Galicia		SF/DM	DM
La Rioja		SF/DM	
Murcia	DM	SF	SF/DM
Navarra		SF/DM	SF/DM
País Vasco		SF/DM	SF/DM
Valencia	SF/DM/botiquín	SF/DM/botiquín	SF/DM/botiquín

Tabla 42. Función de informar sobre el medicamento al personal del centro, personal sanitario y a pacientes.

EDUCACIÓN SANITARIA	PERSONAL SANITARIO	PACIENTES
Aragón	SF	SF
Castilla y León		SF
Extremadura		SF
La Rioja	SF	SF
País Vasco	SF	SF
Valencia	SF/DM/botiquín	SF/DM/botiquín

Tabla 43. Educación sanitaria a personal sanitario y pacientes en SF, DM y botiquines de las CCAA.

CCAA	PRE-POSTGRADO	PERSONAL SANITARIO	PACIENTES
Cantabria	SF	SF	
Castilla y León	SF	SF (farmacéuticos y otros sanitarios)	
Cataluña		SF	SF
Extremadura	SF	SF (farmacéuticos)	
Galicia	SF	SF	
Murcia		SF	SF
Navarra		SF	SF

Tabla 44. Formación pregrado y posgrado a personal sanitario, farmacéuticos y pacientes. (En Murcia y Navarra se indica únicamente la formación, sin especificar el tipo de formación.)

CCAA	FARMACOVIGILANCIA	FARMACOCINÉTICA
Aragón	SF/DM	SF
Asturias	SF/DM	
Cantabria	SF/DM	
Castilla y León	SF/DM	SF
Cataluña	SF/DM	
Extremadura	SF/DM	SF/DM
Galicia	SF	SF
La Rioja	SF/DM	SF
Murcia	SF/DM	
Navarra	SF/DM	SF
País Vasco	SF	SF
Valencia	SF/DM/Botiquín	

Tabla 45. Funciones de farmacovigilancia y farmacocinética en los servicios farmacéuticos sociosanitarios por CCAA.

CCAA	ESTUDIOS DE URM
Aragón	DM
Cantabria	DM
Castilla y León	SF/DM
Cataluña	DM
Extremadura	SF
Galicia	DM
La Rioja	SF
Murcia	DM
País Vasco	SF

Tabla 46. Función de estudio del URM en los servicios farmacéuticos sociosanitarios de las CCAA.

CCAA	INVESTIGACIÓN
Aragón	SF
Cantabria	SF/DM
Castilla y León	SF
Cataluña	SF/DM
Extremadura	SF
Galicia	SF/DM
La Rioja	SF/DM
Murcia	SF/DM
Navarra	SF
País Vasco	SF/DM
Valencia	SF/DM/botiquín

Tabla 47. Investigación clínica en servicios farmacéuticos sociosanitarios por autonomías.

CCAA	COLABORACIÓN CON ATENCIÓN PRIMARIA	COLABORACIÓN CON ATENCIÓN ESPECIALIZADA
Aragón	SF	SF
Asturias	SF/DM	SF/DM
Cantabria	SF	-
Castilla y León	SF	SF
Extremadura	SF	SF
Galicia	SF	-
La Rioja	SF	SF
Murcia	SF	-
Navarra	SF	SF
País Vasco	SF	SF
Valencia	SF/DM/bot	SF/DM/bot

Tabla 48. Colaboración de los servicios farmacéuticos con Atención Primaria y Especializada por CCAA.

PVL (€)	PVP (€)	MARGEN OF	MARGEN DISTRIBUCIÓN
<91,63	<142,5	27,90% PVP (sin impuestos)	7,6% PVA
91,64-200	142,51-312,2	38,37 €	7,54€
200,01-500	312,21-780,5	43,37 €	7,54€
>500	>780,50	48,37 €	7,54€
Envase clínico		10% PVP	5% PVA

Tabla 49. Margen de la OF y la distribución correspondiente a medicamentos de uso humano fabricados industrialmente.

	SF	DM	BOTIQUÍN
FÁRMACOS	PVL o PVA+ IVA	PVF/PVL o PVA+IVA necesario para SPD	PVP+IVA
	Excepto SUMED	Excepto SUMED	
AF	1.Convenio colectivo c.s.s. (30' farmacéutico; 15' administrativo)	1.Ponderación convenios OF-sanidad privada (30' farmacéutico; 15' administrativo)	-
	2.Ponderación convenios OF-sanidad privada (30' farmacéutico; 15' administrativo)	2.Acuerdo entre partes	
	3.Acuerdo entre las partes		
SERVICIOS LOGÍSTICOS Y FINANCIEROS	√	√	-
ABONO MENSUAL	Convenio c.s.s.	Convenio farmacias	Convenio farmacias

Tabla 50. Sistema de facturación de la dispensación de medicamentos en c.s.s. en la Comunidad Valenciana.

MUNICIPIO	OF
1 z.b.s	1. mismo municipio
	2. misma zona farmacéutica
> 1 z.b.s.	1. misma z.b.s
	2. mismo municipio que z.b.s.
	3. misma zona farmacéutica

Tabla 51. Criterios de proximidad geográfica en la AFD de la Comunidad Valenciana.

ACTO	AGENTE	tiempo estimado	minutos/año mínimo	minutos/año máximo	€ fco/año mínimo	€ fco/año máximo	€ fco prácticas/año mínimo	€ fco prácticas/año máximo
Médico	Centro salud	15'/año						
1ª entrevista con paciente	OF	15'/año	15	15	4,60	4,60	3,20	3,20
rellenar SPD y pegatinas posología	OF	5'/semana	260	260	79,69	79,69	55,41	55,41
comunicación con médico/enfermero	OF-c.salud	5-10' cada vez	0	120	0,00	36,78	0,00	25,57
educación sanitaria	OF	30'/año	30	30	9,20	9,20	6,39	6,39
desplazamiento sin coche	OF	10' cada vez	40	40	12,26	12,26	8,52	8,52
desplazamiento con coche	OF	10-30' cada vez	40	120	12,26	36,78	8,52	25,57
registro incidencias fco terapia (caducidades, duplicidades, SPD devueltos con pastillas, ...)	OF	10'/mes	120	120	36,78	36,78	25,57	25,57
SFT (y registro) tipo País Vasco	OF	30'/año	30	30	9,20	9,20	6,39	6,39
evaluación programa	COF/Conselleria							
TOTAL AÑO			535	735	163,98	225,28	114,01	156,63
TOTAL MES			45	61	13,66	18,77	9,50	13,05

Tabla 51. Estimación del tiempo y coste de personal para el desarrollo de los servicios propuestos en el modelo alternativo de AFD.

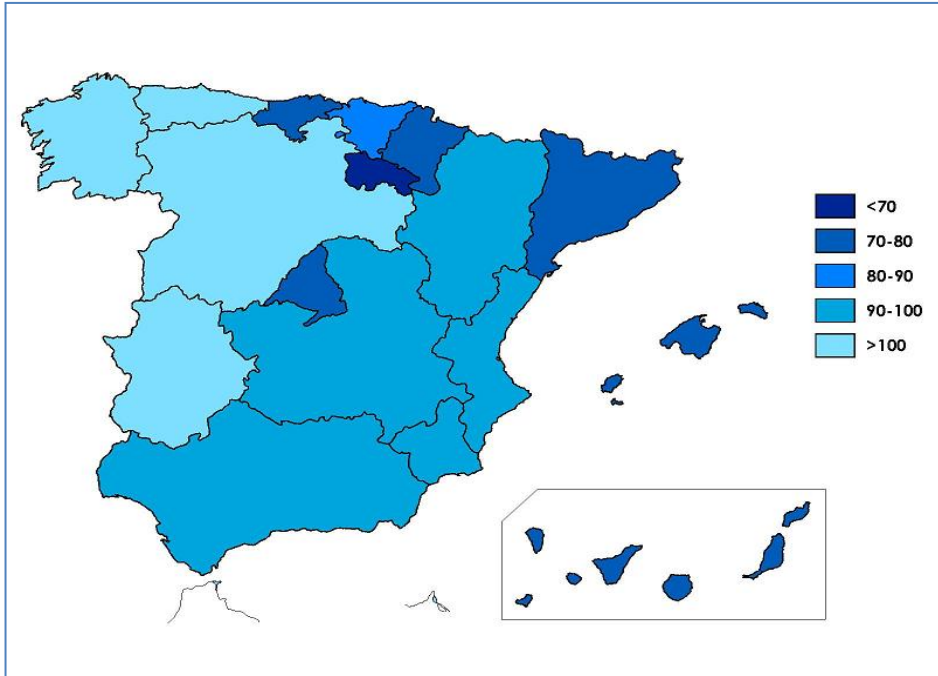


Figura 1. Tasa de discapacidad en personas de 6 y más años por CCAA. (Tasas por 1000 habitantes). Datos de EDAD-2008. Encuesta dirigida a hogares. INE 2009.

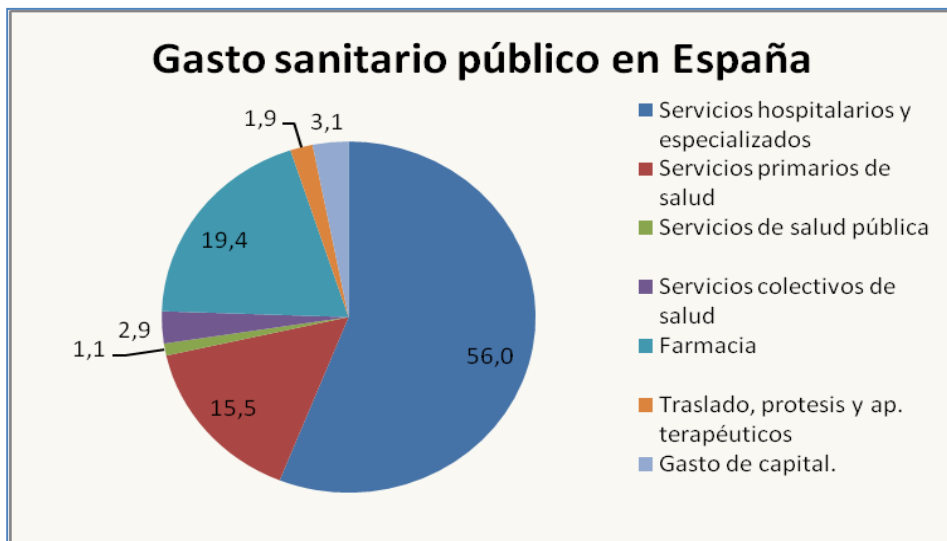


Figura 2. Gasto sanitario público en España en 2010 según la clasificación funcional.

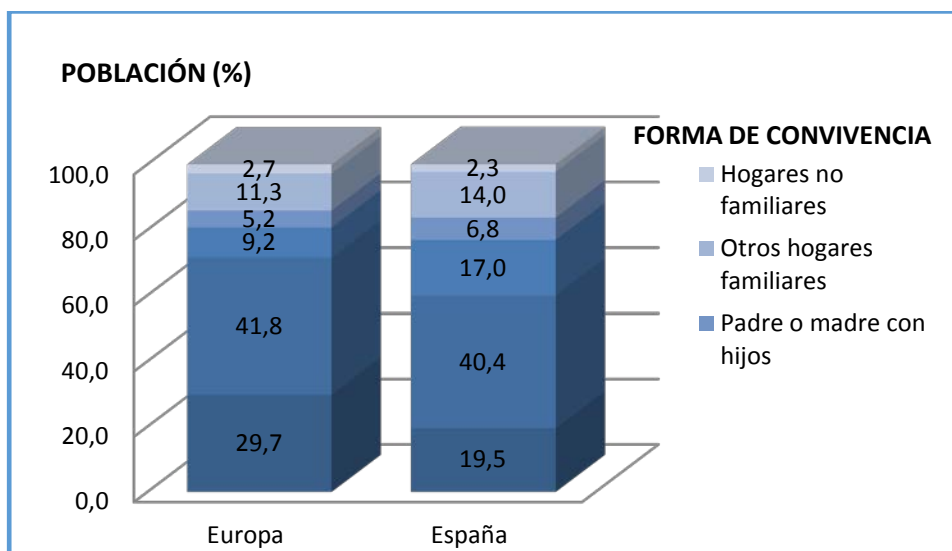


Figura 3. Tipos de hogar de la población mayor de 65 años en Europa y España. CIRCA 2001.

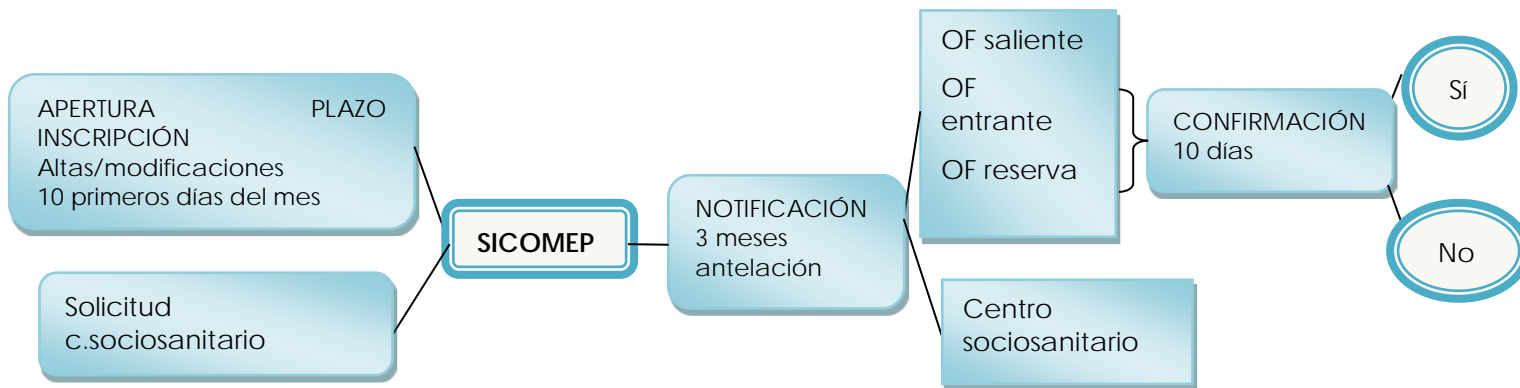


Figura 4. Sistema de vinculación de SICOMEPS. Comunidad Valenciana.



Figura 5. Sistemas automáticos de dispensación de medicamentos (SADME).

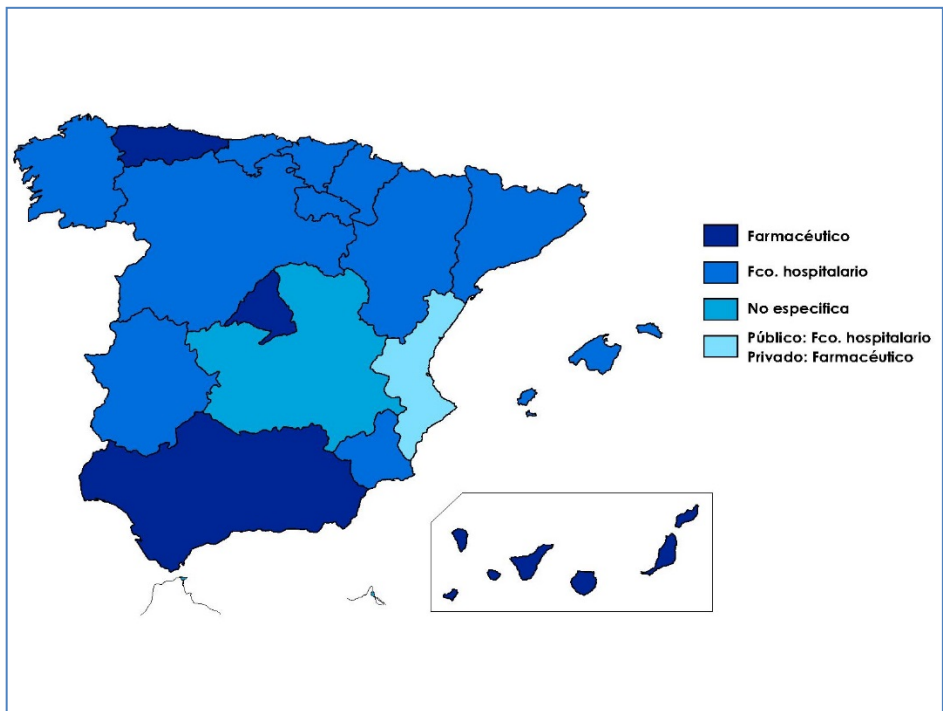


Figura 6. Titulación del responsable del SF por CCAA.

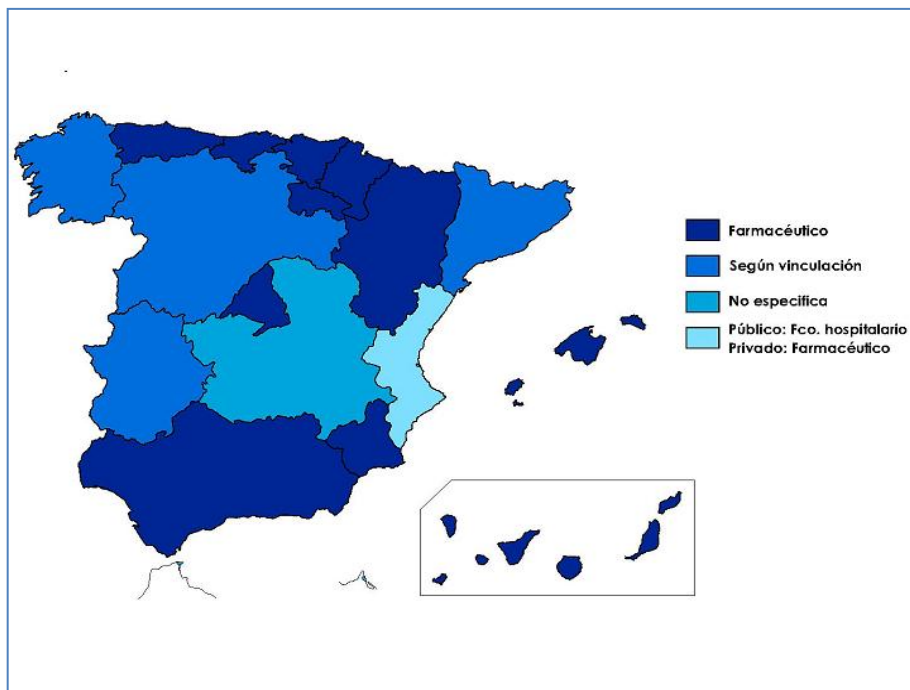


Figura 7. Titulación del responsable del DM por CCAA.

PROGRAMA DE ATENCIÓN AL PACIENTE POLIMEDICADO	
HOJA DE COMUNICACIÓN DESDE LA OFICINA DE FARMACIA CON EL CENTRO DE SALUD	
Estimado compañero, el paciente	
.....	
con CIP	Edad Sexo Teléfono
está incluido en el Programa de Atención al Paciente Mayor Polimedicado. En la revisión de medicamentos se han detectado unas incidencias que me gustaría que conociese y valorase.	
REVISIÓN DEL USO DE LOS MEDICAMENTOS	
Nº	Medicamento (especialidad) Posología Situación observada con medicamento
Nombre y apellidos del farmacéutico	
.....	
.....	
Nº OF:	Teléfono
Fecha y firma del farmacéutico	
Respuesta del médico a la consulta:	
.....	
.....	
.....	
En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, se informa que el presente formulario se va a incorporar a un fichero de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Los derechos del interesado en cuanto a acceso, rectificación, cancelación y oposición serán informados por la citada Dirección General.	

Figura 8. Hoja de comunicación con el médico del programa de Atención al Mayor polimedicado de Madrid.



Figura 9. SPD reciclable.



Figura 10. SPD de un solo uso.



Figura 11. Etiquetas para la medicación del programa de Atención al Mayor polimedicado de Madrid.

Los medicamentos ¡Tómeselos en serio!

NOMBRE _____
 CP _____ TELÉFONO _____
 FECHA _____

MEDICAMENTOS que *SI* se incluyen EN LA CAJA DE DOSIFICACIÓN

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

DESPLAZA LA TARJETA AL DÍA DE LA SEMANA DE HOY →

MEDICAMENTOS que *NO* se incluyen EN LA CAJA DE DOSIFICACIÓN (INSULINAS, INYECTABLES, JERINGAS, MEDICAMENTOS DE LA NEVERA...)

11							
12							
13							
14							

Figura 12. Hoja de medicación y etiquetas para la medicación del programa de Atención al Mayor polimedicado de Madrid.

