

Informe sobre el CONCIERTO ENTRE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD DE LA COMUNIDAD DE MADRID Y EL COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS DE MADRID:

Reflexiones y propuestas de mejora

1 de 22

En Madrid, mayo de 2022

Del análisis pormenorizado realizado emana una conclusión bastante evidente: No se ha realizado un adecuado seguimiento del concierto, lo que ha provocado el incumplimiento sistemático del mismo, no solo en todo en lo referente a comunicación y colaboración entre profesionales sanitarios e implementación de servicios farmacéuticos, sino en diversos aspectos técnicos imprescindibles para mejorar la asistencia farmacéutica a los ciudadanos madrileños.

Por lo tanto, sugerimos asignar a personal cualificado y experimentado e invitar a agentes a nuestro entender imprescindibles, como son miembros de la patronal Adefarma y a la sociedad científica Sefac tanto en el proceso de negociación como en la comisión del seguimiento.

La comunicación entre profesionales sanitarios es un punto crítico, y debemos dejar claro que, si el farmacéutico comunitario necesita hablar con un médico, es porque requiere de una actuación que solo el médico puede solventar, como por ejemplo un nuevo diagnóstico o una nueva prescripción. Supondría una ineficacia en el sistema el burocratizar el proceso de comunicación poniendo intermediarios como administrativos u otros profesionales sanitarios carentes de estas competencias.

Se deben subsanar los errores técnicos detectados e incluir de forma firme y valiente los servicios profesionales farmacéuticos asistenciales remunerados, ya que es una de las grandes carencias del concierto. Se debe redactar un anexo describiendo los servicios existentes (cribados y detección de enfermedades ocultas, campañas de inmunización por farmacéuticos comunitarios, apoyo colaborativo en el diagnóstico médico, cesación tabáquica...,) y negociar las condiciones de remuneración. No suponemos que sea una negociación fácil ni que se vaya a aceptar en primera instancia por parte de la administración tales demandas, pero él no incorporar tal apartado (una vez más) a la mesa de la negociación es, a nuestro entender, un error estratégico. No podemos seguir esgrimiendo como único argumento de no alcanzar tales competencias que las negociaciones con la administración son complicadas.

También pensamos que se deben incluir nuevos objetivos explícitos en el concierto: sobre racionalización y remuneración de las guardias; sobre acceso a los medicamentos y esto incluye algunos Medicamentos de uso hospitalario (H) y los Medicamentos de diagnóstico hospitalario sin cupón precinto (DHSC) a través también de las Farmacias Comunitarias.

Dicho esto, estas son las propuestas que desde la asociación "Futuro" hacemos para implementar en el nuevo concierto, divididas en dos grandes grupos: subsanación de errores técnicos y propuestas de mejora.

SUBSANACIÓN DE ERRORES TÉCNICOS

3 de 22

1. A lo largo de todo el texto se habla de oficina de farmacia y de farmacéutico de oficina de farmacia. Es trascendental que la administración empiece a oír y usar el término **farmacéutico comunitario**, que implica la actuación como sanitario en el ámbito clínico y asistencial. La oficina de farmacia es una licencia administrativa que permite desarrollar la actividad profesional del farmacéutico comunitario

Además, técnicamente es un error de base. El farmacéutico que ejerce en oficina de farmacia es denominado internacionalmente como farmacéutico comunitario. (Ver definición que se hace en la base de datos Medline: Facilities for the preparation and dispensing of drugs. Year introduced: COMMUNITY PHARMACIES was seen under PHARMACIES 1968-1978)

2. El punto 4 hay que redactarlo entero pues presenta graves carencias. **Que incluirán servicios destinados a mejorar la calidad asistencial a los pacientes y a prevención de enfermedad.**

3. El punto 4.2.1 “En la dispensación, el farmacéutico, además de facilitar el medicamento al paciente, le informa, aconseja e instruye en su correcta utilización, previniendo de forma eficaz los problemas relacionados con los medicamentos y facilitando el cumplimiento terapéutico.”