NORMATIVA



NORMATIVA

- Constitución de 27 de diciembre de 1978 (BOE núm. 311, de 29 de diciembre)
- Anuncio de 28 de noviembre de 2005 por el que se convoca, por procedimiento abierto mediante concurso, el suministro de "Absorbentes de incontinencia de orina para los usuarios del Servicio Extremeño de Salud de las residencias de mayores y centros sociosanitarios" (DOE Extraordinario núm. 4, de 7 de diciembre)

DECRETOS

- Decreto-ley 2/2013, de 1 de marzo, del Consell, de Actuaciones Urgentes de Gestión y Eficiencia en Prestación Farmacéutica y Ortoprotésica (DOGV núm. 6.978, de 5 de marzo)
- Decreto 193/2012, de 21 de diciembre, del Consell, por el que aprueba el Reglamento Orgánico y Funcional de la Conselleria de Bienestar Social (BOE núm.6.929, de 24 de diciembre de 2012)
- Decreto 191/2012, de 21 de diciembre, del Consell, por el que aprueba el Reglamento Orgánico y Funcional de la Conselleria de Sanidad y se regulan los órganos de gestión de la Agencia Valenciana de Salud (DOGV núm.6929, de 24 de diciembre)
- Decreto Legislativo 1/2011, de 22 de marzo, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba, con el título de «Código del Derecho Foral de Aragón», el Texto Refundido de las Leyes civiles aragonesas (BOA núm. 63, de 29 de marzo)
- Decreto 18/2011, de 11 de marzo, por el que se regula el sistema de acceso al servicio público de atención residencial y al servicio público de estancias temporales residenciales para personas mayores grandes dependientes y dependientes severos del sistema riojano para la autonomía personal y la dependencia (BOR núm. 36, de 18 de marzo)
- Decreto 18/2011, de 25 de febrero, del Consell, por el que se establece el procedimiento para reconocer el derecho a las prestaciones del sistema valenciano para las personas en situación de dependencia (DOGV núm. 6.471, de 2 de marzo)

- Decreto 306/2010, de 3 de diciembre, por el que se establecen la intensidad de protección de los servicios, la cuantía de las prestaciones económicas, las condiciones de acceso y el régimen de compatibilidad de las prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (BORM núm. 290, 17 diciembre)
- Decreto 388/2010, de 19 de octubre, por el que se regula el régimen de acceso y traslado de personas en situación de dependencia a plazas de centros residenciales y centros de día y de noche (BOJA núm. 220, de 11 de noviembre)
- Decreto 142/2010, de 11 de octubre, por el que se aprueba la Cartera de Servicios Sociales 2010-2011 (DOGC núm. 5.738, de 20 de octubre)
- Decreto 100/2010, de 27 de agosto, por el que se regula el procedimiento de autorización sanitaria de los centros, servicios y establecimientos sanitarios y el funcionamiento del Registro de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios de las Illes Balears. (BOIB núm. 131, de 7 de septiembre)
- Decreto 186/2010, de 20 de julio, del régimen jurídico de los centros y servicios especializados para la atención a las personas mayores en la red pública de Castilla-La Mancha y del procedimiento de acceso a los mismos (DOCM núm. 141, de 23 de julio)
- Decreto 86/2010, de 25 de junio, por el que se establecen los principios generales y las directrices de coordinación para la autorización y la acreditación de los servicios sociales de atención a personas mayores y personas con discapacidades, y se regulan los requisitos de autorización y acreditación de los servicios residenciales de carácter suprainular para estos sectores de población (BOIB núm. 99, de 3 de julio)
- Decreto 83/2010, de 25 de junio, por el cual se establecen los principios generales del procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia, la intensidad de protección de los servicios y el régimen de compatibilidad de las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en el ámbito de la comunidad autónoma de las Illes Balears, y se crea la Red Pública de Atención a la Dependencia de las Illes Balears (BOIB núm.99, de 3 de julio)

-
- Decreto 68/2010, de 17 de junio, por el que se regula la autorización y registro de los centros, servicios y establecimientos sanitarios de Canarias (BOC núm. 126, de 29 de junio)
 - Decreto 94/2010, de 4 de junio, del Consell, por el que se regulan las actividades de ordenación, control y asistencia farmacéutica en los centros sociosanitarios y en la atención domiciliaria (DOGV núm. 6.285, de 9 de junio 2010)
 - Decreto 15/2010, de 4 de febrero, por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia, el procedimiento para la elaboración del Programa Individual de Atención y la organización y funcionamiento de los órganos técnicos competentes (DOG núm.34, de 19 de febrero)
 - Decreto 80/2009, de 18 de diciembre, por el que se establece el régimen jurídico y el procedimiento para la autorización y registro de centros, servicios y establecimientos sanitarios de la Comunidad Autónoma de La Rioja (BOR núm. 159, de 23 de diciembre)
 - Decreto 176/2009, de 17 de noviembre, del procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia, y de la composición y funciones de los equipos de valoración (DOCM núm.227, de 20 de noviembre)
 - Decreto 1/2009, de 9 de enero, por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en la Comunidad Autónoma de Extremadura (DOE núm. 9, de 15 de enero)
 - Decreto 12/2009, de 8 de enero, por el que se regula la autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios (DOG núm. 20, de 29 de enero)
 - Decreto Foral 85/2008, del Consejo de Diputados de 16 de septiembre, que modifica los Decretos 39 y 45/2007, de 24 de abril y de 8 de mayo, respectivamente, reguladores del procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia, el derecho y el acceso a los servicios del sistema para la autonomía y atención a la dependencia, y del régimen de acceso y traslado de las personas no reconocidas dependientes que sean usuarias de la Red Foral de Servicios Sociales de este Territorio Histórico (BOTHÁ núm.113, de 3 de octubre)

- Decreto Foral 69/2008, de 17 de junio, por el que se aprueba la Cartera de Servicios Sociales de Ámbito General (BON núm. 84, de 9 de julio)
- Decreto 40/2008, de 17 de abril, por el que se regulan la Autorización, la Acreditación, el Registro y la Inspección de Entidades, Servicios y Centros de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Cantabria (BOC núm. 83, de 29 de abril)
- Decreto 54/2008, de 25 de marzo, por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, establecido en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (BOC núm.61, de 26 de marzo)
- Decreto 69/2008, de 26 de febrero, por el que se establecen los procedimientos de las Autorizaciones Sanitarias y crea el Registro Andaluz de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios (BOJA núm. 52, de 14 de marzo)
- Decreto Foral 197/2007, de 6 de noviembre, de la Diputación Foral de Bizkaia, por el que se modifica el Decreto Foral 74/2007, de 24 de abril, de la Diputación Foral de Bizkaia, por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia (BOB núm. 224, de 16 de noviembre)
- Decreto 143/2007, de 12 de julio, por el que se regula el régimen de autorización y acreditación de los programas y de los centros de servicios sociales (DOG núm. 147, de 31 de julio)
- Decreto 68/2007, de 14 de junio, por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (BOPA núm. 157, de 6 de julio)
- Decreto 168/2007, de 12 de junio, por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, así como los órganos competentes para su valoración (BOJA núm. 119, de 18 de junio)
- Decreto Foral 45/2007, del Consejo de Diputados de 8 de mayo, que aprueba el Reglamento Regulador del Régimen de Acceso y Traslado de las Personas No Reconocidas Dependientes, que sean

usuarias de la Red Foral de Servicios Sociales del Territorio Histórico de Álava (BOTH A núm. 67, de 4 de junio)

- Decreto Foral 74/2007, de 24 de abril, de la Diputación Foral de Bizkaia por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia (BOB núm. 81, de 26 de abril)

- Decreto Foral 39/2007, del Consejo de Diputados de 24 de abril, que regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia, el derecho y el acceso a los servicios del sistema para la autonomía y atención a la dependencia en el Territorio Histórico de Álava (BOTH A núm. 58, de 14 de mayo)

- Decreto 197 de fecha 17 de enero de 2007, relativo a aprobación definitiva del Reglamento Regulador de los centros, servicios y establecimientos sanitarios de la Ciudad de Melilla (BOME núm. 4.367, de 23 de enero)

- Decreto 159/2007, de 24 de julio, por el que se regula la receta electrónica y la tramitación telemática de la prestación farmacéutica con cargo al Servei Català de Salut (BOC 4.934, de 26 de julio)

- Decreto 181/2007, de 19 de junio, por el que se regula la receta médica electrónica de Andalucía (BOJA núm. 123, de 22 de junio)

- Decreto 51/2006, de 15 de junio, del Consejo de Gobierno, Regulador del Régimen Jurídico y Procedimiento de Autorización y Registro de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios de la Comunidad de Madrid (BOCM núm. 150, de 26 de junio)

- Decreto 53/2006, de 8 de junio, por el que se regula la autorización de centros y servicios sanitarios (BOPA núm. 149, de 29 de junio 2006)

- Decreto 31/2006, de 21 de febrero, de autorización de los centros, servicios y establecimientos sanitarios (BOPV núm. 52 de 15 de marzo)

- Decreto 6/2006, de 19 de enero. Aprueba medidas para la mejora de la prestación farmacéutica a los pacientes crónicos (BOCM núm. 25, de 19 de enero)

- Decreto 49/2005, de 23 de junio, por el que se establece el régimen jurídico y el procedimiento para la autorización de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios (BOCYL núm. 125, de 29 de junio)

- Decreto 176/2004, de 24 de septiembre, del Consell de la Generalitat, sobre autorización sanitaria y el Registro Autonómico de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios (DOGV núm. 4.854, de 1 de octubre)

- Decreto 106/2004, de 27 de abril, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el reglamento que regula la autorización de centros y servicios sanitarios en Aragón (BOA núm. 53, de 10 de mayo)
- Decreto 24/2004, de 16 de abril, sobre centros sociosanitarios de convalecencia (BOR núm. 50, de 20 de abril)
- Decreto 37/2004, de 5 de abril, sobre autorización administrativa de centros, establecimientos y servicios sanitarios en la Comunidad Autónoma de Extremadura (DOE núm. 42, de 13 de abril)
- 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 DM (BOA núm. 144, de 1 de diciembre)
- Decreto 39/2003, de 25 de abril, por el que se establecen los requisitos y condiciones sanitarias de los servicios de farmacia y depósitos de medicamentos en centros hospitalarios, penitenciarios y sociosanitarios, y se establece el procedimiento para su autorización (BOIB núm. 63, de 6 de mayo)
- Decreto 92/2002, de 5 de marzo, por el que se establecen la tipología y las condiciones funcionales de los centros y servicios sociosanitarios y fijan las normas de autorización (DOGC núm. 3.597, de 18 de marzo)
- Decreto 24/2002, de 14 de febrero, por el que se aprueba el Estatuto Básico de Centros de Personas Mayores de Castilla y León (BOCYL núm. 36, de 20 de febrero)
- Decreto 13/2002, de 15 de enero, de autorizaciones administrativas de centros, servicios y establecimientos sanitarios (DOCM núm. 6, de 18 de enero)
- Decreto 123/2001, de 19 octubre, de definición y regulación de las condiciones mínimas de apertura y funcionamiento de los centros y servicios para personas mayores, tanto públicos como privados ubicados en el territorio de las Illes Balears (BOIB núm.130, de 30 de octubre)
- Decreto 54/2001, de 15 de junio, de autorizaciones, organización y funcionamiento del registro de entidades, Centros y Servicios Sociales de la Región de Murcia y de la Inspección (BORM núm. 146, de 26 de junio)
- Decreto 72/2001, de 31 mayo, del Consejo de Gobierno, por el que se regula el Régimen Jurídico Básico del Servicio Público de Atención a Personas Mayores en Residencias, Centros de Atención de Día y Pisos Tutelados (BOCM núm. 131, de 4 de junio)

-
- Decreto 56/2001, de 8 de marzo, por el que se aprueba el Reglamento regulador del régimen de acceso a las plazas en los centros residenciales para personas mayores dependientes de la Administración de la Comunidad de Castilla y León y a las plazas concertadas en otros establecimientos. (BOCYL núm. 57, de 20 de marzo)
 - Decreto 14/2001, de 18 de enero, regulador de las condiciones y requisitos para la autorización y funcionamiento de los centros de carácter social para personas mayores (BOCYL núm. 17, de 24 de enero)
 - Decreto 176/2000, de 15 de mayo, de modificación del Decreto 284/1996, de 23 de julio, de regulación del sistema Catalán de Servicios Sociales (DOGC núm. 3.148, de 26 de mayo)
 - Decreto 63/2000, de 25 abril, por el que se regula la ordenación, autorización, registro, inspección y régimen de infracciones y sanciones de centros para personas mayores y normas de régimen interno (BOC núm. 62, de 19 de mayo)
 - Decreto 83/2000, de 4 de abril, por el que se regula el Estatuto de los Centros de Mayores de la Consejería de Bienestar Social en la Comunidad Autónoma de Extremadura (DOE núm. 42, de 11 de abril)
 - Decreto 236/1998, de 18 de diciembre, por el que se regulan las condiciones de acceso y los criterios para el pago del servicio en centros de alojamiento y estancia para personas mayores, públicos y privados, con participación de la Comunidad Autónoma en su financiación (BOC núm.28, de 5 de marzo de 1999)
 - Decreto 159/1998, de 28 de julio, por el que se regula la prestación de determinados medicamentos con cargo a fondos propios de la Comunidad Autónoma de Andalucía (BOJA núm. 91 de 13 de agosto)
 - Decreto 41/1998, de 10 de marzo, sobre los Servicios sociales residenciales para la tercera edad (BOPV núm. 66, 7 abril)
 - Decreto 27/1998, de 6 marzo, por el que se regulan las categorías y requisitos específicos de los Centros Residenciales de Personas Mayores en La Rioja (BOR núm. 29, de 7 de marzo)
 - Decreto 10/1998, de 19 de febrero, por el que se regula el acceso y estancia en los establecimientos residenciales para ancianos (BOPA núm. 55, de 7 de marzo)

- Decreto Foral 214/1997, de 1 de septiembre, por el que se regulan las autorizaciones para la creación, modificación, traslado y funcionamiento de centros, servicios y establecimientos sanitarios (BON núm. 118, de 1 de octubre)
- Decreto 26/1997, de 8 de mayo, por el que se aprueba el Reglamento de régimen interno de los Hogares-Centros de Día para personas mayores. Principado de Asturias (BOPA núm. 123, de 29 de mayo)
- Decreto 88/1996, de 4 de junio, por el que se regula el régimen de acceso a los Centros Residenciales dependientes de la Consejería de Bienestar Social para personas mayores (DOE núm. 68, de 13 de junio)
- Decreto 4/1996, de 23 de enero, por el que se regulan los establecimientos de asistencia social geriátrica (DOE núm. 14, de 3 de febrero)
- Decreto 31/1994, de 25 de febrero, sobre ingreso y traslado en centros residenciales de la Administración Regional para personas mayores (BORM núm. 53, de 5 de marzo)
- Decreto 259/1993, de 30 de diciembre, del Gobierno Valenciano, de ordenación sanitaria de los servicios farmacéuticos hospitalarios en la Comunidad Valenciana (DOGV núm. 2188, de 19 enero de 1994)
- Decreto 111/1992, de 26 de mayo, de la Diputación General de Aragón, por el que se regulan las condiciones mínimas que han de reunir los servicios y establecimientos sociales especializados (BOA núm. 66, de 10 de junio)
- Decreto Foral 209/1991, de 23 de mayo, por el que se desarrolla la Ley Foral 9/1990, de 13 de noviembre de 1990, sobre el régimen de autorizaciones, infracciones y sanciones en materia de Servicios Sociales (BON núm. 84, de 5 de julio)
- Decreto 91/1990, de 26 de octubre, relativo al régimen de autorización de Servicios y Centros de Acción Social y Servicios Sociales (BOCM núm. 261, de 2 de noviembre de 1990)
- Decreto 28/1990, de 6 de febrero, por el que se establecen los requisitos para ingreso y traslado en las residencias para la tercera edad y los centros de atención a minusválidos psíquicos adscritos al Instituto Andaluz de Servicios Sociales (BOJA núm. 27, de 30 de marzo)

-
- Decreto 118/1982, de 6 de mayo, sobre autorización de Centros, servicios y establecimientos sanitarios asistenciales (DOGC núm. 231, de 11 de junio)
 - Decreto 2065/1974, de 30 de mayo, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social (BOE núm. 173, de 20 de julio)

INSTRUCCIONES

- Instrucciones complementarias de la Resolución de 12 de noviembre del Director Gerente de la Agencia Valenciana de Salud por el cual se incluyen determinados medicamentos en la dispensación hospitalaria. 13 de enero de 2010
- Instrucciones complementarias de la Resolución de 12 de noviembre del Director Gerente de la Agencia Valenciana de Salud por el cual se incluyen determinados medicamentos en la dispensación hospitalaria. 2 de diciembre de 2009
- Instrumento de ratificación de la Convención de las Naciones Unidas contra el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias sicotrópicas, hecha en Viena el 20 de diciembre de 1988 (BOE núm. 270, de 10 de noviembre)
- Instrumento de adhesión de España al Convenio sobre sustancias sicotrópicas. Hecho en Viena el 21 de febrero de 1971 (BOE núm. 218, de 10 de septiembre de 1976)

DISPOSICIONES CON RANGO DE LEY

ESTATALES

- Ley 22/2013, de 23 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2014 (BOE núm. 309, de 26 de diciembre)
- Ley 17/2012, de 27 de diciembre, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2013 (BOE núm. 312, de 28 de diciembre)
- Ley 2/2012, de 29 de junio, de Presupuestos Generales del Estado para el año 2012 (BOE núm. 156, de 30 de junio)
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (BOE núm. 299, de 15 de diciembre)
- Ley 29/2006, de 26 de julio, de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y los Productos Sanitarios (BOE núm. 178, de 27 de julio)

- Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad (BOE núm. 289, de 3 de diciembre)
- Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (BOE núm. 280, de 14 de julio)
- Ley 41/2003, de 18 de noviembre, de protección patrimonial de las personas con discapacidad y de modificación del Código Civil, de la Ley de Enjuiciamiento Civil y de la Normativa Tributaria con esta finalidad (BOE núm. 277, de 19 de noviembre)
- Ley 16/2003, de 28 mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (BOE núm. 128, de 29 de mayo)
- 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 (BOE núm.274, de 15 de noviembre)
- Ley 16/1997, de 25 de abril, de Regulación de Servicios de las Oficinas de Farmacia (BOE núm. 100, de 26 de abril)
- Ley 25/1990, de 20 diciembre, del Medicamento (BOE núm. 306, de 22 de diciembre)
- Ley 15/1990, de 9 de julio, de Ordenación Sanitaria de Cataluña (BOE núm. 197, de 17 de agosto)
- Ley 14/1986, de 25 abril, General de Sanidad (BOE núm. 102, de 29 de abril)
- Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos (BOE núm.103, de 30 de abril)
- Ley de 28 de noviembre de 1855 disponiendo lo conveniente sobre el Servicio General de Sanidad

AUTONÓMICAS

- Ley 5/2013, de 23 de diciembre, de medidas fiscales, de gestión administrativa y financiera, y de organización de la Generalitat (DOGV núm. 7181, de 27 de diciembre)
- Ley 12/2011, de 26 de diciembre, de medidas fiscales y administrativas (BOE núm. 23, de 27 de enero de 2012)

-
- Ley Foral 1/2011, de 15 de febrero, por la que se establece el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y se regula la organización, las funciones y el régimen del personal que configura los equipos y el órgano de valoración de la situación de dependencia en Navarra (BOE núm. 62, de 14 de marzo)
 - Ley 3/2010, de 27 de diciembre, de modificación de la regulación de algunos de los tributos propios de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia (BORM núm. 301, de 31 de diciembre)
 - Ley 12/2010, de 22 de diciembre, de racionalización del gasto en la prestación farmacéutica de la Comunidad Autónoma de Galicia (BOE núm. 25, de 29 de enero)
 - Ley 8/2010, de 30 de agosto, de ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León (BOE núm. 235, de 28 de septiembre)
 - Ley 12/2009, de 23 diciembre, de Medidas Fiscales, de Gestión Administrativa y Financiera y de Organización de la Generalitat (BOE núm. 24, de 28 de enero de 2010)
 - Ley 5/2009, de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón (BOE núm. 201, de 20 de agosto)
 - Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales de País Vasco (BOE núm. 242, de 7 de octubre de 2011)
 - Ley 13/2008, de 3 de diciembre, de servicios sociales de Galicia (BOE núm.15, de 17 de enero de 2009)
 - Ley 8/2008, de 10 de julio, de Salud de Galicia (BOE núm. 202, de 21 de agosto)
 - Ley 1/2008, de 17 abril, de la Generalitat, de Garantías de Suministro de Medicamentos de Comunidad Valenciana (DOCV núm. 5.749, de 24 de abril)
 - Ley 22/2007, de 18 diciembre, de Farmacia de Andalucía (BOJA núm. 254, de 28 de diciembre)
 - Ley 12/2007, de 11 de octubre, de Servicios Sociales de Cataluña (BOE núm. 266, de 6 de noviembre)
 - Ley 2/2007, de 27 de marzo, de Servicios Sociales de Cantabria (BOE núm. 4, de 19 de abril)
 - Ley 1/2007, de 16 marzo, de Atención y Ordenación Farmacéutica del Principado de Asturias (BOPA núm. 72, de 27 de marzo)

- Ley 6/2006, de 9 noviembre, de Farmacia de Extremadura (DOE núm. 134, de 16 de noviembre)
- Ley 4/2005, de 13 julio, de Ordenación Farmacéutica de Canarias (BOC núm. 143, de 22 de julio)
- Ley 5/2005, de 27 junio, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha (DOCM núm. 131, de 1 de julio)
- Ley 12/2004, de 27 diciembre, de Medidas Fiscales, de Gestión Administrativa y Financiera, y de Organización de la Generalitat Valenciana (BOE núm. 38, de 14 de febrero de 2005)
- Ley 10/2003, de 22 diciembre, de medidas tributarias y administrativas de Baleares (BOE núm. 26, 30 de enero de 2004)
- Ley 5/2003, de 4 de abril, de Salud de las Illes Balears (BOE núm. 110, de 8 de mayo)
- Ley 11/2003, de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid (BOCM núm. 88, de 14 de abril)
- Ley 5/2003, de 6 de marzo, para la regulación de las parejas de hecho en la Comunidad Autónoma de Canarias (BOE núm. 89, de 14 de abril)
- Ley 1/2003, de 24 de febrero, de Servicios Sociales del Principado de Asturias (BOE núm. 86, de 10 de abril)
- Ley 3/2003, de 6 de febrero, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad Valenciana (BOE núm. 55, de 5 de marzo)
- Ley 7/2002, de 10 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de Cantabria (BOC núm. 242, de 18 de diciembre)
- Ley 2/2002, de 17 de abril, de Salud de La Rioja (BOE núm. 106, de 3 de mayo)
- Ley 6/2002, de 15 de abril, de Salud de Aragón. (BOA núm. 46, de 19 de abril)
- Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid. (BOCM núm. 306, de 26 de diciembre)
- Ley 13/2001, de 20 diciembre, de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad de Castilla y León (BOE núm.15, de 17 de enero de 2002)
- Ley 7/2001, de 19 diciembre, de Ordenación farmacéutica de Cantabria (BOE núm. 14, de 16 de enero de 2002)
- Ley 6/2001 de Cantabria, de 20 de noviembre, de Protección de las Personas Dependientes (BOE núm. 302, de 18 de diciembre)

-
- Ley 10/2001, de 28 de junio, de Salud de Extremadura (BOE núm. 177, de 25 de julio)
 - Ley 8/2000, de 30 de noviembre, de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha (BOE núm. 50, de 27 de febrero)
 - Ley Foral 12/2000, de 16 noviembre, de Atención Farmacéutica de Navarra (BOE núm. 44, de 20 de febrero de 2001)
 - Ley 6/1999, de 7 de julio, de atención y protección a las personas mayores de Andalucía (BOE núm. 233, de 29 de septiembre de 1999)
 - Ley 5/1999, de 21 de mayo, de ordenación farmacéutica de Galicia (BOE núm. 144, de 17 de junio de 1999)
 - Ley 4/1999, de 25 marzo de Ordenación Farmacéutica para Aragón (BOA núm. 39, de 6 de abril)
 - Ley 19/1998, de 25 noviembre, de Ordenación y Atención Farmacéutica de la Comunidad de Madrid (BOE núm. 124, de 25 de mayo de 1999)
 - Ley 7/1998, de 12 noviembre, de Ordenación Farmacéutica de las Islas Baleares (BOCAIB núm. 149, de 21 de noviembre)
 - Ley 6/1998, de 22 junio, de Ordenación Farmacéutica de Comunidad Valenciana (BOE núm. 173, de 21 de julio)
 - Ley 8/1998, de 16 junio, de Farmacia de La Rioja (BOE núm.156, de 1 de julio d 1998)
 - Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía (BOE núm. 185, de 4 de agosto)
 - Ley 8/1997, de 26 de junio, de Ordenación Sanitaria del País Vasco (BOE núm. 9, de 11 de enero de 2012)
 - Ley 3/1997, de 28 mayo, de ordenación farmacéutica de la Región de Murcia (BORM núm. 144, de 25 junio 1997)
 - Ley 11/1997, de 24 de abril de envases y residuos de envases (BOE núm. 99 de 25 de abril)
 - Ley 3/1996, de 11 de julio, de participación de las personas mayores y de la solidaridad entre generaciones. (BOC núm. 87, de 19 de julio)
 - Ley Orgánica 2/1995, de 13 de marzo, de Estatuto de Autonomía de Melilla (BOE núm. 62, de 14 de marzo)
 - Ley Orgánica 1/1995, de 13 de marzo, de Estatuto de Autonomía de Ceuta (BOE núm. 62, de 14 de marzo)

- Ley 11/1994, de 26 de julio, de Ordenación Sanitaria de Canarias (BOE núm. 204, de 26 de agosto)
- Ley 4/1994, de 26 de julio, de Salud de la Región de Murcia (BOE núm. 243, de 11 de octubre)
- Ley 11/1994, de 17 junio, de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad Autónoma del País Vasco (BOPV núm. 135, de 15 julio de 1994)
- Ley 2/1994, de 28 de abril, de asistencia social geriátrica de Extremadura (DOE núm. 57, de 19 de mayo)
- Ley 1/1992, de 2 de julio, de Servicio de Salud de Asturias (BOE núm. 211, de 2 de septiembre)
- Ley 31/1991, de 13 diciembre, de Farmacia de Cataluña (BOE núm. 32, de 6 de febrero de 1992)
- Ley Foral 10/1990, de 23 de noviembre, de Salud de Navarra (BOE núm. 71, de 23 de marzo)

NOTAS

- Nota de 9 de marzo de 2012 de la Subdirección General de Calidad de Medicamentos y Productos Sanitarios del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad sobre el paso de medicamentos a dispensación en los servicios de farmacia de los hospitales
- Nota 2 de junio de 2010 del Director Gerente de la Agencia Valenciana de Salud sobre medicamentos incluidos en la dispensación hospitalaria

ORDENES

- Orden de 20 de diciembre de 2010, de la Consejería de Salud y Bienestar Social, por la que se aprueba el procedimiento para el acceso de las personas mayores a los servicios de estancia temporal y los traslados de centro residencial, así como el ingreso en plazas de carácter indefinido por circunstancias de tipo personal o social en los centros residenciales de la red pública de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha (DOCM núm. 251, de 31 de diciembre)
- Orden de 21 de mayo de 2010, del Departamento de Servicios Sociales y Familia, por la que se regula el régimen de acceso y adjudicación de plazas de servicio de ayuda a domicilio, centros de día, centros ocupacionales y residencias ofertadas por el Gobierno de Aragón (BOA núm. 117, de 16 de junio)

-
- Orden 625/2010, de 21 de abril, de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales, por la que se regulan los procedimientos para el reconocimiento de la situación de dependencia y para la elaboración del Programa Individual de Atención. Madrid (BOCM núm. 102, de 30 de abril)
 - Orden EMP/37/2010, de 18 de marzo, por la que se establecen los criterios y se regula el procedimiento para la acreditación de centros de servicios sociales destinados a la atención a personas en situación de dependencia (BOC núm. 64, de 6 de abril)
 - Orden Foral 3/2010, de 14 de enero, de la Consejera de Asuntos Sociales, Familia, Juventud y Deporte, por la que se regula el procedimiento y el baremo de valoración de la situación familiar para el acceso a plazas residenciales destinadas a la atención de personas mayores, de personas con discapacidad, de personas con enfermedad mental y de personas en situación de exclusión social o en riesgo de estarlo (BON núm.22, de 17 de febrero)
 - Orden de 22 de septiembre de 2008, por la que se modifican la Orden de 5 de noviembre de 2007, por la que se regula el procedimiento y los requisitos para la acreditación de los centros para personas mayores en situación de dependencia en Andalucía, y la Orden de 15 de noviembre de 2007, por la que se regula el servicio de ayuda a domicilio en la Comunidad Autónoma de Andalucía (BOJA núm. 200, de 7 de octubre)
 - Orden de 7 de noviembre 2007, del Departamento de Servicios Sociales y Familia, por la que se regula el régimen de acceso a los servicios y prestaciones económicas del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia en la Comunidad Autónoma de Aragón (BOA núm. 132, de 9 de noviembre)
 - Orden FAM/1056/2007, de 31 de mayo, por la que se regulan los baremos para la valoración de solicitudes de ingreso y de traslados en centros residenciales y en unidades de estancias diurnas para personas mayores dependientes de la Administración de la Comunidad de Castilla y León y a las plazas concertadas en otros establecimientos (BOCYL núm.117, de 18 de junio)
 - Orden 15 de mayo de 2007, del Departamento de Servicios Sociales y Familia, por la que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y el acceso a los servicios y prestaciones establecidos en la Ley 39/2006, de Promoción de

la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (BOA núm. 63, de 28 de mayo)

- Orden SAN/26/2007, de 7 de mayo, por la que se regulan los procedimientos para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del sistema para la autonomía y atención a la dependencia (BOC núm. 91, de 11 de mayo)
- Orden Foral 320/07 de 25 de abril, por el que se establece el baremo de la valoración de la situación de dependencia y el procedimiento de actuación para su determinación (BO de Guipúzcoa núm. 82, de 27 de abril)
- Orden SCO/256/2007, de 5 de febrero, por la que se establecen los principios y las directrices detalladas de buena práctica clínica y los requisitos para autorizar la fabricación o importación de medicamentos en investigación de uso humano (BOE núm. 38, de 13 febrero)
- Orden de 28 de septiembre de 2006 de la Consejería de Juventud, Familia y Servicios Sociales por la que se modifica la Orden 10/2001, de 31 de julio, de la Consejería de Salud y Servicios Sociales, por la que se establece el sistema de ingreso en las residencias de personas mayores propias y concertadas en la Comunidad Autónoma de La Rioja (BOR núm. 128, de 28 de septiembre 2006)
- Orden de 21 de junio de 2006, por la que se aprueba el Reglamento de Régimen Interior de los Centros Residenciales de Personas Mayores de titularidad de la Junta de Andalucía (BOJA núm. 135, de 14 de julio)
- Orden de 4 febrero de 2005, de la Conselleria de Bienestar Social, por la que se regula el régimen de autorización y funcionamiento de los centros de servicios sociales especializados para la atención de personas mayores (DOGV núm. 4.945, de 14 de febrero 2005)
- Orden de 24 de septiembre de 2004, por la que se regula el sistema de ingreso y traslado en plazas de Centros Residenciales de Atención a Personas Mayores integradas en la Red Pública de la Comunidad Autónoma de Cantabria (BOC núm. 191, 1 octubre)
- Orden BEF/468/2003, de 10 de noviembre, por la que se regulan el procedimiento y los criterios de acceso a los servicios y programas de atención a las personas mayores gestionados por el Instituto Catalán de Asistencia y Servicios Sociales (DOGC núm. 4.020, de 28 de noviembre)

-
- Orden de 18 de noviembre de 2002, del Departamento de Salud, Consumo y Servicios Sociales, que regula el acceso y adjudicación de plazas en los Centros de Atención a Personas Mayores, integradas en la red del Gobierno de Aragón (BOA núm. 144, de 11 de diciembre)
 - Orden 10/2001, de 1 de agosto, de la Consejería de Salud y Servicios Sociales, por la que se establece el sistema de ingreso en las Residencias de Personas Mayores propias y concertadas en la Comunidad Autónoma de La Rioja (BOR núm. 97, de 14 de agosto)
 - Orden de 21 de mayo de 2001, por la que se regulan las Condiciones Mínimas de los Centros destinados a las Personas Mayores en Castilla-La Mancha (DOCM núm. 75, de 29 de junio)
 - Orden de 15 de noviembre de 2000, de la Conselleria de Sanidad, mediante la que se regula el funcionamiento del Registro de Establecimientos y Servicios Sanitarios de Atención Farmacéutica de la Comunidad Valenciana (DOGV núm. 3.902, de 21 de diciembre)
 - Orden de 18 de agosto de 2000, por la que se aprueba el Estatuto básico de los centros de servicios sociales de la Comunidad Autónoma de Galicia (DOG núm. 177, de 12 de septiembre)
 - Orden 1377/1998, de 13 de julio, de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales, por la que se regula la tramitación de solicitudes y adjudicación de plazas en Centros Residenciales de Atención a Personas Mayores que integran la red pública de la Comunidad de Madrid (BOCM núm. 166, de 15 de julio)
 - Orden de 1 de julio de 1997, por la que se regula la acreditación de los centros de atención especializada a las personas mayores y personas con discapacidad (BOJA núm. 81, de 15 de julio)
 - Orden de 4 de junio 1997, sobre autorizaciones administrativas de centros, servicios y establecimientos sanitarios (BOC núm. 118, de 13 de junio)
 - Orden 18 de abril de 1996 por la que se desarrolla el Decreto 243/1995, de 28 de julio de 1995, en lo relativo a la regulación de las condiciones y requisitos específicos que deben cumplir los centros de atención a personas mayores (DOG núm. 88, de 6 de mayo 1996)
 - Orden de 29 de junio de 1987, de la Conselleria de Trabajo y Seguridad Social, por la que se aprueba el Estatuto de los Centros de Tercera Edad y su Reglamento Electoral y se convocan elecciones (DOGV núm. 640, de 30 de julio)

- Orden de 10 de junio 1986, por la que se regulan los Depósitos de Medicamentos en los Centros Hospitalarios (DOGC núm. 709, de 4 de julio)
- Orden de 28 de noviembre de 1985, por la que se aprueba el Estatuto de los Centros de tercera Edad dependientes de la Junta de Andalucía (BOJA núm. 119, 14 diciembre 1985)
- Orden de 16 de mayo de 1985 por la que se aprueba el Estatuto Básico de los Centros de la Tercera Edad del Instituto Nacional de Servicios Sociales de la Seguridad Social (BOE núm. 128, de 29 de mayo)
- Orden de 14 de enero de 1981 por la que se desarrolla el Real Decreto 2829/1977, de 6 de octubre, que regula las sustancias y preparados medicinales psicotrópicos, y se dictan las normas complementarias de fiscalización para la fabricación, comercio, elaboración y distribución de sustancias psicotrópicas (BOE núm. 25 de 29 de enero)
- Orden de 1 de febrero de 1977, por la que se regulan los Servicios Farmacéuticos de Hospitales (BOE núm. 43, de 19 de febrero)
- Orden de 5 de mayo de 1965 por la que se establecen las existencias mínimas de las farmacias y almacenes farmacéuticos (BOE núm. 127, de 28 de mayo)

REALES DECRETOS

- Real Decreto 782/2013, de 11 de octubre, sobre distribución de medicamentos de uso humano (BOE núm. 251, de 19 de octubre)
- Real Decreto 1506/2012, de 2 de noviembre, por el que se regula la cartera común suplementaria de prestación ortoprotésica del Sistema Nacional de Salud y se fijan las bases para el establecimiento de los importes máximos de financiación en prestación ortoprotésica (B.O.E. núm.265, de 3 noviembre)
- Real Decreto 1192/2012, de 3 de agosto, por el que se regula la condición de asegurado y de beneficiario a efectos de la asistencia sanitaria en España, con cargo a fondos públicos, a través del Sistema Nacional de Salud
- Real Decreto 570/2011, de 20 de abril, por el que se modifica el Real Decreto 727/2007, de 8 de junio, sobre criterios para determinar las intensidades de protección de los servicios y la cuantía de las prestaciones económicas de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en

situación de dependencia y se establecen las prestaciones económicas de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia para el ejercicio 2011 (BOE núm.112 de 11 de mayo)

- Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (BOE núm. 42, de 18 de febrero)

- Real Decreto 1718/2010, de 17 de diciembre, sobre receta médica y órdenes de dispensación (BOE núm. 17, de 20 de enero)

- Real Decreto 823/2008, de 16 de mayo, por el que se establecen los márgenes, deducciones y descuentos correspondientes a la distribución y dispensación de medicamentos de uso humano (BOE núm.131, de 30 de mayo)

- Real Decreto 727/2007, de 8 de junio, sobre criterios para determinar las intensidades de protección de los servicios y la cuantía de las prestaciones económicas de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (BOE núm. 138, de 9 de junio)

- Real decreto 504/2007, de 20 de abril, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre de 2006, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (BOE núm. 96, de 21 de abril 2007)

- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización (BOE núm. 222, de 16 de septiembre)

- Real Decreto 1515/2005, de 16 de diciembre, sobre traspaso de funciones y servicios de la Administración del Estado a la Ciudad de Melilla, en materia de sanidad (BOE núm. 313, de 31 de diciembre)

- Real Decreto 223/2004, de 6 de febrero, por el que se regulan los ensayos clínicos con medicamentos (BOE núm. 33, de 7 febrero)

- Real Decreto 1087/2003, de 29 de agosto, por el que se establece la estructura orgánica del Ministerio de Sanidad y Consumo (BOE núm. 208, de 30 de agosto)

- Real decreto 1277/2003, de 10 octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios (BOE núm. 254, de 23 de octubre)

- Real Decreto 840/2002, de 2 de agosto, por el que se modifica y desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad y Consumo (BOE núm. 185, de 3 de agosto)
- Real Decreto 175/2001, de 23 de febrero, por el que se aprueban las normas de correcta elaboración y control de calidad de fórmulas magistrales y preparados oficinales (BOE núm. 65, de 16 de marzo)
- Real Decreto 1450/2000, de 28 de julio, por el que se desarrolla la estructura orgánica básica del Ministerio de Sanidad y Consumo (BOE núm. 181, de 29 de julio)
- Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía (BOE núm. 22, de 26 de enero de 2000)
- Real Decreto 32/1999, de 15 de enero, sobre traspaso de funciones y servicios de la Administración del Estado a la Ciudad de Ceuta, en materia de sanidad (BOE núm. 30, de 4 de febrero)
- Real Decreto 9/1996, de 15 de enero, por el que se regula la selección de los efectos y accesorios, su financiación con fondos de la Seguridad Social o fondos estatales afectos a la sanidad y su régimen de suministro y dispensación a pacientes no hospitalizados (BOE núm. 33, de 7 de febrero)
- Real Decreto 63/1995, de 20 enero 1995, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud (BOE núm. 35, de 10 de febrero)
- Real Decreto 1910/1984, de 26 de septiembre, de receta médica (BOE núm. 259, de 29 de octubre)
- Real Decreto 726/1982, por el que se regula la caducidad y devoluciones de las especialidades farmacéuticas a los laboratorios farmacéuticos (BOE núm. 92, de 17 de abril)
- Real Decreto 2015/1978, de 15 de julio, por el que se regula la obtención de títulos de especialidades médicas (BOE núm. 206 de 29 de agosto)
- Real Decreto 2829/1977, de 6 de octubre por el que se regulan las sustancias y preparados medicinales psicotrópicos, así como la fiscalización e inspección de su fabricación, distribución, prescripción y dispensación (BOE núm. 274 de 16 de noviembre)
- Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social (BOE núm. 154, de 29 de junio)

AUTONÓMICAS

- Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad (BOE núm. 168, de 14 de julio)
- 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 núm. 98, de 24 de abril)
- Real Decreto-ley 20/2011, de 30 de diciembre, de medidas urgentes en materia presupuestaria, tributaria y financiera para la corrección del déficit público (BOE núm. 315, de 31 de diciembre)
- Real Decreto-ley 9/2011, de 19 de agosto, de medidas para la mejora de la calidad y cohesión del sistema nacional de salud, de contribución a la consolidación fiscal, y de elevación del importe máximo de los avales del Estado para 2011 (BOE núm. 200, de 20 de agosto)
- Real Decreto-ley 8/2010, de 20 de mayo, por el que se adoptan medidas extraordinarias para la reducción del déficit público (BOE núm. 126, de 24 de mayo)
- Real Decreto-ley 4/2010, de 26 de marzo, de racionalización del gasto farmacéutico con cargo al Sistema Nacional de Salud (BOE núm. 75, de 27 de marzo)

DIRECTIVA

- Directiva Europea 94/62/CE del Parlamento Europeo y del Consejo relativa a los envases y residuos de envases (DOCE núm. L365 de 31 de diciembre de 1994)

REGLAMENTO

- Reglamento regulador de los centros, servicios y establecimientos sanitarios de la Ciudad de Ceuta (BOCCE núm. 4.209, de 18 de abril de 2003)

RESOLUCIONES

- Resolución de 27 de junio de 2013, del conseller de Sanidad, por la que se establecen los requisitos y el procedimiento para la aplicación del índice corrector del margen de dispensación de las oficinas de

farmacia que se regula en el artículo 2.8 del Real Decreto 823/2008 (DOCV núm. 7.068, de 16 de julio)

- Resolución del 19 de octubre de 2012 de la Dirección General de la Agencia Valenciana de Salud, por la que se actualiza el Anexo II de las Instrucciones Complementarias del 13 de enero de 2010 de la Resolución del 12 de noviembre de 2009, por la que se incluyen determinados medicamentos en la dispensación hospitalaria

- Tabla sobre el Anexo II y actualizaciones de 19 de octubre de 2012 [internet] [acceso 1 de mayo de 2013]. Disponible en: http://publicaciones.san.gva.es/cas/prof/dgf/farmacia/pdf/Tabla_anexo_II_actualizaciones_19_octubre_2012.pdf

- Tabla sobre el Anexo II y actualizaciones de 17 de marzo del 2010 [internet] [acceso 1 de mayo de 2013]. Disponible en: <http://www.san.gva.es/documents/152919/185115/20100317tabla.pdf#blank>

- Resolución de 12 de enero 2012, por la que se da publicidad al Convenio de Colaboración entre la Administración General del Estado y la Comunidad Autónoma de Extremadura, para el desarrollo del Marco de Cooperación Interadministrativa previsto en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre de 2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia y para el establecimiento y financiación del nivel de protección acordado para el ejercicio 2011 (DOE núm. 20, de 31 de enero)

- Resolución, de fecha 27 de enero de 2011, de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, por la que se anuncia la licitación del procedimiento abierto para la contratación del suministro de absorbentes de incontinencia de orina a los usuarios que sean beneficiarios de la prestación farmacéutica del Sistema de la Seguridad Social en los centros residenciales de la Comunidad (BOE núm. 32, de 7 de febrero)

- Resolución de 5 de julio de 2010, del director gerente de la Agencia Valenciana de Salud, mediante la que se dictan instrucciones para la ejecución del Decreto 94/2010, de 4 de junio, por el que se regulan las actividades de ordenación, control y asistencia farmacéutica en los centros sociosanitarios y la atención domiciliaria (DOCV núm.6.313, de 19 de julio)

- Resolución de 11 de marzo del 2010 del Director Gerente de la Agencia Valenciana de Salud, por la que se actualiza el ANEXO II de las Instrucciones Complementarias del 13 de enero del 2010 de la

Resolución del 12 de noviembre del 2009, por la cual se incluyen determinados medicamentos en la dispensación hospitalaria

- Resolución de 22 de junio de 2009, de la Consejería de Bienestar Social y Vivienda, por la que se desarrollan los criterios y condiciones para la acreditación de centros de atención de servicios sociales en el ámbito territorial del Principado de Asturias (BOPA núm. 149, de 29 de junio)

- Resolución de 27 de julio de 2007 de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios para el suministro directo de absorbentes de incontinencia, material fungible y de cura, a los pacientes ingresados en centros sociosanitarios privados en el ámbito de la Comunidad Valenciana

- Resolución de 16 de julio de 2007, del Instituto de Mayores y Servicios Sociales, sobre el procedimiento a seguir para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (BOE núm.175, de 23 de julio)