4. El punto 4.2.4. Estos términos se han quedado obsoletos. **Los SPFA incluyen servicios de atención farmacéuticas (que incluyen indicación, dispensación, conciliación, revisión de botiquines, RUM seguimiento**

farmacoterapéutico, farmacovigilancia...) y los servicios destinados a mejorar la salud comunitaria (detección de enfermedades, detección colaborativa, participación en campañas de inmunización). Este texto debe ser reescrito en función de estos nuevos servicios de los que ya disfrutaban en países vecinos.

5. En el 4.2.5. Se debe mejorar el acceso a las notificaciones, renegociar el tratamiento de los datos y exigir una remuneración para garantizar su éxito y sostenibilidad. De lo contrario todos los pilotos serán minoritarios, sin adopción, sin continuidad.

6. En el 4.2.5, también "Notificación de Sospechas de Reacciones Adversas a Medicamentos" se ha quedado obsoleto. Las incidencias que pueden ocurrir durante la indicación y la dispensación son los llamados problemas relacionados con el medicamento (PRM) y Resultados Negativos Asociados a la Medicación (RNM)

7. En 4.6, en "Procedimiento de pago" El COFM presentará en tiempo y forma la factura correspondiente a las recetas médicas dispensadas con el importe líquido a abonar por la Consejería de Sanidad según el modelo incluido en el Anexo 4. Aquí hay un error de base, de concepto. Facturan las farmacias no el COFM. Pensamos que es fundamental que en los textos haya claridad en que es el COFM quien agrega todas las facturas de las farmacias, pero que los prestadores de medicamentos son los farmacéuticos comunitarios titulares.

8. La cantidad a abonar será la obtenida como consecuencia de los cálculos realizados a partir del importe líquido facturado por el Colegio, menos el importe de las recetas no incluidas en la factura por la primera verificación, si las hubiera, y los ajustes de los importes correspondientes a las verificaciones del mes anterior o que estén pendientes de meses anteriores, comprobaciones posteriores sin perjuicio del pago correspondiente entre el día 17 y 20 de cada mes de las que se deriven del análisis de las recetas médicas individuales.

9. En el anexo de servicios, en “La dispensación es el acto profesional de poner un medicamento a disposición del paciente por el farmacéutico o bajo su supervisión personal y directa, de acuerdo con la prescripción médica formalizada mediante receta, con las salvedades legalmente establecidas, informando, aconsejando e instruyendo al paciente sobre su correcta utilización” Entendemos que esta definición no es correcta: Dispensar no requiere de prescripción médica, es más, en el caso de que la solicitud de un medicamento sea sin prescripción (“Deme esto para...”), el proceso que se ha iniciado desde el Servicio de Dispensación puede transformarse en un Servicio de Indicación”

10. En el mismo párrafo: “Si es un medicamento que requiere prescripción médica, el farmacéutico exigirá la receta en todos los casos.” El farmacéutico no exige, cumple con su obligación legal. Habría que acompañar alguna acción correctiva o disciplinaria hacia los prescriptores que incumplan. Se puede concertar porque la CAM es responsable de la parte de sus médicos.

11. En el anexo de servicios: INFORMACIÓN SOBRE MEDICAMENTOS. Técnicamente se denomina consulta farmacéutica: “Conocer de

forma global y con el consentimiento del paciente, toda la medicación que toma el paciente, otras enfermedades, problemas de salud, alergias e intolerancias, etc. y en su caso, acceder a la hoja de medicación actualizada del paciente con su previo conocimiento", **Esta propuesta es de imposible cumplimiento sin tener información básica del paciente.**

12. "Disponer en la oficina de farmacia de fuentes de información sobre farmacoterapia accesibles, fiables y actualizadas". **Esto ha quedado obsoleto. Lo único que se necesita hoy en día es tener acceso a internet para poder acceder a Fistera o a Medline**

13. "La prestación del servicio farmacéutico a los ciudadanos en el marco de colaboración con el Sistema Nacional de Salud ha de realizarse de igual manera con independencia de la forma de financiación del medicamento y de su exigencia o no de receta médica. La información sobre medicamentos es inherente a la dispensación y se orienta a subsanar posibles errores de interpretación o deficiencias de información detectadas por el farmacéutico en relación con el medicamento dispensado". **Consideramos que se debe eliminar. Además de ser una obviedad es técnicamente incorrecto. Hay ocasiones en el que la dispensación no incluye información personalizada del medicamento (por ejemplo, en un paciente adherente que ya ha usado la medicación, no ha existido cambios en la prescripción y no refiere ninguna incidencia) En cambio puede existir información personalizada al medicamento sin existir dispensación**