- Resolución 1581/2004, 6 de octubre, del Director Gerente del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, por la que se autoriza el gasto y se inicia el expediente de adjudicación mediante concurso y procedimiento abierto, para la contratación del suministro y distribución de absorbentes de incontinencia para residencias de 3ª edad y residencias de minusválidos, para 2005 (BON núm.129, de 27 de octubre)

- Resolución de 9 de agosto de 2004 de la Presidencia del Instituto de Atención Social y Sociosanitaria del Cabildo de Gran Canaria, para la adjudicación del Contrato de suministro de absorbentes de incontinencia urinaria para los centros dependientes del Instituto Atención Social (BO de la Provincia de Las Palmas. núm. 97, de 9 de agosto)

- Resolución de 28 de febrero de 2001, del Conseller de Sanidad, por la que se regula la utilización de talonarios de recetas oficiales del Sistema Nacional de Salud, parte de consulta y hospitalización p.10 y hoja de interconsulta por parte de los facultativos médicos de las residencias de atención sociosanitaria públicas, de gestión integral y concertadas (DOGV núm. 3.967, de 27 de marzo)

- Resolución de 26 de agosto de 1987, de la Dirección General del Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO), por la que se regulan los ingresos, traslados y permutas en los Centros Residenciales para la Tercera Edad (BOE núm. 235, 1 de octubre)

- Resolución de 2 de diciembre de 1983, de la Dirección General de Farmacia y Medicamentos, por la que se dictan normas sobre devolución de especialidades farmacéuticas que contienen estupefacientes de la Lista I del Convenio de Estupefacientes de 1961 (BOE núm. 302 de 19 de diciembre)

CONCIERTOS:

- Concierto por el que se fijan las condiciones para la ejecución de la prestación farmacéutica a través de las oficinas de farmacia de Andalucía. 2011
- Convenio de colaboración entre el Departamento de Sanidad y Consumo y el Consejo de Farmacéuticos del País Vasco sobre Receta electrónica de 12 de enero de 2011
- Concierto entre la Consejería de Sanidad y Dependencia, el Servicio Extremeño de Salud y el Consejo de Colegios Profesionales de Farmacéuticos de Extremadura por el que se fijan las condiciones para la ejecución de la prestación farmacéutica a través de oficinas de farmacia y acuerdos de otras prestaciones. 2011
- Concierto entre la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid y el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid por el que se fijan las condiciones para la colaboración de las oficinas de farmacia con el sistema sanitario de la Comunidad de Madrid. 2011
- Protocolo de Actuaciones para un Programa Piloto en materia de Atención Farmacéutica Domiciliaria en el marco del Concierto entre la Conselleria de Sanitat y los Colegios Oficiales de Farmacéuticos de las Provincias de Alicante, Castellón y Valencia por el que se fijan las condiciones para la ejecución de la prestación farmacéutica a través de las Oficinas de Farmacia [Internet] 29 de marzo de 2011 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: http://www.actasanitaria.com/filesset/doc_63103_FICHERO_NOTICIA_305_51.pdf
- Orden de 30 de junio de 2008, del Vicepresidente del Gobierno, por la que se dispone la publicación del Convenio marco de colaboración, entre el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, los Colegios Oficiales de Farmacéuticos de Huesca, de Teruel y de Zaragoza y la Comunidad Autónoma de Aragón, por el que se establecen las líneas generales de actuación en materia de atención farmacéutica y promoción de la salud (BOA núm. 5, de 9 de enero de 2009)

-
- Concierto entre el Servicio Cántabro de Salud y el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Cantabria por el que se fijan las condiciones para la prestación farmacéutica a través de las oficinas de farmacia. 2008
 - Concierto por el que se fijan las condiciones para la ejecución de la prestación farmacéutica a través de las oficinas de farmacia del Principado de Asturias. 2007
 - Concierto entre el Servicio Murciano de Salud y el Colegio Oficial de Farmacéuticos de la Región de Murcia, por el que se determinan las condiciones para la ejecución de la prestación farmacéutica que se realiza a través de las oficinas de farmacia de la Región de Murcia. 2007
 - Concierto por el que se fijan las condiciones para la ejecución de la prestación farmacéutica y la colaboración sanitaria con el Departamento de Sanidad a través de las Oficinas de Farmacia de la C.A.P.V. 2006 (País Vasco)
 - Concierto entre el Servicio Canario de la Salud y los Colegios Oficiales de Farmacéuticos de la Comunidad Autónoma de Canarias, por el que se fijan las condiciones para la ejecución de la prestación farmacéutica a través de las oficinas de farmacia, de 30 de diciembre de 2005
 - Concierto para la prestación farmacéutica en las oficinas de farmacia. Galicia. [internet] 2004 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en:
<http://www.sergas.es/Publicaciones/DetallePublicacion.aspx?IdPaxina=40008&IDCatalogo=1162>
 - Concierto entre la Conselleria de Sanitat y los Colegios Oficiales de Farmacéuticos de las provincias de Alicante, Castellón y Valencia. 2004
 - Concierto entre el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM) y los Colegios Oficiales de Farmacéuticos de Castilla-La Mancha, por el que se fijan las condiciones para la ejecución de la prestación farmacéutica a través de las oficinas de farmacia, de 22 de diciembre de 2003 [internet] [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en:
<http://sescam.castillalamancha.es/profesionales/farmacia/Concierto>
 - Adenda al Concierto suscrito con fecha 22 de diciembre de 2003, entre el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha y los Colegios Oficiales de Farmacéuticos de Castilla-La Mancha
 - Concierto entre la Gerencia Regional de Salud y el Consejo de Colegios Profesionales de Farmacias de Castilla y León, por el que se fijan las condiciones para la ejecución de la prestación a través de las oficinas de farmacia, de diciembre de 2002 [internet] pág.3. Anexo C.

Epígrafe 2. Disponible en [acceso. 1 de abril de 2014]: <http://www.cofsalamanca.com/sacyl.aspx>

- Adenda al convenio por el que se fijan las condiciones para la ejecución de la prestación farmacéutica a través de las oficinas de farmacia, de 27 de noviembre de 2002
- Acuerdo de 13 de mayo de 2002. OFICINAS DE FARMACIA. Aprueba el Acuerdo Marco de condiciones de concertación de las oficinas de farmacia de Navarra (BON núm. 96, de 9 de agosto)
- Concert d'atenció farmacéutica entre el Servei Català de Salut i el Consell de Col·legis Farmacèutics de Catalunya. 1995

SENTENCIAS

- Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Valenciana. (Sala de lo Contencioso-Administrativo. Sección 5ª). Sentencia núm. 87/2013, de 28 de febrero de 2013
- Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Valenciana (Sala de lo Contencioso-Administrativo. Sección 5ª). Sentencia núm. 15/2013, de 8 de enero de 2013
- Tribunal Supremo. (Sala de lo penal. Sección 1ª). Sentencia núm. 58/2013, de 31 de enero
- Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Valenciana. (Sala de lo Contencioso-Administrativo. Sección 5ª). Sentencia núm. 345/2012, de 26 de junio de 2012
- Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Valenciana. (Sala de lo Contencioso-Administrativo. Sección 5ª). Sentencia núm. 332/2012, de 19 de junio de 2012.
- Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Valenciana. (Sala de lo Contencioso-Administrativo. Sección 5ª). Sentencia núm. 180/2012, de 13 de marzo de 2012
- Tribunal Supremo Sala de lo Contencioso-Administrativo. Sección 4ª. Sentencia de 12 de marzo de 2008
- Tribunal Supremo. (Sala de lo Penal, Sección 1ª). Sentencia núm. 1307/2006, de 22 diciembre. STS 1307/2006 de 22 diciembre.
- Tribunal Superior de Justicia de la Comunidad Valenciana (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 3ª). Sentencia núm. 768/2005 de 29 de abril
- Tribunal Supremo (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 4ª). Sentencia de 10 febrero 2005
- Tribunal Supremo (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 7ª). Sentencia de 19 de julio de 2004

-
- Tribunal Supremo Sala III de lo Contencioso-Administrativo. Sentencia de 25 de mayo de 2004
 - Tribunal Superior de Justicia de Comunidad Valenciana (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 2ª). Sentencia núm. 1294/2002 de 18 de octubre
 - Tribunal Constitucional (Pleno). Sentencia núm. 152/2003 de 17 julio
 - Tribunal Superior de Justicia de Navarra (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección Única). Sentencia núm. 613/2001 de 17 abril
 - Tribunal Supremo (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 4ª). Sentencia núm. 297/1996, de 9 de febrero 1999. STS 297/1996 de 9 de febrero
 - Tribunal Supremo (Sala de lo Contencioso-Administrativo, Sección 4ª). Sentencia de 16 de febrero 1999

RECURSOS

- Recurso de inconstitucionalidad núm.822/2011, en relación a los artículos 1 a 4 y disposiciones adicionales primera y segunda de la Ley de Galicia 12/2010, de 22 de diciembre, de racionalización del gasto en la prestación farmacéutica de la Comunidad Autónoma de Galicia. Providencia. Tribunal Constitucional (BOE núm. 62 de 14 de marzo de 2011)

COMPETENCIA

- Audiencia Nacional. (Sala de lo contencioso-Administrativo. Sección 6ª). Sentencia de 6 junio de 2012.
- Tribunal de Defensa de la Competencia de la Comunidad de Madrid. Resolución núm. 02/2010 de 22 diciembre. TCCM, 22 diciembre 2010
- Resolución de la Comisión Nacional de la Competencia. Expte. 639/08 Colegio Farmacéuticos Castilla-La Mancha. Madrid a, 14 de abril de 2009

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

1. ABELLÁN F. Baremo único y equiparación de experiencia. CORREO FARMACÉUTICO [Internet] 29 de noviembre de 2010 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.correofarmaceutico.com/2010/11/29/opinion-participacion/tribunas/tribuna-baremo-unico-y-equiparacion-de-experiencia>
2. ABELLÁN GARCÍA A, AYALA GARCÍA A. Un perfil de las personas mayores en España, 2012. Indicadores estadísticos básicos. [Internet] IMSERSO; 2001 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/pm-indicadoresbasicos12.pdf>
3. ABELLÁN GARCÍA A, PÉREZ ORTIZ L, SANCHO CASTIELLO MT. Las personas mayores en España, 2013. Indicadores básicos [Internet] IMSERSO; 2001 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos13.pdf>
4. ACEDO F. Expertos demandan la implicación del farmacéutico hospitalario en el cuidado de los pacientes residentes en centros sociosanitarios. NOTICIAS DE SALUD [Internet] 28 de noviembre de 2008 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://noticiadesalud.blogspot.com.es/2008/11/expertos-demandan-la-implicacin-del.html>
5. ADEFARMA Y FENOFAR. Posibilidades de actuación para las farmacias ante la bajada de precio que afecta a los absorbentes de incontinencia como consecuencia del RD-Ley 8/2010. Informe sobre el tratamiento legal de los absorbentes de incontinencia en relación a los productos sanitarios [Internet] 2 de septiembre de 2010 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.edefarma.es/docs/INFORME-DICTAMEN%20FENOFAR%20SOBRE%20ABSORBENTES.pdf>
6. AEMPS. Buenas prácticas de Farmacovigilancia del Sistema Español de Farmacovigilancia de Medicamentos de Uso Humano [AEMPS] 2000 [actualizado el 17 de septiembre de 2002];

- acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: http://www.aemps.gob.es/vigilancia/medicamentosUsoHumano/docs/BPFV-SEFV_octubre-2008.pdf
7. AERTE pide reducir el IVA al 4% en el sector sanitario para fomentar el ahorro y la implantación de la ley. EP [periódico en Internet] Valencia; 3 de octubre de 2009 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.aerte.es/Documentos/Actualidad/390.pdf>
 8. AGE PLATFORM EUROPE. Older people also suffer because of the crisis. [Internet]. 2012 [acceso 30 de abril de 2013]. Disponible en: <http://www.age-platform.eu/images/stories/EN/olderpeoplealsosufferbcofthecrisis-en.pdf>
 9. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Recomendaciones de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Conservación y caducidad de medicamentos y productos sanitarios (nº 2) [Internet] [acceso 29 de mayo de 2012]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/recomendaciones/centros/R02_Conservacion_medicamentos_CyUS.pdf
 10. Agencia Estatal AEMPS. Memoria de actividades de la AEMPS-2011 [monografía en Internet]. Madrid: Agencia Estatal AEMPS. 2012 [acceso 1 de abril de 2014] Disponible en: <http://www.aemps.gob.es/laAEMPS/memoria/docs/memoria-2011.pdf>
 11. ALFARO LATORRE M. Sistema Nacional de Salud de España, 2010. [Monografía en Internet]. Madrid: MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL. CENTRO DE PUBLICACIONES. 2010 [acceso 17 de mayo de 2012]. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/docs/sns2010/Principal.pdf>
 12. ALIANZA GENERAL DE PACIENTES. Nota de prensa. ESP [Internet] 14 de enero de 2013 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: http://www.alianzadepacientes.org/agp/comunicados/0097_1_-_14_de_enero_de_2013/No%20se%20debe%20anteponer%20los%20intereses%20economicos%20a%20los%20de%20interes%20p%C3%BAblico.pdf
 13. ALONSO OLAIZ E. La descentralización y desconcentración de los servicios sociales en Cataluña. ZERBITZUAN nº 14/91. [revista en

-
- Internet] 1991 [acceso 22 de mayo de 2012] (14): [p.39-43]. Disponible en: http://dialnet.unirioja.es/servlet/fichero_articulo?codigo=2699720
14. ALÓS ALMIÑANA M, BONET DEÁN M. Análisis retrospectivo de los acontecimientos adversos por medicamentos en pacientes ancianos en un centro de salud de atención primaria. Atención primaria [revista en Internet] 2008 [acceso 1 de abril de 2014]; 40 (2): [75-80]. Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/atencion-primaria-27/analisis-retrospectivo-los-acontecimientos-adversos-medicamentos-pacientes-13116153-originals-2008>
 15. ALTISENT R, BERNAL E, BURGOS I, CASTELLÓN E, CONDE J, GUTIÉRREZ R, HERNANSANZ F, MAYOL J, REPULLO JR, VIDAN L. [Profesión médica y reforma sanitaria. Propuestas para una acción inmediata](#). ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL [Internet] 2012 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/profesion_medica_reforma_sanitaria.pdf
 16. ALVAREZ LUNA F. Farmacoepidemiología. Estudios de Utilización de Medicamentos. Parte I: Concepto y metodología. SEGUIM FARMACOTER [revista en Internet] 2004 [acceso 1 de abril de 2014]; 2(3): [129-136]. Disponible en: <http://www.cjpf-es.org/sft/vol-02/129-136.pdf>
 17. ANDRÉS-PIZARRO. Desigualdades en los servicios de protección de la dependencia para personas mayores. GAC. SANIT. [revista en Internet] 2004 [acceso 21 de mayo de 2012] 18 Supl 1: [126-31]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112004000400020&script=sci_arttext
 18. ARGANDA C. La central de compras causa incertidumbre en la industria. EL GLOBAL.net [periódico en Internet] 8 de abril de 2011 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.elglobal.net/articulo.aspx?idart=531736&idcat=642&ipo=2>
 19. ARNAU RIPOLLÉS S y TOBOSO MARTÍN M. . La "IN-dependencia": un nuevo derecho de ciudadanía. Una cuestión de Derechos Humanos [Internet] CSIC. XVII Congrès Valencià de Filosofia. Valencia: 6-8 de marzo de 2008 [acceso 22 de mayo de 2012]

- [149-162]. Disponible en: http://www.uv.es/sfpv/congresos_textos/congres17.pdf
20. ARTELLS I HERRERO JJ, PEIRÓ S, MENEU DE GUILLERNA R, SERRAT I SESÉ JS. Visión de la crisis de la sanidad pública en España. Análisis Prospectivo Delphi. Fundación Salud, Innovación y Sociedad [Internet] 2012 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: http://www.actasanitaria.com/fileset/file_Informe_Final_64377.pdf
21. ASGHAR ZAIDI. Características y retos del envejecimiento de la población: la perspectiva europea. En: MSPS, IMSERSO. Documentos internacionales. Envejecimiento de la población europea: la felicidad, la protección de la dignidad y el envejecimiento saludable. Boletín sobre el envejecimiento. Perfiles y tendencias. [Internet] Madrid: MSPS; 2008 [acceso 21 de mayo de 2012] (37). Disponible en: <http://www.imfersomayores.csic.es/documentos/documentos/boletinsobreenvejec37.pdf>
22. ASOCIACIÓN NOVA HERDANZA. Compendio sobre prestaciones sociales para personas mayores en Galicia [Internet] Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2007 [acceso 10 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/097549.pdf>
23. Atepharma añade a su cartera de servicios la asistencia farmacéutica domiciliaria, gratuita para el paciente. CORREO FARMACÉUTICO [periódico en Internet] 12 de marzo de 2012 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.correofarmaceutico.com/2012/03/12/gestion/atepharma-anade-cartera-dservicios-asistencia-farmaceutica-domiciliaria-gratuita-paciente>
24. BAIXAULI V y SATUÉ E. Razones para cambiar el sistema retributivo. CORREO FARMACÉUTICO [Internet] 18 de octubre de 2010 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.correofarmaceutico.com/2010/10/18/opinion-participacion/tribunas/razones-para-cambiar-el-sistema-retributivo>
25. BARBERÁ GONZÁLEZ T et al. Prestación farmacéutica en centros sociosanitarios de la Comunitat Valenciana. Periodo: enero –

-
- junio 2008 vs enero – junio 2009. REVISTA DE PRESTACIÓN FARMACÉUTICA Y ORTOPROTÉSICA [revista en Internet] 2010 [acceso 27 de mayo de 2011] II (6): <http://www.san.gva.es/cas/prof/dgf/farmacia/pdf/prestacion06.pdf>
26. BARBERÁ GONZÁLEZ T et al. Prestación farmacéutica en centros sociosanitarios de la Comunitat Valenciana. Situación actual. REVISTA DE PRESTACIÓN FARMACÉUTICA Y ORTOPROTÉSICA [revista en Internet] 2009 [acceso 29 de mayo de 2012] I (3). Disponible en: <http://www.san.gva.es/cas/prof/dgf/farmacia/pdf/20091001Prestacion03.pdf>
27. BARRIGA MARTÍN LA, BREZMES NIETO MJ, GARCÍA HERRERO GA, RAMÍREZ NAVARRO JM. X Dictamen del Observatorio. Enero 2013. Informe sobre el desarrollo y evaluación territorial de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia [monografía en Internet]. Asociación estatal de directores y gerentes en servicios sociales; 2013 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.directoressociales.com/images/x%20dictamen%20.pdf>
28. Base legal de la Atención Farmacéutica. ESP [Internet] 2013 [acceso 1 de abril de 2014] Disponible en: <http://www.iuspharmacopolis.es/comprimidos/20-base-legal-de-la-atencion-farmaceutica-en-las-oficinas-de-farmacia>
29. BEL E Y SUÑÉ JM. Existencias mínimas en farmacias. OFFARM [revista en Internet] 2002 [acceso 1 de abril de 2014] 21(8): [151-160]. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pident_articulo=13035876&pident_usuario=0&pident_revista=4&fichero=4v21n08a13035876pdf001.pdf&ty=33&accion=L&origen=doymafarma&web=www.doymafarma.com&lan=es
30. BENACH J, TARAFÁ G, MUNTANER C. El copago es inequitativo, injusto y evitable. Cartas a la directora. GAC SANIT. [Internet] 2012 [acceso 30 de abril de 2013]; 26(5):490-493. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/gaceta-sanitaria-138/el-copago-es-inequitativo-injusto-evitable-90151431-cartas-directora-2012>

31. BENACH J, TARAFÁ G, MUNTANER C. El copago sanitario y la desigualdad: ciencia y política. GAC SANIT. [Internet] 2012 [acceso 30 de abril de 2013]; 26(1):80-2. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pident_articulo=90097059&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=138&ty=66&accion=L&origen=zonadelectura&web=http://zl.elsevier.es&lan=es&fichero=138v26n01a90097059pdf001.pdf
32. BERMÚDEZ-TAMAYO C, ESPIN J. Políticas and the European Financial Crisis: Restrictions in Spain's Portfolio of Services. EUR J PUBLIC HEALTH [Internet] 8 julio 2012 [acceso 4 de mayo de 2013]. Disponible en: http://eurpub.oxfordjournals.org/content/22/1/2/reply#eurpub_el_368
33. BLANES A, GIL F y PÉREZ D. Población y actividad en España: evolución y perspectivas. [monografía en Internet]. BARCELONA, SERVICIO DE ESTUDIOS DE "LA CAIXA", 1996 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://digital.csic.es/bitstream/10261/5581/1/PerezEsp1996.pdf>
34. BOE [Internet] Madrid: Agencia estatal Boletín Oficial del Estado. Estatutos de Autonomía [acceso 21 de mayo de 2012]. Disponible en: http://www.boe.es/aeboe/consultas/enlaces/estatutos_autonomia.php
35. BOSCH PRÍNCIP M y CLARAMUNT BIELSA MM. Previsión social pública. Prestaciones en el Régimen de la Seguridad Social. nº 54 [monografía en Internet] 5ª ed. Universidad de Barcelona. COLECCIÓN DE PUBLICACIONES DEL DEPARTAMENTO DE MATEMÁTICA, ECONÓMICA, FINANCIERA Y ACTUARIAL: BOSCH PRÍNCIP. M Y CLARAMUNT BIELSA M.M. 2005 [acceso 21 de mayo de 2012]. Disponible en: <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/366/1/136.pdf>
36. BUSTELO M. Cantabria culmina la implantación de la receta electrónica en atención primaria. CORREO FARMACÉUTICO [Internet] 5 de enero de 2012 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.correofarmacutico.com/2012/01/05/al-dia/profesion/cantabria-culmina-la-implantacion-de-la-receta-electronica-en-atencion-primaria>

-
37. BUSTELO M. Competencia ve ilegal la rotación en la dispensación a residencias. CORREO FARMACÉUTICO [periódico en Internet] 27 de abril de 2009 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.correofarmaceutico.com/2009/04/27/al-dia/profesion/competencia-ve-ilegal-rotacion-dispensacion-residencias>
38. BUSTELO MF. Galicia analiza con sus COF posibles demoras en el pago. CORREO FARMACÉUTICO [periódico en Internet] 10 de octubre de 2011 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.correofarmaceutico.com/2011/10/10/al-dia/profesion/galicia-analiza-con-sus-cof-posibles-demoras-en-el-pago>
39. BUSTELO MF. 21 millones más para polimedicados y crónicos que ya se ven "insuficientes". CORREO FARMACÉUTICO [periódico en Internet] 6 de junio de 2011 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.correofarmaceutico.com/2011/06/06/al-dia/profesion/21-millones-mas-para-polimedicados-y-chronicos-que-ya-se-ven-insuficientes>
40. CABRA DE LUNA MA. Discapacidad y aspectos sociales: la igualdad de oportunidades, la no discriminación y accesibilidad universal como ejes de una nueva política a favor de las personas con discapacidad y sus familias. Algunas consideraciones en materia de protección social. REVISTA MTAS [revista en Internet] 2004 [acceso 22 de mayo de 2012] (50): [p.21-46] Disponible en: http://www.empleo.gob.es/es/publica/pub_electronicas/destacadas/revista/numeros/50/Est02.pdf
41. CÁRDENAS VALLADOLID J et al. Implantación y mejora de un programa de atención al mayor polimedicado en un área de atención primaria. REV CALIDAD ASISTENCIAL. 2009; 24(1): págs. 28 y ss.
42. CARRASCOSA BERMEJO D, CARRILLO MÁRQUEZ D, LÓPEZ ÁLVAREZ MJ y LÓPEZ DE MIGUEL P. Protección social de los mayores: la jubilación. Puntos críticos. [Monografía en Internet]. Estudio resultante del proyecto de investigación financiado por el MINISTERIO DE TRABAJO E INMIGRACIÓN (SECRETARÍA DE ESTADO DE SEGURIDAD SOCIAL, Subvención para el Fomento de

- la investigación sobre protección social FIPROS 2007/44. 2008 [acceso 1 de abril de 2014]; pág. 8 y ss.. Disponible en: <http://www.seg-social.es/prdi00/groups/public/documents/binario/119791.pdf>
43. CARRERA-HUESO FJ, GIRÁLDEZ J. Estructuras de soporte en la toma de decisiones farmacoterapéuticas: el farmacéutico. FARM HOSP [revista en Internet] 1995 [acceso 1 de abril de 2014] 19 (3): [169-173]. Disponible en: http://www.sefh.es/revistas/vol19/n3/169_173.PDF
 44. CASADO MARÍN D. Los efectos del envejecimiento demográfico sobre el gasto sanitario: mitos y realidades. GAC SANIT [Internet]. 2000 [acceso 18 de mayo de 2012]; 15 (2): [154-163]. Disponible en: http://www.aes.es/Publicaciones/AES_Informe_tecnico_6.pdf
 45. CASADO PÉREZ D. La dependencia funcional y sus abordajes. En: Casado Pérez, D. Respuestas a la dependencia. Madrid, EDITORIAL CCS, 2004. págs. 34-35.
 46. CASINO G. Spanish health cuts could create "humanitarian problem". THE LANCET [revista en Internet] 2012 [acceso 1 de abril de 2014]; 379, (9828): 1777. Disponible en: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)60745-4/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)60745-4/fulltext)
 47. CASTRO I, GÁMEZ M. Historia clínica. En: Gamundi Planas, M.C. FARMACIA HOSPITALARIA. Tomo I [monografía en Internet] 3ª ed. SEFH; 2002 [acceso 1 de abril de 2014]; [295-306]. Disponible en: www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo1/cap22.pdf
 48. Centro de Información y Evaluación de Medicamentos y Productos Sanitarios de la Región de Murcia. BOLETÍN DE FARMACOVIGILANCIA DE LA REGIÓN DE MURCIA [Internet] 2006 [acceso 1 de abril de 2014]; (1). Disponible en: <http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/103333-BOLETIN20FV1.pdf>
 49. CEOFA. Estudio para la contención del gasto de medicamentos en Andalucía y sostenibilidad de la farmacia andaluza [monografía en internet] CEOFA; 2010 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: http://www.fefe.com/ESTUDIO%20REVISADO%20E_GRANDA%20CEOFA.pdf

-
50. CGCOF. Atención Farmacéutica Domiciliaria. Documento Marco del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos [Internet] CGCOF; 2006. [acceso 31 de mayo de 2012]. Disponible en: http://www.portalfarma.com/inicio/atencionfarmaceutica/pacientedependiente/Documents/at_farma_domiciliaria.pdf
 51. CGCOF. Factura de Medicamentos y Productos Sanitarios del Sistema Nacional de Salud (SNS) dispensados a través de las Oficinas de Farmacia. Enero 2013. BOLETÍN ESTADÍSTICO [Internet] Diciembre de 2013 [acceso 3 de noviembre de 2013]. Disponible en: http://profesionales.farmaceuticosdesevilla.es/opencms/export/sites/default/Proyecto/proyecto/RICOFS/Circulares/Circulares2014/120_2014.pdf
 52. CGCOF. PORTALFARMA. Información estadística. Medicamentos y farmacia en cifras 2012. [Internet] 12 de julio de 2013 [acceso 3 de noviembre de 2013]. Disponible en: <http://www.portalfarma.com/Profesionales/infoestadistica/Documents/Medicamentos-Farmacia-Cifras-2012.pdf>
 53. CHUMNEY EC, ROBINSON LC. The effects of pharmacist interventions on patients with polypharmacy. PHARMACY PRACTICE [revista en Internet] 2006 [acceso 24 de mayo de 2012]; 4(3): [103-109]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/pdf/pharmacy/v4n3/en_revision.pdf
 54. Consejo de Europa. Comité de Ministros. Resolución ResAp (2001) 2 relativa al papel del farmacéutico en el marco de la seguridad de la salud. PHARM CARE ESP 2001; 3: 216-222.
 55. Circular 34/1987, de 21 de diciembre, de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios, sobre adquisición de materias primas estupefacientes.
 56. CODOÑER LÓPEZ P et al. Establecimiento de un único modelo de atención farmacéutica en los centros sociosanitarios de la Comunidad Valenciana. FAP. 2005; 3(3): 73-79.
 57. COF Cáceres. Procedimiento normalizado de trabajo. Sistema Personalizado de Dosificación elaborado por el Colegio de Farmacéuticos de Cáceres. [Internet] COF Cáceres; 2009 [revisión en 2011; acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://cofcaceres.portalfarma.com/DocumentosDpto/Ofarmaci>

- [a/PNT-GEN-POLIMEDICADO%20-%202001%20SISTEMA%20DOSIFICACI%C3%93N%20PERSONALIZADO.pdf](#)
58. COF Vizcaya. Manual de Procedimientos. Procedimiento del Sistema Personalizado de Dosificación (SPD). Farmacia Osasun. P-SPD Rev: 1. [Internet] Vizcaya; 2003 [acceso 1 de abril de 2014] 13 (3). Disponible en: [http://www2.cofbizkaia.net/COFBI/publicaciones.nsf/vwVigentesArea/E69AF3433C71B9DAC1256FE90062D018/\\$File/argibideak%20V13%20N3.pdf?OpenElement](http://www2.cofbizkaia.net/COFBI/publicaciones.nsf/vwVigentesArea/E69AF3433C71B9DAC1256FE90062D018/$File/argibideak%20V13%20N3.pdf?OpenElement)
 59. Col.legi de Farmacèutics de Barcelona. Programa SPD: Sistema Personalizado de Dosificación [Internet] Col.legi de Farmacèutics de Barcelona [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.farmaceuticonline.com/es/farmacias/servicios-adicionales/662>
 60. Col.legi de Farmacèutics de la Província de Barcelona. Sistema Personalizado de Dosificación. Protocolo realizado y registrado por el Colegio Oficial de Farmacéuticos de la Provincia de Barcelona [Internet] [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.anota.es/images/stories/protocoloactuacionspd.pdf>
 61. Comisión Central de Deontología de la Organización Médica Colegial. Informe de la OMC sobre "La libertad de prescripción del médico" [Internet] 25 de febrero de 2011 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.comsalamanca.es/comsal/Documentos%20de%20inter%20E9s/Profesional-laboral>
 62. Comisión de las Comunidades Europeas. Comunicación de la comisión al Consejo, al Parlamento Europeo, al Comité Económico y Social y al Comité de las Regiones. COM (2001) 723 final de 5 de diciembre de 2001 [Internet] Bruselas [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2001:0723:FIN:ES:PDF>
 63. Comunidad de Madrid [Internet] Agencia para la Formación, Investigación y Estudios Sanitarios de la Comunidad de Madrid Pedro Laín Entralgo [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?c=Page&cid=1109266101058&idConsejeria=1109266187266&idListConsj=1109265444710&idOrg>

[anismo=1109266228196&pagename=ComunidadMadrid%2FEstrutura&sm=1109266101058](http://www.coe.int/t/e/social_cohesion/soc-sp/Rec(2006)5%20Spain.pdf)

64. Consejo de Europa. Recomendación Rec (2006) 5 del Comité de Ministros a los Estados miembros sobre el Plan de Acción del Consejo de Europa para la promoción de derechos y la plena participación de las personas con discapacidad (2006-2015) [Internet] Consejo de Europa [acceso 18 de mayo de 2012]. Disponible en: [http://www.coe.int/t/e/social_cohesion/soc-sp/Rec\(2006\)5%20Spain.pdf](http://www.coe.int/t/e/social_cohesion/soc-sp/Rec(2006)5%20Spain.pdf)
65. Convenio de colaboración para la mejora del uso de la medicación en personas atendidas por los servicios de ayuda domiciliaria entre el Departamento de Sanidad y los Colegios Oficiales del País Vasco [Internet] 25 de febrero de 2009 [acceso 31 de mayo de 2012]. Disponible en: http://www.osatzen.com/ficheros/ConvenioAyudaDomiciliaria2009_17.tmp.pdf
66. CRESPILO-GARCÍA, E., et al. Conocimientos, percepciones y actitudes que intervienen en la adherencia al tratamiento en pacientes ancianos polimedicados desde una perspectiva cualitativa. Revista de Calidad Asistencial [revista en Internet] 2013 [acceso 10 de abril de 2014] 28 (1): 56-62. Disponible en: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1134282X12001327?via=sd>
67. DE ANDRÉS LÁZARO, AM, et al. Evaluación de los acontecimientos adversos a medicamentos originados en el servicio de urgencias. Emergencias, 2013, vol. 25, págs. 361-367.
68. Declaración de la Organización Médica Colegial sobre la Atención Farmacéutica [Internet] [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/declaracion_omc_atencion_farmacautica.pdf
69. DE LORENZO GARCÍA R. Fundamentación constitucional y fortalezas/debilidades de la nueva ordenación legal de la dependencia con especial referencia a la discapacidad. REVISTA MTAS [revista en Internet] 2006 [acceso 22 de mayo de 2012] (65): [81-87]. Disponible en: http://www.empleo.gob.es/es/publica/pub_electronicas/destacadas/revista/numeros/65/Est06.pdf

70. DELGADO SILVEIRA E et al. Prescripción inapropiada de medicamentos en los pacientes mayores: los criterios STOPP/START. REV. ESP. GERIATR. GERONTOL. [revista en Internet]; 2009 [acceso 1 de abril de 2014]; 44 (5): [273-279]. Disponible en: http://rincondocentemfyc.files.wordpress.com/2011/12/stopp_start_espanol.pdf
71. DGFPS. Programa de Atención al Mayor Polimedicado. Para la mejora en la utilización de los medicamentos [monografía en Internet] Madrid: DGFPS; 2006 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Content-disposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=file name%3DMayor+polimedicado.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSalud&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1220370012917&ssbinary=true>
72. DIARIO CRÍTICO/AGENCIAS. Nuevo 'tijeretazo' del 47% a la ayuda a la Dependencia. [periódico en internet] 30 de septiembre de 2013 [acceso 8 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.diariocritico.com/economia/ley-de-dependencia/presupuestos-generales-2014/443173>
73. Dictamen jurídico del Bufete F. Acedo S.C. Abogados. Asesores jurídicos de SAFH [Internet] 2009 [acceso 29 de mayo de 2012]. Disponible en: <http://www.safh.org/imagenes/interes/DICTAMEN%20jur%C3%ADdico%20PLATAFORMA%20provincial%20SAFH.pdf>
74. Dirección General de Empleo, Asuntos Sociales e Igualdad de Oportunidades. Atención a largo plazo en la UE [Internet] Luxemburgo: Dirección General de Empleo, Asuntos Sociales e Igualdad de Oportunidades; 2008 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=750&furtherPubs=yes&langId=es&pubId=203&type=2>
75. DISCAPNET [sede Web]* Fundación ONCE; 2012 [acceso 10 de febrero de 2013]. Otros temas: Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la ley de autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (BOE 15/12/2006). Disponible en: <http://www.discapnet.es/Castellano/areastematicas/derechos/T>

usderechosafondo/OtrosTemas/Paginas/Ley%2039-2006.aspx?pagina=2

76. Disposición adicional sexta de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. Programa de mejora de la calidad en la atención a pacientes crónicos polimedcados para 2010 e informe relativo al Programa de mejora de la calidad en la atención a pacientes crónicos polimedcados para 2010 e informe relativo al Programa de desarrollo de políticas de cohesión sanitaria, de formación para facultativos médicos, odontólogos, farmacéuticos y enfermeros, y de educación sanitaria de la población para favorecer el uso racional de los medicamentos [Internet] Madrid; 2010 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: http://www.actasanitaria.com/fileset/doc_54319_FICHERO_NOTI_CIA_26468.pdf
77. Documento sobre el control y la distribución de medicamentos en hospitales [Internet] SEFH [acceso 29 de mayo de 2012]. Disponible en: http://evirtual.uaslp.mx/FCQ/farmaciahospitalaria/Documents/control_y_distrib_sefh.pdf
78. EGEA GARCÍA C y SARABIA SÁNCHEZ A Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad. Boletín del Real Patronato sobre Discapacidad [Internet] 2001 [acceso 18 de mayo de 2012] (50): [15-30]. Disponible en: http://usuarios.discapnet.es/disweb2000/art/clasificacionesOMS_Discapacidad.pdf
79. El gasto farmacéutico cerró con "solo" un crecimiento del 4,47% en 2009, ¿de verdad? Hemos leído.... [Internet] 28 de enero de 2010 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.hemosleido.es/?p=837>
80. El Gregorio Marañón instala un 'cajero automático' de medicamentos para pacientes con enfermedades crónicas [Internet] DEIA. Estado-Mundo; 21 de Abril de 2013 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.deia.com/2013/04/21/sociedad/estado/el-gregorio-maranon-instala-un-cajero-automatico-de-medicamentos-para-pacientes-con-enfermedades-cronicas->

81. El programa de revisión de historiales farmacéuticos ahorra 9 millones de euros. [Internet] elperiodic.com; 7 de marzo de 2014 [acceso 20 de abril de 2014]. Disponible en: http://www.elperiodic.com/noticias/290169_programa-revision-historiales-farmaceticos-ahorra-millones-euros.html
82. El TSJA niega a Andalucía competencias en farmacia. REDACCIÓN MÉDICA [revista en Internet] 18 de marzo de 2014 [acceso 20 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.redaccionmedica.com/noticia/el-tsja-niega-a-andalucia-competencias-en-farmacia-5109>
83. EQUIPO ENVEJECIMIENTO EN RED. Departamento de Población, Instituto de Economía, Geografía y Demografía. Centro de ciencias Humanas y Sociales, CSIC. Estadísticas sobre residencias: Distribución de centros y plazas residenciales por provincia. Datos de diciembre de 2012 [internet] 1 de marzo de 2013 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-estadisticasresidencias2012.pdf>
84. ESPARZA CATALÁN C, ABELLÁN GARCÍA A. La discapacidad en Europa. [Internet]. Madrid: PORTAL MAYORES, INFORMES PORTAL MAYORES; 29 de septiembre de 2009, versión 3. [acceso 1 de abril de 2014] (93). Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/pm-disca-en-europa-2006-v3.pdf>
85. ESPÍN J, BERMÚDEZ-TAMAYO C. Reforming drug co-payments in Spain: One step forward, two steps back. BMJ [revista en Internet] 3 Julio 2012 [30 de diciembre de 2012]. Disponible en: <http://www.bmj.com/content/343/bmj.d7973/rr/592489>
86. Europa.eu [sede Web]. Europa.eu [acceso 21 de mayo de 2012] Consejo de la Unión Europea. Comunicado de Prensa. Sesión nº 3053 del Consejo. Empleo, Política Social, Sanidad y Consumidores. Bruselas, 6 y 7 de diciembre de 2010. 17323/1/10 REV 1. (OR. en). PRESSE 331. PR CO 43. Disponible en: http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressdata/es/lsa/120831.pdf
87. Europa.eu [sede Web]. Europa.eu [acceso 21 de mayo de 2012] Consejo de la Unión Europea. Comunicado de Prensa. Sesión nº 3131 del Consejo. Empleo, Política Social, Sanidad y

-
- Consumidores. Bruselas, 1 y 2 de diciembre de 201117943/11. (OR. en). PRESSE 471. PR CO 75. Disponible en: http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressData/es/lsa/127167.pdf
88. Europa.eu [sede Web] Europa.eu [acceso 21 de mayo de 2012] Consejo Europeo de Barcelona. Conclusiones de la Presidencia. 15 y 16 de marzo de 2002. SN 100/2/02 REV 2 (es). Disponible en: http://www.consilium.europa.eu/ueDocs/cms_Data/docs/pressData/es/ec/70829.pdf
89. Europa.eu [sede Web] Europa.eu [acceso 21 de mayo de 2012] Consejo Europeo de Bruselas. Conclusiones de la Presidencia. 13 y 14 de marzo de 2008. Disponible en: http://www.consilium.europa.eu/ueDocs/cms_Data/docs/pressData/es/ec/99415.pdf
90. Europa.eu [sede Web] Europa.eu [acceso 21 de mayo de 2012] Consejo Europeo de Bruselas. Conclusiones de la Presidencia. 19 y 20 de marzo de 2009. 7880/1/09 REV 1. Disponible en: http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressData/es/ec/106815.pdf
91. Europa.eu [sede Web] Europa.eu [acceso 21 de mayo de 2012] Consejo Europeo de Bruselas. Conclusiones de la Presidencia. 20 y 21 de marzo de 2003. 8410/03 jrb/BAM/er. Disponible en: http://www.consilium.europa.eu/ueDocs/cms_Data/docs/pressData/es/ec/75142.pdf
92. Europa.eu [sede Web] Europa.eu [acceso 21 de mayo de 2012] Consejo Europeo de Bruselas. Conclusiones de la Presidencia. 23 y 24 de marzo, de 2006. 7775/1/06 REV. Disponible en: http://www.consilium.europa.eu/ueDocs/cms_Data/docs/pressData/es/ec/89026.pdf
93. Europa.eu [sede Web] Europa.eu [acceso 21 de mayo de 2012] Consejo Europeo de Gotemburgo. Conclusiones de la Presidencia. 15 y 16 de junio de 2001. SN 200/1/01 REV 1. Disponible en: http://www.consilium.europa.eu/ueDocs/cms_Data/docs/pressData/es/ec/00200-r1.es1.pdf
94. Europa.eu [sede Web] Europa.eu [acceso 21 de mayo de 2012] Consejo Europeo de Laeken. Conclusiones de la Presidencia. 14 y 15 de diciembre de 2001. SN 300/1/01 REV 1 (es). Disponible en:
-

- http://www.consilium.europa.eu/ueDocs/cms_Data/docs/pressData/es/ec/68832.pdf
95. Europa.eu [sede Web] Europa.eu [acceso 21 de mayo de 2012] Consejo Europeo de Lisboa. Conclusiones de la Presidencia. 23 y 24 de marzo de 2000. Disponible en: http://www.europarl.europa.eu/summits/lis1_es.htm
 96. Europa.eu [sede Web]. Europa.eu [acceso 10 de abril de 2014] Consejo de la Unión Europea. Comunicado de Prensa. Bruselas, 13/14 de diciembre de 2012. (OR. en). EUCO 205/12. CO EUR 19. CONCL 5. Disponible en: http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressData/es/ec/134371.pdf
 97. Europa.eu [sede Web]. Europa.eu [acceso 10 de abril de 2014] Consejo de la Unión Europea. Comunicado de Prensa. Bruselas, 8 de mayo de 2012 (OR. en). EUCO 4/3/12. REV 3. CO EUR 2. CONCL 1. Disponible en: http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressData/es/ec/128560.pdf
 98. Europa.eu [sede Web]. Europa.eu [acceso 10 de abril de 2014] Consejo de la Unión Europea. Comunicado de Prensa. Bruselas, 14 de marzo de 2013. (OR. en). EUCO 23/13. CO EUR 3. CO_CL 2. Disponible en: http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressData/es/ec/136159.pdf
 99. Europa.eu [sede Web]. Europa.eu [acceso 10 de abril de 2014] Consejo de la Unión Europea. Comunicado de Prensa. Bruselas, 21 de marzo de 2014. (OR. en). EUCO 7/1/14. REV 1. CO EUR 2. CO_CL 1. Disponible en: http://www.consilium.europa.eu/uedocs/cms_data/docs/pressData/es/ec/141755.pdf
 100. Europa.eu [sede Web] Europa.eu [acceso 21 de mayo de 2012] Funcionamiento de la UE. Instituciones y organismos de la UE. Disponible en internet: http://europa.eu/institutions/index_es.htm
 101. European Commission. [Internet] [s.l.] [actualización 4 de octubre de 2010; acceso 1 de abril de 2014]. Eurostat. Access to microdata. European Union Statistics on Income and Living Conditions. Disponible en: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/microdata/documents/EN-EU-SILC-MICRODATA.pdf>