14. "Asimismo, a los efectos de esta Ley, la Atención Farmacéutica en relación con la salud pública, se orientará a su participación en la prevención de enfermedades, la promoción de hábitos de vida y entornos saludables y educación sanitaria". **Hoy en día no se habla de**

atención farmacéutica, se habla de "Programas específicos de servicios profesionales farmacéuticos asistenciales, entendidos como aquellas actividades sanitarias prestadas desde la Farmacia Comunitaria por un farmacéutico que emplea sus competencias profesionales para la prevención de la enfermedad y la mejora tanto de la salud de la población como la de los destinatarios de los medicamentos y productos sanitarios, desempeñando un papel activo en la optimización del proceso de uso y de los resultados de los tratamientos. Dichas actividades, alineadas con los objetivos generales del sistema sanitario, tienen entidad propia, con definición, fines, procedimientos y sistemas de documentación, que permiten su evaluación y retribución, garantizando su universalidad, continuidad y sostenibilidad", entendemos que por ello se debería reescribir este párrafo entero.

15. En el anexo de servicios: Con la información disponible en ese momento (como la edad, medicación concomitante, incluidos medicamentos sin prescripción médica obligatoria y medicamentos no financiados de prescripción obligatoria, alergias e intolerancias, otros problemas de salud, embarazo, etc.) el medicamento no es inadecuado para ese paciente. **Creemos que debe revisarse la redacción porque si no es inadecuado, será adecuado.**

16. En "Farmacovigilancia" **Se debería cambiar el título por: Servicios orientados a evaluar y mejorar los resultados de los medicamentos en salud. La farmacovigilancia y el seguimiento farmacoterapéutico se engloban dentro de Servicios orientados a evaluar y mejorar los resultados de los medicamentos en salud**

17. En "Sin perjuicio de las obligaciones recogidas en la legislación, se priorizarán las actuaciones en los siguientes campos en relación con la farmacovigilancia"

- Reacciones adversas graves o inesperadas de cualquier medicamento. Se denominan Problemas relacionados con los medicamentos (PRM). Las RAM es un tipo de PRM

- Nuevos principios activos comercializados
- Medicamentos objeto de publicidad destinados al público.
- Plantas medicinales.
- Productos de parafarmacia (dermofarmacia, dietética, alimentación).

- Medicamentos: (según la AEMPS)
- Sujetos a seguimiento adicional (triángulo negro)
- Biológicos y vacunas
- Homeopáticos
- Fórmulas magistrales
- A base de plantas
- Sospechas de reacciones adversas graves conocidas o no.
- Las reacciones adversas en niños y anomalías congénitas
- Reacciones adversas a largo plazo

18. En el anexo de condiciones necesarias para la dispensación de recetas médicas oficiales; En "El farmacéutico no dispensará de forma repetida envases en cantidad superior a la pauta establecida por el médico para un periodo de dispensación." Siempre que se cuente con la información necesaria, no podemos saber si el médico ha prescrito dos Zintabac para dos meses, o revisar las dispensaciones realizadas en cada dispensación. Si no se puede dispensar, el sistema no debería dejar prescribir

PROPUESTAS DE MEJORA

9 de 22

1. Incorporar a Adefarma y a Sefac a la negociación del concierto
2. Concierto ratificado por la asamblea Ad Hoc del COFM.
3. Por ello proponemos desarrollar en consecuencia este párrafo; “En este marco es fundamental el trabajo que se presta por las oficinas de farmacia existentes en la Comunidad de Madrid, que facilitan y garantizan la accesibilidad al medicamento y al servicio profesional cualificado de los farmacéuticos que en ellas desarrollan su actividad. Para lograr que los medicamentos alcancen los mejores resultados sanitarios se requiere la articulación de una gestión adecuada, moderna y eficaz del servicio farmacéutico que procure y facilite la accesibilidad al medicamento y que, aprovechando las posibilidades que ofrecen las tecnologías de la información y las comunicaciones, mejore la calidad y la seguridad en su utilización”
4. En “La colaboración que se suscribe con el Colegio Oficial de Farmacéuticos, como representante de las oficinas de farmacia, y cuyos contenidos, detalles y desarrollos, se contienen en el presente Concierto, constituye una parte determinante de la política farmacéutica y, en consecuencia, de la política sanitaria en la Comunidad de Madrid”. El COFM representa a la profesión, no a las oficinas de farmacia, que en puridad sólo las representa su patronal. Para no tener una discusión eterna, lo mejor es que lo firme también Adefarma, y no escribir al “COFM como representante de las farmacias comunitarias”.

5. En objeto del concierto “consideren por los firmantes para el usuario del sistema nacional de salud desde una perspectiva de atención integral de la salud”

10 de 22

6. En el objeto del concierto” [...] conforme a su definición en la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, así como la fijación de las condiciones económicas conforme al Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social y a los acuerdos adoptados en el presente Concierto. Ello sin perjuicio de aquellas otras prestaciones y servicios profesionales que se...Es imprescindible desarrollar cuanto antes SPFAs(cribados y detección de enfermedades ocultas, campañas de inmunización por fármacos comunitarios, apoyo colaborativo en el diagnóstico médico, cesación tabáquica, etc).

7. En Requisitos para la colaboración: Consideramos fundamental someterse explícitamente a la ley de contratos. Hay un informe jurídico de FEFE sobre la naturaleza de los conciertos que conviene leer y tener en cuenta para mejorar la posición jurídica de los créditos de los farmacéuticos.

8. En 2.1 Régimen jurídico “y en su caso, los principios generales del Sistema General de Contratación del Sector”

9. En “La concertación de las oficinas de farmacia, objeto del presente concierto se realizará a través de la representación del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid, tal y como establece la disposición adicional sexta de la Ley 19/1996 de Ordenación y Atención Farmacéutica de la Comunidad de Madrid, y el Decreto 2065/1974, de 30 de mayo, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley

General de Seguridad Social" Por seguridad jurídica conviene incorporar la ratificación/firma de Adefarma o bien de una asamblea de titulares de farmacia comunitaria.

11 de 22

10. En "La coordinación de las oficinas de farmacia en el sistema sanitario a través de los Órganos con competencia en el Uso Racional del Medicamento, dentro del Área Única de la Comunidad de Madrid, de acuerdo con el procedimiento habilitado al efecto". "Si el farmacéutico comunitario necesita hablar con un médico, es porque requiere de una actuación que solo el médico puede solventar, como por ejemplo un nuevo diagnóstico o una nueva prescripción. Supondría una ineficacia en el sistema el burocratizar el proceso poniendo intermediarios como administrativos u otros profesionales sanitarios carentes de estas competencias"

11. En 3.2.1 Facilitar los certificados digitales, tanto los certificados de usuario como de servidor. Mantenimiento de las líneas VPN, Macrolan y CPDs que configuran la infraestructura de comunicaciones.
Compromiso del COFM,

12. En el punto 3.4 "La Consejería de Sanidad concederá un distintivo de establecimiento sanitario colaborador a aquellas oficinas de farmacia que se adhieran e implanten de forma efectiva los programas o protocolos específicos desarrollados como consecuencia de este Concierto, para que la población pueda visualizar la capacidad y conocimientos del farmacéutico. Este distintivo especificará los programas o protocolos a los que se adhiere dicha oficina de farmacia". Consideramos necesario añadir: "Que incluirán servicios profesionales farmacéuticos destinados a mejorar la calidad asistencial a los pacientes y a la prevención de enfermedades"

13. La Comisión de Seguridad, en la que participan oficinas de farmacia, el Colegio Oficial de Farmacéuticos y la Dirección General con competencias en materia de prestación farmacéutica del Servicio Madrileño de Salud, se reunirá al menos una vez al semestre, y elevará a la Comisión de Seguimiento del Concierto con esa misma periodicidad, un informe de las actividades y resultados de la citada "Red de Farmacias Centinela". Este punto es necesario revisarlo convenientemente, tal y como está establecido, los datos los genera la farmacia comunitaria y se ponen a disposición de la Comunidad de Madrid.. Para que la RFC sea exitosa, entendemos que debe ser remunerada.