-
102. EUROPEAN COMMISSION. EUROSTAT. File: Expenditure on social protection, 2001–11 (% of GDP) YB14.png [Internet]. 2014 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php?title=File:Expenditure on social protection, 2001%E2%80%9311 \(%25 of GDP\) YB14.png&filetimestamp=20140127142034](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php?title=File:Expenditure_on_social_protection,_2001%E2%80%9311_(%25_of_GDP)_YB14.png&filetimestamp=20140127142034)
103. "European Social Survey" 2010. (ESS), ronda 5. (European Social Survey. [Internet]. Norway. Norwegian Social Science Data Services. 2012. [acceso 1 de abril de 2014]. ESS DATA. [una pantalla]. Disponible en: <http://ess.nsd.uib.no/>
104. EUROSTAT-Database. [Internet]. Population and social conditions. Population. Census. National level census 2001 round. [acceso 1 de abril de 2014] Disponible en: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/>
105. Euskalherria [sede Web]. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas. 2001 Consejo de la UE. Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea. Diciembre 2000. Explicaciones relativas al texto completo de la Carta. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, 2001 [acceso 21 de mayo de 2012] Disponible en: http://www.euskalherria.com/dokumentuak/fitxategiak/carta_ue_es.pdf
106. EVES Les nostres activitats. [Internet] Valencia: Conselleria de Sanitat; 2010 [acceso 1 de abril de 2014] Disponible en: <http://www.eves.san.gva.es/web/quest/nuestras-actividades>
107. Federación Internacional Farmacéutica. Declaración de Principios de la FIP. Investigación Farmacéutica en Pacientes Geriátricos [Internet] La Haya (Países Bajos); 2001 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: http://www.fip.org/www/uploads/database_file.php?id=179&table_id=
108. FEFE. Comienzan a producirse problemas en el pago de la facturación de recetas [Internet] Madrid; 2 de diciembre de 2010 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.fefe.com/NP%20Comienzan%20a%20producirse%20p>

[roblemas%20en%20el%20pago%20de%20la%20facturaci%C3%B3n%20de%20recetas.pdf](#)

109. FERNÁNDEZ ÁLVAREZ MJ. Procedimiento de almacenamiento y caducidad de fármacos [Internet] 2009 [acceso 29 de mayo de 2012]. Disponible en: http://www.carloshaya.net/uchematologia/media/Protocolo_caducidades_farmacos_2009_modificada.pdf
110. FERNÁNDEZ LISÓN LC et al. Errores de medicación e incumplimiento terapéutico en ancianos polimedicados. FARM HOSP [revista en Internet] 2006 [acceso 24 de mayo de 2012]; 30 (5): [280-283]. Disponible en: http://www.sefh.es/fh/11_4.pdf
111. FERNÁNDEZ ORRICO FJ. Prestación económica para cuidados en el entorno familiar y Seguridad Social de cuidadores no profesionales. REVISTA DEL MINISTERIO DE TRABAJO E INMIGRACIÓN. [Internet] 2008 julio [acceso 15 de febrero de 2013]; 74 [79-104]. Disponible en: <http://libros-revistas-derecho.vlex.es/vid/cuidados-entorno-cuidadores-profesionales-50161643#>
112. FIGUERUELO BURRIEZA A. La protección constitucional de las personas mayores. Conferencia pronunciada en la Universidad de Salamanca en el marco de las Jornadas: Los mayores ante el Derecho. 19 de noviembre de 2003. UNED. Teoría y Realidad Constitucional. [Internet] 2004 [acceso 21 de mayo de 2012]: (14), 2º semestre. Disponible en: <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/trcons/cont/14/not/not13.pdf>
113. FIRMINO BEZERRA, S, et al. Promoción de la salud: la calidad de vida en las prácticas de enfermería. [Internet] Enfermería Global; 2013, (12), 32, págs. 260-269 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v12n32/ensayos2.pdf>
114. Foro de Atención Farmacéutica. Documento de Consenso [monografía en Internet] enero 2008 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: http://www.portalfarma.com/inicio/atencionfarmaceutica/forod_eattfarma/Documents/FORO_At_farma.pdf
115. GALLARDO L. El COFT fijará el precio por realizar el servicio SPD. EL GLOBAL [periódico en Internet] 21 de septiembre de 2008 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en:

<http://www.elglobal.net/articulo.aspx?idart=370949&idcat=504&ipo=2>

116. GALLARDO L. El servicio a residencias geriátricas se debate entre hospitales y oficinas de farmacia. EL GLOBAL.net [periódico en Internet] 7 de diciembre de 2008 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.elglobal.net/articulo.aspx?idart=392779&idcat=643&ipo=2>
117. GARCÍA ANTÓN MA. Manual Práctico. Las 101 dudas más frecuentes sobre la Ley de Dependencia [monografía en internet]. Madrid: SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA; 2012 [acceso 29 de mayo de 2012]. Disponible en: <http://www.discapnet.es/Castellano/comunidad/websocial/Recursos/Documentos/Tecnica/Paginas/101-dudas-Ley-dependencia.aspx?pasaCustom=DEPENDENCIA+FUNCIONAL+Y+VIDA+ACTIVA&url=listado.aspx&page=1>
118. GARCÍA DEL RÍO R. Descuentos en residencias: fijar el precio es competencia exclusiva del Estado. CORREO FARMACÉUTICO [Internet] 7 de abril de 2008 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.correofarmaceutico.com/2008/04/07/al-dia/profesion/descuentos-en-residencias-fijar-el-precio-es-competencia-exclusiva-del-estado>
119. GARCÍA DEL RÍO R. El decreto catalán de atención farmacéutica a residencias, a punto. CORREO FARMACÉUTICO [Internet] 7 de enero de 2008 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.correofarmaceutico.com/2008/01/07/al-dia/profesion/el-decreto-catalan-de-atencion-farmaceutica-a-residencias-a-punto>
120. GARCÍA DEL RÍO R. No habrá descuentos regionales en pañales añadidos a la bajada del 20%. CORREO FARMACÉUTICO [periódico en Internet] 6 de septiembre de 2010 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.correofarmaceutico.com/2010/09/06/al-dia/profesion/no-habra-descuentos-regionales-en-panales-anadidos-a-la-bajada-del-20>

121. GARCÍA DEL RÍO R.: Un modelo mixto se abre paso en el servicio a centros sociosanitarios. CORREO FARMACÉUTICO [periódico en Internet] 14 de enero de 2008 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.correofarmaceutico.com/2008/01/14/al-dia/profesion/un-modelo-mixto-se-abre-paso-en-el-servicio-a-centros-sociosanitarios>
122. GARCIA JF, MERCADER JJ, MINUÉ S Citizen or insured? The assault on universalism in Spain. BMJ [revista en Internet] 2011 [acceso 10 de abril de 2014]; 343: 7973. Disponible en: <http://www.bmj.com/content/343/bmj.d7973/rr/581612>
123. GARCÍA-MINA FREIRE M et al. Atención farmacéutica en un centro socio-sanitario. FARM HOSP [revista en Internet] 2005 [acceso 24 de mayo de 2012]; 29 (5): [312-317]. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pidet_articulo=13118534&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=121&ty=98&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=121v31n6a13118534pdf001.pdf
124. GARCÍA PELAYO M. Reproducción parcial de: Las Transformaciones del Estado Contemporáneo, "El Estado Social y democrático de derecho en la Constitución Española", para: Materiales de Derecho Constitucional. [Internet] 2000 [acceso 21 de mayo de 2012]. Disponible en: <http://www.uruguayeduca.edu.uy/Userfiles/P0001%5CFile%5CEI%20Estado%20social%20y%20democr%C3%A1tico%20de%20derecho%20en%20la%20Constituci%C3%B3n%20espa%C3%B1ola%20-%20Garcia%20Pelayo.pdf>
125. GARCIA RADA A. Is Spanish public health sinking? BMJ [Internet] 2011 [acceso 4 de mayo de 2013]; 343: [7445]. Disponible en: <http://www.bmj.com/content/343/bmj.d7445>
126. GARCIA RADA A. New legislation transforms Spain's health system from universal access to one based on employment. BMJ [revista en Internet] 2012 [acceso 10 de abril de 2014]; 344: 3196. Disponible en: <http://211.144.68.84:9998/91keshi/Public/File/38/344-7856/pdf/bmj.e3196.full.pdf>
127. GASTELURRUTIA MA, LARRAÑAGA B, GARAY A y ECHEVESTE FDA. Intervención desde la farmacia comunitaria a pacientes

-
- atendidos en los servicios de ayuda domiciliaria municipal. FARMACÉUTICOS COMUNITARIOS [revista en Internet] 2010 [acceso 1 de abril de 2014] 2(1): 15-20. Disponible en: http://www.sefac.org/files/documentos_sefac/revista/SEFAC%20N4%20LR%20%283%29.pdf
128. Gasto sanitario. [Internet]. Instituto Max Weber y Fundación Gaspar Casal. 2008 [acceso 17 de mayo de 2012]. El modelo. [una pantalla]. Disponible en: http://www.gastosanitario.info/Default.asp?id_pagina=7
129. Gencat. Programa SPD (sistema personalitzat de dosificació) [Internet] Generalidad de Cataluña [actualizada el 11 de octubre de 2010; acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: http://www10.gencat.cat/sac/AppJava/servei_fitxa.jsp?codi=10719
130. GENUA MI et al. Geriatria. En: Gamundi Planas, M.C. FARMACIA HOSPITALARIA. Tomo I [monografía en Internet] 3ª ed. SEFH; 2002 [acceso 1 de abril de 2014]; [959-991]. Disponible en: <http://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo2/CAP08.pdf>
131. Gestión del suministro de medicamentos. Boletín de medicamentos esenciales de la OMS [Boletín en Internet] 1998 [acceso de 1 de abril de 2014]; (25 y 26). Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s2245s/s2245s.pdf>
132. GOBIERNO DE ESPAÑA. Las reformas del Gobierno de España. Determinación frente a la crisis. [monografía en internet]. Madrid: GOBIERNO DE ESPAÑA; 2012. [acceso 30 de octubre de 2012]. Disponible en: <http://www.lamoncloa.gob.es/NR/rdonlyres/108298A8-2705-464B-A9A6-B110B633EADA/0/LASREFORMASDELGOBIERNODEESPA%C3%91AE SPA%C3%91OLcongr%C3%A1ficos.pdf>
133. GONZÁLEZ C. Conceptos generales de calidad total [Internet] [acceso 24 de mayo de 2012]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos11/conge/conge.shtml>
134. GRANDA VEGA E. Autoinspección en la Oficina de Farmacia. Marco legal, normativa y consejos prácticos para la actividad profesional [monografía en internet]. CLUB DE LA FARMACIA. [acceso 22 de mayo de 2012]. Disponible en:

- <http://www.clubdelafarmacia.com/wp-content/uploads/2011/05/libro-club.pdf>
135. GRANELL PÉREZ R, FUENMAYOR FERNÁNDEZ A Y TORTOSA CHULIÁ MA. La financiación pública de las residencias para personas mayores en la Comunidad Valenciana [Internet] [acceso 15 de mayo de 2013]; [18]. Disponible en: <http://www.usc.es/congresos/xix-eeep/descargas/papers/2D3.pdf>
136. Guía Farmacoterapéutica de residencias para mayores. Comisión de Farmacia y Terapéutica de Centros Geriátricos. Conselleria de Salut i Consum. Govern de les Illes Balears. 2007; [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://portalsalut.caib.es/psalutfront/info?id=36027>
137. GUILLEN J. El seguimiento en farmacia mejora la calidad de vida del anciano polimedcado. CORREO FARMACÉUTICO [periódico en Internet] 11 de febrero 2014 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.correofarmaceutico.com/2014/02/11/al-dia/entorno/mayores-cronicos-polimedcados-mejoran-calidad-vida-66-puntos-media-gracias-sft>
138. GUILLÉN VALERA J. Cribar el deterioro de la función renal, un servicio de AF muy eficaz. CORREO FARMACÉUTICO [periódico en Internet] 27 de septiembre de 2010 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.correofarmaceutico.com/2010/09/27/al-dia/entorno/cribar-el-deterioro-de-la-funcion-renal-un-servicio-de-af-muy-eficaz>
139. GUILLÉN VALERA J. Demuestran la estabilidad química y la hermeticidad de los SPD. CORREO FARMACÉUTICO [Internet] 25 de octubre de 2010 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.correofarmaceutico.com/2010/10/25/al-dia/entorno/demuestran-la-estabilidad-quimica-y-la-hermeticidad-de-los-spd>
140. GUTIÉRREZ ZORNOZA M, DEL SUR ABARCA A. El Resident Assessment Instrument (RAI) como sistema de información de la calidad de los servicios sociosanitarios. BITS [Internet] 2004 [acceso 25 de mayo de 2012]: (7). Disponible en: <http://www.uclm.es/bits/sumario/33.asp>

-
141. HERNÁNDEZ SANSALVADOR M y POVEDA ANDRÉS JL. Sistemas automáticos de dispensación de medicamentos [Internet] Barcelona: SEFH; 2001 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: www.combino-pharm.es/upload/publicaciones/dispensacion.pdf
142. HERNANDO ACINAS S. Externalización de los servicios farmacéuticos en residencias de mayores, centros de día y atención farmacéutica domiciliaria [periódico en Internet] BLOG DE ATEPHARMA; 26 de noviembre de 2013 [acceso 15 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.atepharma.com/blog/externalizacion-de-los-servicios-farmaceuticos-en-residencias-de-mayores-centros-de-dia-y-atencion-farmaceutica-domiciliaria/>
143. HERRERA CARRANZA J. Manual de Farmacia Clínica y atención farmacéutica. España: Elsevier; 2003.
144. HERRERA MOLINA E. Retos inmediatos en Sanidad: la atención sociosanitaria. DS [Internet] 2005 [acceso 1 de abril de 2014]; 13(1): [p.57-62]. Disponible en: <http://www.ajs.es/downloads/vol1305.pdf>
145. IBAÑES LG. Central de compras: el ahorro de mil millones se queda en 22. [internet] DIARIO MÉDICO; 27 de enero de 2014 [acceso 13 de abril de 2014]. Disponible en: http://www.farmaindustria.es/Farma_Public/Noticias/Medios/FARMA_124241?idDoc=FARMA_124241
146. IMSERSO. [Internet] IMSERSO; 2009 [acceso 21 de mayo de 2012] Inicio. El IMSERSO. Quiénes somos. Antecedentes y estructura actual. Disponible en web: http://www.imsero.es/imsero_01/el_imsero/quienes_somos/index.htm
147. IMSERSO. OBSERVATORIO DE PERSONAS MAYORES. Informe 2010. Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas. [monografía en internet]. Madrid: IMSERSO; 2012 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: http://www.imsero.es/InterPresent2/groups/imsero/documents/binario/22023_inf2010pm_v1.pdf
148. IMSERSO. [Internet]. IMSERSO; 2009 [acceso 18 de mayo de 2012]. Inicio. Autonomía Personal y Dependencia. Grado de discapacidad. Disponible en web:
-

http://www.imserso.es/imserso_01/autonomia_personal_dependencia/grado_discapacidad/index.htm#ancla1

149. IMSERSO. [Internet]. [s.l.]. Gobierno de España. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. SAAD. IMSERSO; 2009. [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: http://www.imserso.es/dependencia_01
150. INACEPS. [Internet] 2010 [acceso 26 de mayo de 2012]. Fase de información y solicitud. Disponible en: http://www.inaceps.es/?page_id=49
151. INACEPS. [Internet] 2010 [acceso 26 de mayo de 2012]. Misión, visión y valores. Disponible en: http://www.inaceps.es/?page_id=137
152. INE. Base. Revisión del padrón municipal 2009. Datos a nivel nacional, comunidad autónoma y provincia. Población por sexo, comunidades y provincias y edad (hasta 85 y más). Unidades: personas. [base de datos en Internet]. Madrid: INE, 2012 [acceso 17 de mayo de 2012]. Disponible en: www.ine.es
153. INE. Base. Territorio. Extensión superficial de las CCAA y provincias. Unidades: km². [base de datos en Internet]. Madrid: INE, 2012 [acceso 17 de mayo de 2012]. Disponible en: www.ine.es
154. INE. Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia. (EDAD 2008). [internet]. [s.l.]. INE. Notas de Prensa; 4 de noviembre de 2008 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np524.pdf>
155. INE. Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD 2008). METODOLOGÍA. [internet]. INE; 2012 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.ine.es/prodyser/pubweb/discapa/discap99meto.pdf>
156. INE. Estadística del padrón continuo a 1 de enero de 2013. Datos a nivel nacional, comunidad autónoma y provincia. CCAA. Población por comunidades y provincias, lugar de nacimiento y sexo. [internet]. INE. [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>
157. INE. Estadística del padrón continuo a 1 de enero de 2013. Datos a nivel nacional, comunidad autónoma y provincia. Nacional. Población (españoles/extranjeros) por edad (año a año) y sexo.

-
- [internet]. INE. [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>
158. INE. Movimiento Natural de la Población e Indicadores Demográficos Básicos. Datos definitivos de 2010 y avanzados del primer semestre de 2011. [internet]. [s.l.]. INE. NOTAS DE PRENSA. 18 de enero de 2012. [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np697.pdf>
159. INE. Protección social. Sector público. Pensiones del Sistema de la Seguridad Social. Total de pensiones según clases de 2012 a 2014 [base de datos en Internet]. Madrid: INE; 2013 [acceso 10 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do>
160. INE. Proyección de la población de España a corto plazo, 2009-2019. Notas de prensa. [internet] [s.l.] INE. NOTAS DE PRENSA. 19 de noviembre de 2009 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.ine.es/prensa/np576.pdf>
161. Información cualitativa. Estado de las TIC en el Sistema Nacional de Salud - El Programa Sanidad en Línea. [base de datos en internet] MIET (Madrid); 2011 [acceso 23 de abril de 2013]. Disponible en: <http://www.red.es/publicaciones/articles/id/6100/las-tic-el-sistema-nacional-salud--programa-sanidad-linea.html>
162. Instituto para la Acreditación y Evaluación de las Prácticas Sanitarias, y recogidos en el Manual para la Acreditación Inaceps [Internet] Comunitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Direcció General d'Ordenació, Avaluació i Investigació Sanitària: 2004 [acceso 21 de junio de 2011]. Disponible en: <http://www.inaceps.info/?q=node/13>
163. IRUIN SANZ A (coordinadora). Intervención farmacéutica a través del sistema de distribución en dosis unitaria. En: YFANTE MILA, J.I. (coordinador). Dispensación y distribución de medicamentos [Internet] [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: http://www.sefh.es/bibliotecavirtual/manualresidentefh/VU2_98_Capitulo_2_4.pdf
164. MSPS. Plan de Acción para las Personas con Discapacidad 2009-2012. Ministerio de Sanidad y Política Social. [monografía en Internet] 2011 [acceso 7 de abril de 2014] Disponible en: http://imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/paccion_disc_ce20062015.pdf
-

165. JIMÉNEZ LARA A. Salud pública y discapacidad. Planteamientos y propuestas del sector social de la discapacidad articulado en torno al CERMI ante la futura Ley estatal de Salud Pública. [monografía en Internet] Madrid: CERMI; 2010. [acceso 22 de mayo de 2012] (44). Disponible en: <http://www.cermi.es/es-ES/ColeccionesCermi/Cermi.es/Lists/Coleccion/Attachments/86/CERMISaludpublicaydiscapacidadn44.pdf>
166. JIMÉNEZ LARA A y ZABARTE MARTÍNEZ DE AGUIRRE ME. La regulación de la prestación sociosanitaria. Propuesta del CERMI. [monografía en Internet] Madrid: CINCA; 2008 [acceso 22 de mayo de 2012]. Disponible en: <http://feafes.org/publicaciones/Regulacionprestacionsociosanitaria.pdf>
167. KUTZ PEIRONCELY, M. Los servicios de farmacia de los centros sociosanitarios en Navarra. Congreso Internacional Dependencia y Calidad de Vida [Internet] [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.edad-vida.org/fitxers/congreso/312Maria.Kutz.pdf>
168. La guía 2000. El derecho subjetivo es aquella facultad que el ordenamiento jurídico (derecho objetivo) le reconoce a un individuo o grupo de personas, para que exijan de sus congéneres un comportamiento determinado que se constituye para estos en un deber jurídico u obligación. [Internet] La guía 2000 [acceso 22 de mayo de 2012]. Disponible en: <http://derecho.laguia2000.com/parte-general/los-derechos-subjetivos>
169. LAPORTE JR y BOSCH M. Crisis y política de medicamentos. Aten Primaria [internet]. 2012 [acceso 7 de mayo de 2013]. Disponible en: [http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/eop/S0212-6567\(12\)00120-5.pdf](http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/eop/S0212-6567(12)00120-5.pdf)
170. Libertad de prescripción. Consideraciones al documento de la OMC. Infarma [Internet] Dirección General de Farmacia del Servicio Canario de Salud; abril 2011 [acceso 1 de abril de 2014] 3 (2). Disponible en: http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/74b21553-70c9-11e0-83cb-ed3ed4273248/infarma_abril_2011_OMC.pdf