14. Transcurridos dos años desde la incorporación de las oficinas de farmacia seleccionadas de la RFC, se procederá a la renovación de no menos de la décima parte, ni más de la cuarta parte del total de las farmacias incluidas en la RFC, en función de los estratos sanitarios establecidos. Esto hay que modificarlo. Da la impresión de no querer generar un estándar sino limitar el impacto de RFC. Habría que aspirar a que se cubra todo el territorio y que cuantas más se incorporen, mejor.

15. 3.3.2 Añadir "Eliminar la receta en formato papel salvo muy justificadas ocasiones". Debe ser un objetivo la eliminación del papel, por las garantías añadidas que tienen las recetas digitales.

16. 3.3.5 Adaptar la receta electrónica a las modificaciones que se produzcan en el marco de la prestación farmacéutica.

17. Añadir tres puntos más:

- 3.3.6. Desarrollar estrategias de comunicación médico farmacéutico para solventar las incidencias burocráticas que impiden al paciente acceder al medicamento .

- 3.3.7. Desarrollar estrategias de comunicación médico farmacéutico para solventar las situaciones clínicas que requieran de asistencia médica urgente.
- 3.3.8 Impulsar el desarrollo de una receta electrónica universal para medicamentos veterinarios .

18. En el punto 4.2.2. "Aquellas farmacias que no cuenten con la certificación necesaria por no cumplir con los requisitos exigidos o que, contando con ella no puedan realizar determinadas formas farmacéuticas, tendrán que contratar la elaboración por terceros con otras oficinas de farmacia de la Comunidad de Madrid, debidamente autorizadas para tales fines, según el Decreto 65/2009 de 9 de julio, de la Comunidad de Madrid. ": Proponemos añadir: "siempre que haya disponibilidad de materia prima y resto de recursos necesarios para la elaboración de la fórmula, y la prescripción recibida se ajuste a la normativa vigente".

19. "Se revisará la receta y se evaluará la idoneidad de la preparación desde el punto de vista farmacéutico". Entendemos que se debe determinar y definir qué es idoneidad.

20. En el punto 4.3 "En receta electrónica, como paso previo a la dispensación, el farmacéutico, cuando a su juicio profesional, detecte un posible error en la prescripción respecto al número de envases a dispensar, u otras circunstancias relacionadas con el medicamento tratamiento y bloqueará /los envases suficientes/s para la continuidad de envases prescritos. Nos parece mal redactado. ¿qué pasa si hay de menos? se emitirá un mensaje al médico prescriptor y... ¿qué mensaje? Este es el caso de los tratamientos antibióticos que se interrumpen por prescripción insuficiente. Es un problema de fácil solución con las propuestas de dispensación independiente

(complementaria y excepcional) Igual que se hace con la enfermería cuando aplican PS que luego necesitan receta.

14 de 22

21. “Todo ello sin perjuicio de los acuerdos a que puedan llegar las oficinas de farmacia a través del COFM con la Consejería de Sanidad de la comunidad de Madrid”. **Creemos que una redacción ambigua o deficiente podría empeorar el Concierto. Además, al modificarlo, esos acuerdos deberían ser igualmente ratificados por los farmacéuticos con idéntico sistema que el del Concierto.**

22. En el párrafo: “La Administración analizará los errores que sean imputables al sistema informático o electrónico de prescripción, subsanándolos en el menor tiempo posible. Los farmacéuticos, a través del Colegio Oficial de Farmacéuticos, comunicarán a la Dirección General con competencia en materia de prestación farmacéutica del Servicio Madrileño de Salud cualquier error de estas características que se haya detectado” **Es muy importante incorporar control, inspección y sanción de los médicos/servicios que no cumplan con la prescripción legal y obligatoria. Es coherente con otra propuesta anterior.**

23. “En el caso que no se determinen dichos plazos, la Comisión de Seguimiento del Concierto podrá adoptar los acuerdos de plazos que se deban aplicar.” **Es necesario que se comprometan a respetar un tiempo, para que no se dispensen fármacos a precio inferior.**

24. En “La Comisión de Seguimiento del Concierto podrá constituir para ello un grupo o grupos de trabajo de carácter técnico que, bajo la tutela de dicha Comisión, tendrán entre otros fines: definir y concretar las acciones a desarrollar, objetivos, cronograma, diseño de protocolos de trabajo, número de oficinas de farmacia que intervendrán, su relación con los centros de atención primaria, indicadores de resultados

a conseguir, así como la duración del proyecto". Se debería incorporar a las sociedades científicas por tratarse de temas técnicos