-
171. LÓPEZ FERNÁNDEZ LA, MARTÍNEZ MILLÁN JI, FERNÁNDEZ AJURIA A, MARCH CERDÀ JC, SUESS A, DANET A, PRIETO RODRÍGUEZ MA. ¿Está en peligro la cobertura universal en nuestro Sistema Nacional de Salud? GAC SANIT [Internet] 2012 [acceso 1 de abril de 2014]; 26: (4) [298-300]. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pident_articulo=90143318&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=138&ty=155&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=138v26n04a90143318pdf001.pdf
172. LORENZO CARRASCOSA L y CASTEJÓN VILLAREJO P. Formas de convivencia, relaciones personales y la experiencia de envejecer. En: MTAS, IMSERSO. Las personas mayores en España. Datos estadísticos estatales y por Comunidades Autónomas. Informe 2008 [Internet] Madrid: 2009 [acceso 18 de mayo de 2012]. Disponible en: <http://www.imfersomayores.csic.es/documentos/estadisticas/informe-mayores/2008/volumen-1/07-informe2008-vol1-cap5.pdf>
173. Los boticarios manchegos preparan un catálogo de servicios para mayores. PR SALUD [Internet] 30 de enero de 2008 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.prnoticias.com/index.php/salud/762-prsalud/20073581-los-boticarios-manchegos-preparan-un-catalogo-de-servicios-para-mayores>
174. Los presupuestos de 2013 al detalle: se recortan en un 6,3% las prestaciones por desempleo. 20 MINUTOS. [periódico en internet] 29 de septiembre de 2012 [acceso 15 de febrero de 2013]. Disponible en: <http://www.20minutos.es/noticia/1602472/0/presupuestos-generales-2013/recortes/gasto-ingresos/>
175. LOZANO MC, VALERO M, ROMERO CS y DE JESÚS F. Estudio de la estabilidad de medicamentos en los sistemas de dosificación personalizados (SPD). A propósito de un caso [Internet] [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.fefe.com/Informe%20SPDs%20-%20UAX.pdf>
176. MAPFRE. Te cuidamos. Canal Salud. [Internet] MAPFRE [acceso 1 de abril de 2014]. Medicina preventiva para mayores. Disponible en: <http://www.mapfre.com/salud/es/cinformativo/educacion-sanitaria-personas-mayores.shtml>
-

177. MARIÑO HERNÁNDEZ E. Sistemas personalizados de dosificación: una herramienta para la práctica profesional sanitaria en la atención farmacéutica. PHARM CARE ESP [revista en Internet] [acceso 30 de mayo de 2012] 13 (1): [30-37]. Disponible en: <http://www.pharmcareesp.com/index.php/PharmaCARE/article/view/30/29>
178. MARTÍN LESENDE I et al. Envejecimiento activo, la mejor «receta» para prevenir la dependencia. REV. ESP. GERIATR. GERONTOL. [Internet] 2007 [acceso 18 de mayo de 2012] 42 (Supl 2): [4-6]. Disponible en: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/124/124v42nSupl.2a13124363pdf001.pdf>
179. MARTÍN MARTÍN JJ. Balance crítico de la descentralización territorial de la sanidad. Un balance del estado de las Autonomías. Colección Mediterráneo Económico: Un balance del estado de las Autonomías. [revista en Internet] 2006 [acceso 22 de mayo de 2012] (10): [p.385-404]. Disponible en: <http://www.fundacioncajamar.es/mediterraneo/revista/me1018.pdf>
180. MARTÍN MT et al., Problemas relacionados con la medicación como causa del ingreso hospitalario. Med Clin [revista en Internet] 2002 [acceso 22 de abril de 2013]; 118(6): [205-210]. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13026201&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=2&ty=105&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=2v118n06a13026201pdf001.pdf
181. MARTÍN R. El Ministerio revisará la Ley de la Dependencia dentro de seis meses. SALAMANCA24HORAS.COM [periódico en internet] 29 de septiembre de 2012 [acceso 15 de febrero de 2013]. Disponible en: <http://www.salamanca24horas.com/local/80526-el-ministerio-revisara-la-ley-de-la-dependencia-dentro-de-seis-meses>
182. MARTÍNEZ JIMÉNEZ M., et al. Resultados negativos asociados a la medicación que son causa de visita al servicio de urgencias de un centro de atención primaria. Atención Primaria [revista en Internet] 2012 [acceso 1 de abril de 2014]; 44 (3): [128-135]. Disponible en:

<http://www.elsevierinstituciones.com/ficheros/pdf/27/27v44n03a90101020pdf001.pdf>

183. Más de 200.000 mayores de 74 años polimedicados reciben seguimiento de la Comunidad. [Internet] 30 de septiembre de 2013 [acceso 16 de abril de 2014] Disponible en: <http://www.telemadrid.es/noticias/madrid/noticia/mas-de-200000-mayores-de-74-anos-polimedicados-reciben-seguimiento-de-la-com>
184. MEZQUITA E. Sanidad prueba la atención farmacéutica domiciliaria a enfermos dependientes. DIARIO MÉDICO [Internet] 1 de abril de 2011 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.diariomedico.com/2011/04/01/area-profesional/sanidad/sanidad-prueba-atencion-farmacautica-domiciliaria-a-enfermos-dependientes>
185. Ministerio de Educación. Procedimiento de evaluación y acreditación de las competencias profesionales. Cualificación profesional: Farmacia. Nivel 2. Guías de Evidencia de la Competencia Profesional [Internet] [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: http://www.educacion.gob.es/educa/incual/pdf/Acreditacion/Guias/GEC_SAN123_2.pdf
186. Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Convenio especial de cuidadores no profesionales de personas en situación de dependencia R.D. 615/2007 [Internet] 2013 [acceso 15 de febrero de 2013]. Disponible en: http://www.seg-social.es/Internet_1/Trabajadores/Afiliacion/Conveniosespeciales/Supuestosespeciales/Convenioespecialdec51635/index.htm
187. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. El Consejo Asesor de Sanidad colaborará en la toma de decisiones sanitarias con informes científicos, éticos, económicos y sociales. NOTA DE PRENSA [Internet] 1 de octubre de 2012 [acceso 2 de octubre de 2012]. Disponible en: <http://www.msps.es/gabinete/notasPrensa.do?id=2568>
188. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estudio APEAS. Estudio sobre la seguridad de los pacientes en atención primaria de salud [Internet] MADRID: MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO; 2008 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en:

- <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/LibroAPEAS.pdf>
189. Ministerio de Sanidad y Consumo. Documento de consenso de Atención Farmacéutica. Introducción [Internet] MADRID: MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. 2002 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.msc.es/profesionales/farmacia/consenso/consenso.htm#indice>
190. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Profesionales. Prestaciones sanitarias. Cartera de servicios comunes de prestación farmacéutica. [Internet] [acceso 2 de abril de 2014] Disponible en: <http://www.msc.es/profesionales/CarteraDeServicios/Contenido/CS/5PrestacionFarmaceutica/PF-PrestacionFarmaceutica.htm>
191. Ministerio de Sanidad y Política Social [Internet] 2006 [acceso 1 de abril de 2014] Campañas 2006: Uso Racional del Medicamento. Disponible en: <http://www.msps.es/campannas/campanas06/usomedicamento3.htm>
192. MINUÉ-LORENZO S, GARCIA GUTIERREZ J F, MERCADER-CASAS J J. [Beginning of the end for Spain's national health system](#) BMJ [Internet] 2012 [acceso 1 de abril de 2014]; 344: [3213]. Disponible en: http://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/814/1/Minu%c3%a9_BeginingOfTheEnd.pdf
193. MOLERO R y ACOSTA M. Planificación y organización de un Servicio de Farmacia. En: Gamundi Planas, M.C. FARM HOSP. Tomo I [monografía en Internet] 3ª ed. SEFH; 2002 [acceso 1 de abril de 2014]; [3-28]. Disponible en: <http://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo1/cap11.pdf>
194. MONTAÑÉS-PAULS B, SÁEZ-LLEÓ C y MARTÍNEZ-ROMERO G. Ajuste de dosificación de medicamentos en pacientes ancianos institucionalizados con insuficiencia renal. FARM HOSP [revista en Internet] 2009 [acceso 1 de abril de 2014]; 33(1): [43-47]. Disponible en: http://www.sefh.es/fh/97_v33n01pdf007.pdf
195. MONTESINOS ROS A. Guía Farmacoterapéutica Sociosanitaria Geriátrica. Valencia [Internet] Conselleria de Bienestar Social.

-
- Generalitat Valenciana; 2008 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: www.bsocial.gva.es/portal/portal?docid=6120
196. MORAGAS R. Descentralización territorial. Comité Español para el Bienestar Social. Ed. Marsiega. Madrid, 1979, pág. 93
197. MORÁN C. Mueren más dependientes de los que acceden a las ayudas. El número de beneficiarios baja al frenar las autonomías el desarrollo de la ley pese a la lista de espera. EL PAÍS [periódico en Internet] Madrid; 8 de diciembre de 2011 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: http://elpais.com/diario/2011/12/08/sociedad/1323298803_850215.html
198. MORALES LUQUE D, MARTOS LÓPEZ E y GÓMEZ JIMÉNEZ L. Coordinación de los servicios de farmacia de atención primaria y los servicios sociosanitarios. En: TORRES BOUZA C, MATÁIX SANJUÁN A, MORALES SERNA JC. Manual de farmacia de atención primaria [monografía en Internet] Madrid: SEFAP; 2006 [acceso 1 de abril de 2014]: [607-615]. Disponible en: http://www.sefap.org/media/upload/arxius/area-conocimiento/SEFAP_Manual_complet.pdf
199. MORENO FERNÁNDEZ L. Ciudadanía, desigualdad social y Estado del bienestar [Internet] CSIC. Unidad de políticas comparadas. Documento de Trabajo; 2003. [acceso 22 de mayo de 2012] (3-8). Disponible en: <http://digital.csic.es/bitstream/10261/1570/1/dt-0308.pdf>
200. MORETÓN SANZ MF. Derecho y obligaciones de los mayores en la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. En: RODRÍGUEZ VERA E. REVISTA DEL MTAS 70. [acceso 21 de mayo de 2012]. Madrid: MTAS; 2007. págs. 45-70. Disponible en: http://www.empleo.gob.es/es/publica/pub_electronicas/destacadas/revista/numeros/70/Trabajo-70.pdf
201. MSC. Grupo de Trabajo sobre Gasto Sanitario. [Internet] MSC [acceso 18 de mayo de 2012]. Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/grupodeTrabajoSanitario2007.pdf>
202. MSPS. Diferentes series de gasto sanitario. [Internet]. MSPS [acceso 18 de mayo de 2012]; págs. 3 y ss. Disponible en
-

- http://www.mspes.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/Diferentes_series_de_gasto_sanitario.pdf
203. MSPS. EGSP 2006. Cuentas Satélite Gasto Sanitario Público. [Internet] MSPS; 2008 [acceso 18 de mayo de 2012]. Disponible en:
http://www.mspes.es/estadEstudios/estadisticas/docs/EGSP2006/ Metodologia_general_2006_Nuevo.pdf
204. MSPS. El Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad aprueba la distribución de fondos en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. NOTA DE PRENSA [Internet] 2 de junio de 2011 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en:
http://www.mpt.gob.es/ministerio/delegaciones_gobierno/delegaciones/cantabria/actualidad/notas_de_prensa/notas/2011/06/2011_06_02-2.html
205. MSSSI. Diferentes series de gasto sanitario. [Internet] [acceso 4 de noviembre de 2012]. Disponible en:
<http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/diferentesSeriesGastoSanitario.pdf>
206. MSSSI. Los sistemas sanitarios de la UE: características e indicadores de salud 2013. Información y estadísticas sanitarias 2014 [Internet]. Madrid: MSSSI 2014 [8 de abril de 2014]; págs. 72-75. Disponible en:
http://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Sist.Salud.UE_2013.pdf
207. MSSSI. Profesionales. Farmacia. Facturación de recetas médicas. [Internet] MSSSI [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en:
<https://www.msssi.gob.es/profesionales/farmacia/datos/diciembre2013.htm>
208. MSSSI. [tabla Excel en Internet]. Cuenta Satélite del Gasto Sanitario Público. Estadística de Gasto Sanitario Público (EGSP). Estadística incluida en Plan Estadístico Nacional. Serie 2002-2010 (Gasto sanitario público según criterio de devengo: Gasto real). Gasto total consolidado. Clasificación económico-presupuestaria, funcional y agregados Contabilidad Nacional (tabla 24). Clasificación funcional. Farmacia. MSPS [acceso 3 de noviembre de 2013]. Disponible en:
<http://www.msssi.gob.es/fr/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/egspGastoReal.xls>

-
209. MSSSI y MIET. Las TIC en el Sistema Nacional de Salud. El programa Sanidad en Línea. [monografía en internet] Madrid: MSSSI y MIET; 2011 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.red.es/media/2012-07/1343654162527.pdf>
210. MTAS, IMSERSO. Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco. 2004. [monografía en Internet]. Madrid: MTAS, IMSERSO. 2005. [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: http://www.empleo.gob.es/es/publica/pub_electronicas/destacadas/revista/numeros/60/Est03.pdf
211. MUFACE. Conozca sus prestaciones. Prestación farmacéutica [Internet] [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.muface.es/revista/v171/pres.htm>
212. MULAS-GRANADOS. El Estado dinamizador y los pilares del Bienestar. El País. Jueves 18 de octubre de 2007 [periódico en Internet] 2007 [acceso 21 de mayo de 2012]. Disponible en: <http://www.almendron.com/tribuna/17263/el-estado-dinamizador-y-los-pilares-del-bienestar/>
213. Naciones Unidas. Introducción. En: La ONU y las personas con discapacidad. Historia de la discapacidad y las Naciones Unidas. [Internet]. [s.l.]. 2011. [acceso 17 de mayo de 2012]. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/esa/social/disabled/dis50y01.htm>
214. Naciones Unidas. Declaración Universal de Derechos Humanos. [Internet]. Naciones Unidas [acceso 16 de marzo de 2010]. Disponible en: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>
215. Naciones Unidas. Estructura y organización. [Internet]. Naciones Unidas. [acceso 18 de mayo de 2012]. Disponible en: <http://www.un.org/es/aboutun/structure/>
216. Naciones Unidas. Los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad. Convención de los derechos de las personas con discapacidad. A/RES/61/106. [Internet]. Naciones Unidas [acceso 16 de marzo de 2010]. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?id=617>
217. Naciones Unidas. Portada. [Internet]. Naciones Unidas. [acceso 16 de marzo de 2010]. Disponible en: <http://www.un.org/es/aboutun/>

218. Naciones Unidas. Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad. 1982. Documento A/37/51 [Internet] Naciones Unidas [acceso 16 de marzo de 2010]. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/disabilities/default.asp?id=500#text>
219. NAVARRO V. [El error de las políticas de austeridad, recortes incluidos, en la sanidad pública](#). GAC SANIT [Internet] 2012 [acceso 1 de abril de 2014]; 26 (2): [174-5]. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pident_articulo=90120107&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=138&ty=29&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=138v26n02a90120107pdf001.pdf
220. NOTESTEIN FW. Population the long view, in E. Schultz (ed.), FOOD FOR THE WORLD, UNIVERSITY OF CHICAGO PRESS, 1945. págs. 36-56
221. OCU. Home. Salud. Desempleo. Quién tiene derecho a la Sanidad pública [Internet] 23 de enero de 2014 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.ocu.org/salud/desempleo/informe/derecho-a-sanidad-publica/stampa>
222. OECD. [Internet]. OECD [acceso 18 de mayo de 2012]. Disponible en: http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT
223. OECD. [Internet]. OECD. Base de datos de la OCDE sobre la salud 2011. España en comparación [acceso 18 de mayo de 2012]. Disponible en: <http://www.oecd.org/health/healthpoliciesanddata/BriefingNoteESPANA2012inSpanish.pdf>
224. OECD. [Tabla Excel en Internet]. OECD. Health expenditure as a share of GDP, 1960 to 2009, OECD countries. [acceso 18 de mayo de 2012]. Disponible en: Table 1: <http://www.oecd.org/dataoecd/41/7/48294715.xls>
225. OECD. [Internet]. OECD. Home, About OECD. Members and Partners [1 de noviembre de 2013]. Disponible en: <http://www.oecd.org/about/membersandpartners/>
226. OECD. [Internet]. OECD. Home, About OECD. Our mission. [acceso 1 de noviembre de 2013]. Disponible en: <http://www.oecd.org/about/>

-
227. OECD. [Internet]. OECD. [acceso 18 de mayo de 2012]. OECDiLibrary. Country statistical profile: Spain 2011-2012. Disponible en: http://www.oecd-ilibrary.org/economics/country-statistical-profile-spain_20752288-table-esp
228. OECD. [Internet]. OECD. OECDiLibrary. StatExtracts. Complete databases available via OECD's iLibrary. OECD. Health. Health expenditure and financing. Health expenditure since 2000. [acceso 18 de mayo de 2012]. Disponible en: http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STATOEC
229. OECD. [Internet] OECD. StatExtracts. Complete databases available via OECD's iLibrary. Country statistical profile. Health expenditure by financing agent. General government [acceso 18 de mayo de 2012]. Disponible en: http://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT
230. OECD. [Internet]. OECDiLibrary. Home, Statistics. Health: Key Tables from OECD. Total expenditure on health. 29 de junio de 2012. [acceso 4 de noviembre de 2012]. Disponible en: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/total-expenditure-on-health_20758480-table1
231. OCDEiLibrary. Health expenditure as a share of GDP, 2000-11, selected European countries. Total health expenditure as a share of GDP, 2000-2011, selected European countries. [Internet] 2013 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2013/health-expenditure-as-a-share-of-gdp-2000-11-selected-european-countries_health_glance-2013-graph154-en
232. OMC. La OMC en contra de la atención farmacéutica domiciliaria [Internet] 24 de noviembre de 2006 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: http://www.cgcom.org/noticias/2006/11/06_11_27_atencion_farmacautica
233. OMS. Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud. A54/18. [Internet] OMS; 9 de abril de 2001 [acceso 18 de mayo de 2012]. Disponible en web: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA54/sa5418.pdf
234. OMS. Envejecimiento activo: un marco político. REV. ESP. GERIATR. GERONTOL. [revista en Internet] 2002 [acceso 18 de

- mayo de 2012]; 37 (S2): [74-105]. Disponible en: http://www.contag.org.br/imagens/f1855marco_politico.pdf
235. OMS. Estadísticas sanitarias mundiales 2011. Esperanza de vida y mortalidad. [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/ES_WHS2011_Full.pdf
236. OMS. Guía de la Buena Prescripción. Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales [monografía en Internet]. Suiza: OMS; 1994 [acceso 13 de abril de 2014]. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/h2991s/h2991s.pdf>
237. OMS. Temas de salud: Discapacidades. [Internet] OMS; 2012 [acceso 18 de mayo de 2012]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/disabilities/es/>
238. ONU. Los primeros años: 1945-1955. En: La ONU y las personas con discapacidad. Historia de la discapacidad y las Naciones Unidas. [Internet]. [s.l.]. [acceso 17 de mayo de 2012]. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/esa/social/disabled/dis50y20.htm>
239. ONU. ¿Qué significa discapacidad? En: La ONU y las personas con discapacidad. Historia de la discapacidad y las Naciones Unidas [Internet]. ONU [acceso 17 de mayo de 2012]. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/esa/social/disabled/dis50y10.htm>
240. OPIMEC. Conferencia Nacional para la Atención al Paciente con Enfermedades Crónicas [Internet] Sevilla; 2011 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.opimec.org/actuales/eventos/1410/i-conferencia-nacional-de-cronicos/>
241. Organización Panamericana de Salud. El papel del farmacéutico en el sistema de atención de salud. Informe de la Reunión de la OMS Tokio, Japón, 31 de agosto al 3 de septiembre de 1993. OPS/HSS/HSE/95.01 [Internet] 1993 [acceso 22 de mayo de 2012]. Disponible en: <http://www.ops.org.bo/textocompleto/ime9848.pdf>
242. ORDOVÁS JP, CLIMENTE MP, POVEDA JL. Selección de medicamentos y Guía Farmacoterapéutica. En: GAMUNDI PLANAS MC. Farmacia Hospitalaria. Tomo I [monografía en Internet] 3ª ed. SEFH; 2002 [acceso 1 de abril de 2014]: [63-79].