15 de 22

25. En el punto 6, en "GRUPOS TÉCNICOS DEL CONCIERTO. GRUPO TÉCNICO DE REVISIÓN DE RECETAS: Se constituirá un Grupo Técnico de Revisión de Recetas que realizará, entre otras, las siguientes funciones: analizar las recetas objetadas por el COFM en el proceso de devolución de recetas, realizando cuantas comprobaciones se consideren oportunas. Resolver sobre las recetas objetadas en el plazo máximo de siete días, contados desde la presentación de dichas objeciones. Elaborar un acta de la reunión, donde conste el acuerdo o discrepancia que recaiga sobre cada una de las recetas objetadas por el Colegio Oficial de Farmacéuticos". En dicho grupo consideramos necesario incorporar a un miembro de Adefarma, al igual que en el grupo técnico de facturación.

26. Proponemos incorporar a Adefarma y Sefac a las comisiones del seguimiento del concierto

27. En "PROCEDIMIENTO DE DISPENSACIÓN" Solamente se refiere a conceptos económicos, obviando el problema que supone para el paciente el necesitar un medicamento y no poder adquirirlo por no contar con la oportuna receta. Debería incluirse un párrafo en el que la consejería y el COFM se comprometan a establecer los criterios bajo los que los farmacéuticos comunitarios pueden realizar dispensación independiente, tanto excepcional como complementaria, como ya se hace en el resto de Europa e incluso en otras comunidades autónomas españolas. No existe ningún impedimento legal insalvable. Ya hay catálogos y protocolos compartidos SEFAC- SEMFYC o SEMERGEN que pueden servir precisamente en el ámbito de un concierto.

28. En el anexo de servicios: “Con la información disponible en ese momento (como la edad, medicación concomitante, incluidos medicamentos sin prescripción médica obligatoria y medicamentos no financiados de prescripción obligatoria, alergias e intolerancias, otros problemas de salud, embarazo, etc.) el medicamento no es inadecuado para ese paciente”. Este párrafo es de imposible cumplimiento, correctamente si no tenemos acceso a la historia médica del paciente. Sugerimos habilitar un módulo para que el farmacéutico pueda acceder a esta información previa autorización del paciente. La historia médica no es de la Comunidad de Madrid, ni de los médicos. Es del paciente.

29. “En el caso que no se realice la dispensación, o en aquellos en los que se detecte una situación que haga necesaria la intervención de un facultativo médico, podrá recomendar al paciente que acuda a su médico, o lo comunicará a través del módulo de receta electrónica, exponiendo por los medios pertinentes el problema detectado a fin de facilitar la comunicación entre los profesionales”. Entendemos que “recomendar” una medida ineficaz, **es imprescindible implementar lo antes posible la comunicación a través de la receta electrónica con el fin de evitar desplazamientos innecesarios a los pacientes y lograr una gestión más eficiente de los recursos humanos y económicos.**

30. En “CONDICIONES NECESARIAS PARA LA DISPENSACIÓN DE RECETAS MÉDICAS OFICIALES” En el punto 1.1.5. “Los farmacéuticos no dispensarán ningún medicamento ni producto sanitario cuando les surjan dudas razonables sobre la validez de la receta médica en formato papel presentada, salvo que se pueda comprobar que corresponde a una prescripción legítima”. Se debe establecer algún procedimiento de urgencia en el cual, desde el COFM, se pueda notificar a la Consejería que en una zona concreta de Madrid se está

detectando por parte de las farmacias comunitaria estas recetas falsas, o personas que las intentan sacar medicamentos con ellas, por si la Consejería puede tomar algún tipo de acción concreta.

17 de 22

31. En el punto 1.13. No podrán dispensarse, en una misma receta médica oficial en formato papel, conjuntamente medicamentos, fórmulas magistrales, preparados oficinales y productos sanitarios financiados. En este párrafo de debería incorporar el compromiso, por parte de la Consejería de Sanidad, de tomar las medidas necesarias para informar a los médicos prescriptores del hecho de que las recetas que contienen varios medicamentos prescritos no son válidas, evitando así molestias innecesarias a los usuarios y aumenta el gasto sanitario al tener que derivar al paciente al centro de salud de nuevo.

32. En el punto 1.1.6, en el párrafo “El farmacéutico sólo dispensará los medicamentos que le sean solicitados por el paciente, independientemente de los medicamentos dispensables que le aparezcan en el módulo de dispensación” Entendemos que para que esto se pueda cumplir, es necesario poder "deshacer" las dispensaciones, porque el farmacéutico puede equivocarse y eso genera conflictos en la farmacia.

33. En el puntos 1.2.1, "Para su dispensación las recetas deben contener los datos relativos al médico prescriptor, paciente, producto prescrito, fechas y firmas correspondientes, conforme a lo establecido en el RD 1718/2010, sobre receta médica y ordenes de dispensación y de acuerdo con la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios y a la normativa en vigor aplicable en ese momento" Debería incorporar el compromiso de la Consejería de Sanidad de adoptar todas las medidas oportunas para informar a los médicos prescriptores de la necesidad de

cumplimentar bien las recetas. Hay que incidir mucho en este tema, que genera una presión enorme de los pacientes en las farmacias.

18 de 22

34. En 1.2.1, en “En el acto previo a la dispensación, las oficinas de farmacia procederán a la identificación de los pacientes mediante la lectura de la banda magnética de la tarjeta sanitaria o mediante un documento que acredite su identidad. **Creemos que este punto se debería eliminar, carece de sentido al igual que la prohibición de teclear la identificación numérica del paciente en el sistema.**

35. “En el caso de recetas prescritas manualmente se aceptarán aquellas en las que el médico haga constar el nombre y dos apellidos del paciente. En este caso el farmacéutico comprobara que dichos datos coinciden con los de la TSI que presente el paciente. Estas recetas podrán ser facturadas si son incluidas en SISCATA o si, en caso de no poder hacerlo así, se le adhiere la pegatina IPAF con los datos de CIPA y código de aportación”. **Creemos que puede implementarse un procedimiento más sencillo**

36. En 1.2.2, en “En el caso de recetas prescritas manualmente se aceptarán aquellas en las que el médico haga constar el nombre y dos apellidos del paciente. En este caso el farmacéutico comprobara que dichos datos coinciden con los de la TSI que presente el paciente. Estas recetas podrán ser facturadas si son incluidas en SISCATA o si, en caso de no poder hacerlo así, se le adhiere la pegatina IPAF con los datos de CIPA y código de aportación” **Consideramos que este punto merece ser revisado. Teclearlo no implica necesariamente un comportamiento ilícito. Parece presuponer que se teclea el CIPA con otros fines..**

37. En 2.2.2. “Si el medicamento prescrito tiene un precio superior al precio menor de su agrupación homogénea, el farmacéutico sustituirá

el medicamento prescrito por el medicamento de precio más bajo de la agrupación homogénea y, en caso de igualdad, dispensará el medicamento genérico”. Entendemos que es el punto de partida del “copago evitable”, y conseguir que un paciente quiera aportar la diferencia, y se financie solo el precio menor, pero acceda al que pretende. Esto es una “evolución” de la normativa estatal perfectamente legal como lo fueron las famosas subastas andaluzas.

38. En 2.2.2. “Si el medicamento prescrito tiene un precio superior al precio menor de su agrupación homogénea, el farmacéutico sustituirá el medicamento prescrito por el medicamento de precio más bajo de la agrupación homogénea y, en caso de igualdad, dispensará el medicamento genérico”. Es un error basar las sustituciones en una política de precios. Hay sustituciones que ahora no son permitidas que no supondrían ningún coste para el Sistema Nacional de Salud, y supondrían un ahorro directo y demostrable. La asociación “Futuro” tiene preparado un documento técnico al respecto por si en algún momento puede ser de utilidad

39. En 2.5, en “Medicamentos excluidos de la Prestación Farmacéutica, admitidos para determinadas indicaciones, En el caso de los medicamentos admitidos exclusivamente para indicaciones concretas, en las recetas de la Comunidad de Madrid, debe constar el “Auto visado” de médico prescriptor. Dicho auto visado deberá estar consignado informáticamente en el caso de las recetas prescritas informáticamente. El auto visado estará consignado a mano en las recetas prescritas manualmente. Aquí ya se deben incorporar los avances en la materia