-
- Disponible en:
www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo1/cap1311.pdf
243. PEDRÓS MARÍA B, COMES BADÍA JL, MARTÍNEZ MARTÍNEZ MA y MUELAS TIRADO J. Situación de la atención farmacéutica en los centros sociosanitarios públicos de la Comunidad Valenciana. FAP. 2005; 3 (1): 16-26.
244. PEINADO, I. Iglesias, et al. Atención farmacéutica a pacientes en tratamiento con AINE. PHARMACEUTICAL CARE ESPAÑA [revista en Internet] 2013 [acceso 10 de abril de 2014] 15 (4): 130. Disponible en:
<http://www.pharmcareesp.com/index.php/PharmaCARE/article/view/128/121>
245. PEIRÓ S. Para salir del hoyo, lo primero es dejar de cavar. ATEN PRIMARIA [Internet] 2012 [acceso 4 de mayo de 2013]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2012.08.001>
246. PÉREZ BUENO LC. El nuevo derecho social a la autonomía personal y a la protección contra la dependencia: recepción, valoración y propuestas de mejora de su configuración legal desde el movimiento asociativo de la discapacidad. En: Las dimensiones de la Autonomía Personal. Perspectivas sobre la Ley 39/2006. Estudios en homenaje a Pilar Ramiro [monografía en Internet], Colección telefónica accesible. Madrid: Ediciones Cinca; 2008 [acceso 21 de mayo de 2012]: pág. 25. Disponible en:
http://info.telefonica.es/ext/accesible/html/home//pdf/007_LasDimensionesdeLaAutonomaPersonal.pdf
247. PÉREZ DÍAZ J. Demografía y envejecimiento. Portal Mayores, Informes Portal Mayores, nº 51. Lecciones de Gerontología, I [Internet]. Madrid; 9 de junio de 2006. [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en:
<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/perez-demografia-01.pdf>
248. PÉREZ DÍAZ J. Tesis doctoral: Transformaciones sociodemográficas en los recorridos hacia la madurez. Las generaciones españolas 1906-1945. Los efectivos generacionales en el tiempo. [tesis doctoral en Internet]. Universidad Nacional de Educación a Distancia. Facultad de Ciencias Políticas y Sociología. Departamento de Sociología II; 2001 [acceso 1 de abril de 2014].
-

- Disponibile en:
<http://digital.csic.es/bitstream/10261/16849/1/Tesis.pdf>
249. PERIS MARTÍ JF. Centros sociosanitarios y atención farmacéutica. CORREO FARMACÉUTICO [periódico en Internet] 4 de febrero de 2008 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.correofarmaceutico.com/2008/02/04/al-dia/profesion/centros-sociosanitarios-y-atencion-farmaceutica>
250. PETRASOVA A. Social Protection in the European union. Eurostat. Statistics in focus. 46/2008. Population and social conditions. Living conditions and welfare. Social [Internet] 2008 [acceso 17 de mayo de 2012]. Disponible en: http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-SF-08-046/EN/KS-SF-08-046-EN.PDF
251. PIÑEIRO VÁZQUEZ C. La Coordinación sociosanitaria y la Ley de Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. Buenas prácticas en la coordinación sociosanitaria [Internet] Santander: 7 de septiembre de 2010 [acceso 26 de mayo de 2012]. Disponible en: <http://www.imsero.es/InterPresent2/groups/imsero/documents/binario/galicia.pdf>
252. Plan de Acción del Consejo de Europa, adoptado por el Consejo Europeo de Ministros el 5 de abril de 2006, para la promoción de los derechos y la plena participación de las personas con discapacidad en la sociedad: mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad en Europa 2006-2013
253. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Utilización de las tecnologías de la información para mejorar la atención a los ciudadanos. Estrategia 11: Sanidad en Línea [Internet] 2006 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/tic/sanidad_en_linea_WEB_final.pdf
254. Polimedicación: El médico interactivo. DIARIO ELECTRÓNICO DE LA SANIDAD [Internet] 28 de mayo de 2011 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://saludequitativa.blogspot.com/2011/05/polimedicacion-el-medico-interactivo.html>
255. Polimedicados y crónicos, objetivo de Sanidad y de los farmacéuticos. CORREO FARMACÉUTICO. Nº 402. Año X. p.20.

-
256. Portal de la Conselleria de Sanidad. [Internet] [acceso 1 de abril de 2014]. DGFPs. SICOMEPS. Disponible en: <http://www.san.gva.es/cas/prof/dgf/homedgf.html>
257. PORTAL DE SALUD DE LA COMUNIDAD DE MADRID. Asistencia sanitaria. El Ciudadano y el Sistema Sanitario [Internet] 2013 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142659206656&language=es&pagename=PortalSalud%2FPage%2FPTSA_pintarContenidoFinal&vest=1156329829756
258. Prescripción saludable de medicamentos en tiempos de crisis. BUTLL GROC [Internet] 2011 [acceso 1 de abril de 2014] 2011; 24: 5-12. Disponible en: <http://www.icf.uab.cat/es/pdf/informacio/bg/bg242-3.11e.pdf>
259. Programas específicos de atención farmacéutica. Concierto entre la Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid y el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid por el que se fijan las condiciones para la colaboración de las oficinas de farmacia con el sistema sanitario de la Comunidad de Madrid. 2004
260. Programas de mejora en la atención a pacientes crónicos y polimedicados durante el año 2009. IT del Sistema Nacional de Salud [Internet] 2009 [acceso 1 de abril de 2014]: 33 (1). Disponible en: http://www.msps.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/infMedic/docs/vol33_1progMejoraAtencPacCron.pdf
261. QUEREJETA GONZÁLEZ M. La clasificación de la OMS: dificultades para usar un lenguaje común. ZERBITZUAN: GIZARTE ZERBITZUETAKO ALDIZCARIA. Revista de Servicios Sociales [Internet] 1999 [acceso 18 de mayo de 2012]; (37) [41-50]. Disponible en: <http://www.zerbitzuan.net/documentos/zerbitzuan/La%20clasificacion%20de%20la%20OMS.pdf>
262. RAJMIL L, FERNÁNDEZ DE SANMAMED MJ. [Change of healthcare system model in Spain](#). Re: Beginning of the end for Spain's national health system. BMJ [Internet] 2012 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.bmj.com/content/344/bmj.e3213?tab=responses>

263. RAJMIL L, FERNÁNDEZ DE SANMAMED MJ. [Universal health-care coverage in Europe](#). LANCET [Internet] 2012 [acceso 1 de abril de 2014]; 380: (1644). Disponible en: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)61942-4/fulltext?rss=yes](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)61942-4/fulltext?rss=yes)
264. RAMÍREZ R. Hacia una farmacia sociosanitaria. CORREO FARMACÉUTICO [periódico en Internet] 17 de marzo de 2008 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.correofarmaceutico.com/2008/03/17/al-dia/profesion/hacia-una-farmacia-sociosanitaria>
265. RAMOS MJ. La crisis frena la expansión de la receta electrónica en media España. CORREO FARMACÉUTICO [Internet] 27 de septiembre de 2010 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.correofarmaceutico.com/2010/09/27/al-dia/profesion/la-tesis-frena-la-expansion-de-la-receta-electronica-en-media-espana>
266. RAVENTÓS D. El derecho a la existencia. caps. 6,7, y 9. Extractos. Barcelona, Ariel; 1999
267. Real Academia Española, Diccionario de la lengua española, [Internet] 22.ª ed. Madrid: Espasa, 2001 [acceso 22 de mayo de 2012]. Disponible en: <http://www.rae.es/recursos/diccionarios/drae>
268. Real Patronato sobre Discapacidad. [Internet]. Líneas de actuación estratégicas [acceso 21 de mayo de 2012]. REAL PATRONATO SOBRE DISCAPACIDAD; 2004. Disponible en: http://www.rpd.es/lineas_estrategicas.html
269. Reforma y recortes de la Ley de Dependencia. [Internet] MAYORMENTE; 16 de julio de 2012 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.mayormente.com/magazine/articulo.cfm?idnoticia=2753&idcategoria=22>
270. REGATO P. Envejecimiento activo. [Internet]. IMSERSO; 2001 [acceso 18 de mayo de 2012]. Disponible en: <http://www.imfersomayores.csic.es/documentos/documentos/regato-envejecimiento-01.pdf>
271. REMÍREZ DE GANUZA C. Mato anuncia una 'revisión' de la Ley de Dependencia para asegurar 'su viabilidad'. EL MUNDO.ES

-
- [periódico en Internet] 5 de julio de 2012 [acceso 15 de febrero de 2013]. Disponible en: <http://www.elmundo.es/elmundo/2012/07/05/espana/1341488135.html>
272. REPULLO JR. [El Sistema Nacional de Salud en tiempos de crisis: sin primaria no es posible](#). AMF. 2012 [acceso 1 de abril de 2014]; 8 (7): [362-3]. Disponible en: http://rafalafena.files.wordpress.com/2012/09/01_editorial_jul-ago_2012.pdf
273. REPULLO JR. Las debilidades estructurales del Sistema Nacional de Salud ante la crisis económica. Structural weaknesses of the Spanish National Health Service for facing the economic crisis). REFERENT [Internet] 2009 [acceso 1 de abril de 2014]; (8): 4-11. Disponible en: <http://217.149.1.250/index.php?md=documents&id=3078&lg=cat>
274. REPULLO JR. [Taxonomía práctica de la 'desinversión sanitaria' en lo que no añade valor, para hacer sostenible el Sistema Nacional de Salud](#). REV CALID ASIST. [Internet] 2012 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.actasanitaria.com/opinion/punto-de-vista/articulo-taxonomia-practica-de-la-desinversion-sanitaria-en-lo-que-no-anade-valor-para-hacer-sostenible-el-sistema-nacional-de-salud.html>
275. RICO A., BLAKEY E. El impacto de la crisis en Sanidad: Recortes estructurales asimétricos con altos costes diferidos. En: Fundación Encuentro. Informe España 2012. Una interpretación de su realidad social. Fundación Encuentro, 2012.
276. RODRÍGUEZ CHAMORRO MÁ, et al. Influencia de las características sociodemográficas y clínicas en la adherencia al tratamiento farmacológico de pacientes con riesgo cardiovascular. PHARMACEUTICAL CARE ESPAÑA, 2012, vol. 14, nº 4
277. RODRÍGUEZ MARTÍN B. Análisis cualitativo de los cuidados formales en residencias públicas de mayores. Tesis Doctoral. Universidad de Castilla-La Mancha [Internet] 2013 [acceso 10 de abril de 2014]. Disponible en: <https://ruidera.uclm.es/xmlui/handle/10578/3437>
-

278. RODRÍGUEZ ROVIRA E. Salud y personas mayores. La discriminación sanitaria del mayor [Internet] Santander (Cantabria): Academia de Medicina de Cantabria. 2004 [acceso 18 de mayo de 2012]; (194): págs. 57 y ss. Disponible en: http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/SALUD095_Rovira.pdf
279. RUA F. Algunos resultados del programa SPD. [Internet] 9 de abril de 2013. [acceso 1 de abril de 2014] Disponible en: <http://blogs.sefac.org/rincon-linimento/algunos-resultados-del-programa-spd?destination=node/120>
280. SAFH. Posicionamiento de la SAFH, sobre la gestión de la adquisición de medicamentos. [Internet] [acceso 29 de mayo de 2012]. Disponible en: <http://www.safh.org/imagenes/interes/Plan%20SAFH%20sobre%20adquisicionesII.pdf>
281. SAGARDOY BENGOCHEA JA. «Artículo 50. La protección a la tercera edad y el bienestar social». En: Comentarios a las leyes políticas, dirigidos por Óscar Alzaga, T. IV, Edersa, Madrid, 1984
282. SALDAÑA M. La atención farmacéutica. REV SOC ESP DEL DOLOR [revista en Internet] 2006 [acceso 1 de abril de 2014]; 13 (4): 213-215. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v13n4/editorial.pdf>
283. SANFÉLIX-GIMENO G, PEIRÓ S, MENEU R. La prescripción farmacéutica en atención primaria. Informe SESPAS. Gaceta Sanitaria [revista en Internet] 2012 [acceso 1 de abril de 2014]; 26: [41-45]. Disponible en: <http://www.econ.upf.edu/~jimenez/my-public-files/SESPAS2012.pdf>
284. SANHONORATO VÁZQUEZ J y GÓMEZ MORENO JM. La diabetes. Entorno legal [Internet] 2001 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.fundaciondiabetes.org/diabetes/cont05h.htm>
285. Sanidad garantizará la interoperabilidad de las tarjetas "en toda España". CORREO FARMACÉUTICO [Internet] 25 de octubre de 2010 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.correofarmacutico.com/2010/10/25/al-dia/profesion/sanidad-garantizara-la-interoperabilidad-de-las-tarjetas-en-toda-espana>

-
286. Sanidad suspende las centrales de compras. [internet] PM FARMA 08 Mayo 2013 [acceso 13 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.pmfarma.es/noticias/16607-sanidad-suspende-las-centrales-de-compras.html>
287. SANTOS B y PÉREZ I. Dispensación de medicamentos de especial control. En: GAMUNDI PLANAS MC. Farmacia Hospitalaria. Tomo I [monografía en Internet] 3ª ed. SEFH; 2002 [acceso 1 de abril de 2014]; [415-448]. Disponible en: <http://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo1/cap2612.pdf>
288. SEFAC. El farmacéutico comunitario, profesional necesario para garantizar la continuidad asistencial de los pacientes crónicos. NOTA DE PRENSA [Internet] Madrid; 16 de octubre de 2012. [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: http://www.sefac.org/files/NP%20SEFAC_papeldefarmaciteoconlaestrategiadecronicos.pdf
289. SEFH. Atención farmacéutica especializada en centros sociosanitarios y residencias asistidas. [Internet] SEFH [acceso 1 de abril de 2014] Disponible en: www.sefh.es/normas/atencion.pdf
290. SEMPERE NAVARRO. Antecedentes y estructura de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Dependencia. Aranzadi social, 17, 2007
291. Servicio de Farmacia del Complejo Hospitalario de Toledo. Unidad docente para la especialización en Farmacia Hospitalaria. Complejo Hospitalario de Toledo. SESCAM
292. Servicio Canario de Salud. Dirección General de Farmacia. Plan de URM para pacientes crónicos polimedicados [Internet] 2010 [acceso 31 de mayo de 2012]. Disponible en: http://www.gobiernodecanarias.es/sanidad/scs/content/8e632ebb-5137-11df-8125-5700e6e02e85/CAMPA%C3%91A_PacientePolimedicadoPdf.pdf
293. SHARE. [Internet]. [s.l.]. 2012. [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.share-project.org/>
294. SIMÓ J. ¿Algo nuevo sobre el precio de los medicamentos en España? [internet] 2013 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://saluddineroy.blogspot.com.es/2013/05/algo-nuevo-respecto-al-precio-de-los.html>

295. SIMÓ J. España, el país con el mayor porcentaje del gasto en medicamentos de prescripción financiado públicamente [internet] 22 de abril de 2013 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://saluddineroy.blogspot.com.es/2013/04/espana-el-pais-con-el-mayor-porcentaje.html>
296. SIMÓ MIÑANA J, RAMOS MAESTRE MJ, DE PABLO GONZÁLEZ R y GAZTAMBIDE GANUZA MS. ¿Gastamos demasiado en medicamentos? Comparación internacional [internet] 2004 [acceso 1 de abril de 2014]; 18 (9): [12-18]. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?f=10&pidet_articulo=13068664&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=3&ty=160&accion=L&origen=elsevierpt%20&web=http://www.elsevierciencia.es&lan=es&fichero=3v18n09a13068664pdf001.pdf
297. SIMÓ MIÑANA J. El gasto farmacéutico público en España durante los últimos treinta años, consideraciones para su valoración. En: PALOMO L. Treinta años del Sistema Sanitario Español (1981-2011). Treinta años de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública [internet] Madrid: FADSP; 2011 [acceso 7 de mayo de 2013]: [137-153]. Disponible en: <http://www.adspandalucia.es/documentos/sistemasanitario.pdf>
298. Sistema de Salud de Aragón. Costes medios sanitarios, octubre 2010. Saludi. [Internet] 2010 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: http://www.saludinforma.es/opencms/opencms/05_Datos_sanitarios/costes_sanitarios/costes_medios_sanitarios_octubre_2010.html
299. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. Análisis y evaluación de la red de servicios sanitarios dedicados a la dependencia: programas de prevención, atención domiciliaria y hospitalización [Internet] 2005 [acceso 22 de mayo de 2012]. Disponible en: <http://www.imfersomayores.csic.es/documentos/documentos/se-gg-analisis-01.pdf>
300. STREJILEVICH L. Calidad de la atención sociosanitaria en adultos mayores [Internet] 2009 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en:

<http://www.aggmdp.org.ar/CALIDAD%20DE%20LA%20ATENCIoN%20SOCIOSANITARIA%20EN%20ADULTOS%20MAYORES.pdf>

301. SUÁREZ MELLADO G. El respaldo legal a los SPD disipa cualquier duda sobre su utilización. Correo Farmacéutico [periódico en Internet] 5 de septiembre de 2011 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.correofarmaceutico.com/2011/09/05/al-dia/entorno/el-respaldo-legal-a-los-spd-disipa-cualquier-duda-sobre-su-utilizacion>
302. SUÁREZ MELLADO G. SPD: diez largos años esperando la concertación del servicio. CORREO FARMACÉUTICO [Internet] 7 de marzo de 2011 [acceso 30 de mayo de 2012]. Disponible en: <http://www.correofarmaceutico.com/2011/03/07/al-dia/entorno/spd-diez-largos-anos-esperando-la-concertacion-del-servicio>
303. T J. Los COF revisan el nivel de extensión de la receta electrónica. CORREO FARMACÉUTICO [Internet] 26 de febrero de 2014 [acceso 14 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.correofarmaceutico.com/2014/02/26/al-dia/profesion/cof-revisan-nivel-extension-receta-electronica>
304. TOSCANI GIMÉNEZ D. Algunas observaciones críticas sobre el largo y tortuoso camino para el reconocimiento de la situación de dependencia. Aranzadi Social: Revista Doctrinal, ISSN 1889-1209, Vol. 2, N°. 14 (dic), 2009, págs. 73-91.
305. TRUJILLO J. El descuento del 7,5%, un ahorro con aumento encubierto del copago. CORREO FARMACÉUTICO [Internet] 23 de mayo de 2011 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.correofarmaceutico.com/2011/05/23/al-dia/profesion/descuento-75-ahorro-aumento-encubierto-copago>
306. TRUJILLO J. "E-receta: más calidad y seguridad para el paciente, pero ¿con más gasto sanitario? CORREO FARMACÉUTICO [periódico en Internet] 2 de noviembre de 2009 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.correofarmaceutico.com/2009/11/02/al-dia/profesion/e-receta-mas-calidad-y-seguridad-para-el-paciente-pero-con-mas-gasto-sanitario>

307. TRUJILLO J. País Vasco: COF y Economía chocan por el servicio a residencias. CORREO FARMACÉUTICO [Internet] 30 de noviembre de 2009 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.correofarmaceutico.com/2009/11/30/al-dia/profesion/pais-vasco-cof-y-economia-chocan-por-el-servicio-a-las-residencias>
308. TRUJILLO J. Productos sanitarios sin margen y dosis unitarias con pocas recetas. CORREO FARMACÉUTICO [periódico en Internet] 23 de mayo de 2011 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.correofarmaceutico.com/2011/05/23/al-dia/profesion/productos-sanitarios-sin-margen-y-dosis-unitarias-con-pocas-recetas>
309. TRUJILLO JL. Sanidad hará compra centralizada de fármacos para las CCAA que quieran [periódico en internet] 17 de septiembre de 2012 [acceso de 12 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.correofarmaceutico.com/2012/09/17/al-dia/profesion/sanidad-hara-compra-centralizada-farmacos-ccaa-quieran>
310. UNIDAD DE BIOINDUSTRIAS Y FARMACIA. ANTARES CONSULTING. Impacto económico de la no adherencia en los costes farmacéuticos. [Internet] 5 de febrero de 2013 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.antares-consulting.com/uploads/TPublicaciones/2b4bd1b3f6c1cc790f69b63e4967770da8058dfe.pdf>
311. UNITED NATIONS. Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat. World Population Prospects: the 2008 Revisions Population Database. <http://esa.un.org/unpp>
312. Valencia apuesta por centralizar la gestión de los hospitalarios. CORREO FARMACÉUTICO. N° 449. Año XI. p.22.
313. Valencia prepara ya el suministro directo a centros sociosanitarios [periódico en internet] 3 de junio de 2013 [acceso de 12 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.correofarmaceutico.com/2013/06/03/al-dia/profesion/valencia-prepara-ya-el-suministro-directo-a-centros-sociosanitarios>
314. VAZ LEAL F y CANO CARRASCO MA. Clasificación de las deficiencias, discapacidades y minusvalías. Ponencia en libro de

-
- actas del I Congreso virtual: Derecho y discapacidad en el nuevo milenio [Internet] Extremadura: Academia Europea de Yuste; 2002 [acceso 18 de mayo de 2012]. Disponible en: <http://www.proyectojuvenalis.org/docs/clasificacion.pdf>
315. VÁZQUEZ-BARQUERO JL et al. Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF): antecedentes, marco conceptual y estructura. PAPELES MÉDICOS [revista en Internet] 2001 [acceso 18 de mayo de 2012] 10 (4): [177-184]. Disponible en: <http://sedom.es/wp-content/themes/sedom/pdf/4cbc6dd52501bpm-10-4-003.pdf>
316. VERDUGO MA, VICENT C, CAMPO M, DE URRÍES BJ. Definiciones de discapacidad en España: un análisis de la normativa y la legislación más relevante [Internet] SID; 2001. [acceso 10 de febrero de 2013]: [6]. Disponible en: <http://sid.usal.es/idocs/F8/8.4.1-5021/8.4.1-5021.PDF>
317. WHO. Adherence to long-term therapies: evidence for action [monografía en Internet] Ginebra (Suiza): WHO; 2003 [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report/en/index.html
318. WHO. Disability – a global picture. En: WHO. World report on disability 2011. Malta: WHO. 2011. [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf
319. WHO. Educación Sanitaria Popular. En: WHO. “Los Diez Primeros Años de la OMS”. – 1948 a 1958 [Internet] Ginebra (Suiza): WHO; 1958 [acceso 1 de abril de 2014]; [364-371]. Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/publications/14604_\(26\).pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/14604_(26).pdf)
320. WHO. Disability and Rehabilitation. Programmes and Projects. [Internet]. [s.l.]. WHO; 2012. [acceso 1 de abril de 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/disabilities/en/>
321. ZABARTE ME. La dimensión múltiple de la atención a la dependencia: la conexión de los servicios sociales con la Seguridad Social y el Sistema Nacional de Salud. REVISTA MTAS [revista en Internet] 2006 [acceso 22 de mayo de 2012] (65): [49-59]. Disponible en: http://www.empleo.gob.es/es/publica/pub_electronicas/destacadas/revista/numeros/65/Est04.pdf
-

322. ZAFRA E et al. Análisis de la formulación de las políticas sobre envejecimiento en los planes autonómicos sociosanitarios y de atención a las personas mayores en España. GAC SANIT [revista en Internet] 2006 [acceso 21 de mayo de 2012], 20(4): [295-302]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv20n4/original7.pdf>
323. ZUZUÁRREGUI GIRONÉS MS et al. Residencias de ancianos: mayor coordinación, mejores resultados, más eficiencia. Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios [Internet] 2010 [acceso 1 de abril de 2014]; 11(3): [43-56]. Disponible en: <http://www.fundacionsigno.com/archivos/publicaciones/2011r%2010%203%20p43.pdf>