40. En 5.1, “ABSORBENTES DE INCONTINENCIA DE ORINA” Los absorbentes de incontinencia de orina podrán prescribirse por marca

comercial o por nombre genérico. En este último caso vendrán identificados bajo las siguientes denominaciones. **Deberían prescribirse por Conjunto Homogéneo y que el paciente decida qué marca se adapta mejor a sus necesidades. Tampoco tiene sentido derivar al médico para cambiar un tamaño de absorbente, o u tipo de absorción. Es imprescindible poder realizar la sustitución sin tener que cambiar la prescripción. Si hubiese diferencia de precio, en cualquiera de los casos, acudir al copago, pero permitir la dispensación. Es un producto sanitario, no un medicamento, por lo que no requiere de prescripción médica para ser dispensado (de hecho, el requisito es únicamente por motivos de control de gasto), por lo que es ridículo destinar recursos públicos (consulta médica) para algo tan sencillo de solucionar.**

41. En Servicios Farmacéuticos: "El presente Anexo regula las actuaciones y requisitos para la ejecución de la colaboración en materia de servicios profesionales entre la Consejería de Sanidad y las oficinas de farmacia". **Debería incorporar que, en general, tendrán los mismos estándares profesionales, técnicos y de calidad que los farmacéuticos de atención primaria o los de hospitales.**

42. En las causas de devolución, en T4: "Ausencia de los siguientes datos de consignación obligatoria por el médico prescriptor: nombre o su inicial, apellidos, número de identificación del colegiado, firma. Excepcionalmente, en el caso de que estos datos fueran puestos a mano, la ausencia del segundo apellido o el nombre no será causa de devolución. La ausencia de la fecha de prescripción se adecuará a lo previsto en el punto 1.2.1 de este Anexo." **Entendemos que existe una desproporción, porque solo hay perjuicio para el farmacéutico, o si se cumple con celo, para el paciente. Consideramos necesario que el médico prescriptor se corresponsabilice.**

43. En “Ausencia de diligencia del farmacéutico en el caso de sustituciones autorizadas de acuerdo con el artículo 86.2 de la Ley 29/2006, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios y conforme al procedimiento establecido en la receta médica oficial de la Comunidad de Madrid” **Tenemos dudas sobre si este extremo es realmente necesario.**

44. “Recetas facturadas a precio diferente al establecido, que serán abonadas al precio legalmente autorizado y recogido en el correspondiente Nomenclátor Oficial”. Es importantísimo que tanto la Consejería como el COFM se comprometan a comunicar con la antelación suficiente esta diferencia de precio.

45. En procedimiento de facturación, en el punto 3, “La repercusión de dichos costes se efectuará entre las oficinas de farmacia de esta Comunidad en las condiciones que se establezcan por el Colegio Oficial de Farmacéuticos” **Creemos que si se dice algo al respecto debería ser para incorporar algún principio de proporcionalidad y democracia en la decisión de los costes.**

46. “La estructura de los soportes informáticos se fijará por ambas partes en función de las necesidades o avances tecnológicos que se produzcan, sin que esto suponga cambios en la calidad y contenido de la información, estableciendo de mutuo acuerdo los plazos necesarios para la adaptación de los procesos”. Se debe incorporar el objetivo de que el propio sistema del repositorio alcance una fiabilidad en su programación como para que, si tramita y admite una dispensación completa para un envase, el envase no pueda ser posteriormente revisado contra el farmacéutico.

47. Como sugerencia adicional se debe definir en el plazo de un año, una Cartera de Servicios de Salud Pública que será incorporada a este Convenio. Sugerimos que la ejecución de esa Cartera será llevada a cabo por aquellas Farmacias Comunitarias que así lo quieran y se hayan acreditado, cuando así sea necesario, mediante un programa de formación avalado por Formación Continuada de la Consejería de Sanidad.

48. También sugerimos Llevar a cabo un análisis de situación de los problemas vinculados a los medicamentos de uso animal, y poner en la mesa de negociación una estrategia de mejora, tanto en la prescripción como en la indicación y dispensación.

Asociación Futuro

Farmacéuticos por el desarrollo de la profesión