

**Versión 16/03/2026**

**Proyecto de Decreto .../2026, de ... de ..., de los requisitos para la mejora de la seguridad del paciente en centros y servicios sanitarios de Castilla-La Mancha.**

La seguridad del paciente constituye un pilar esencial en la provisión de servicios de salud de alta calidad. Se entiende por tal el conjunto de estrategias y prácticas orientadas a prevenir, minimizar o neutralizar los riesgos vinculados a la asistencia sanitaria, con el fin de evitar daños innecesarios a los pacientes. En un contexto marcado por la creciente complejidad de los procedimientos sanitarios y la diversidad de los perfiles de los pacientes, garantizar su seguridad emerge como una prioridad ineludible para los profesionales sanitarios y los gestores de políticas de salud.

La Organización Mundial de la Salud mediante la resolución WHA72.6, de 28 de mayo de 2019, acción mundial en pro de la seguridad del paciente, instó a los Estados Miembros a reconocer la seguridad del paciente como una prioridad sanitaria, integrar y aplicar estrategias de seguridad del paciente en todos los programas clínicos y áreas de riesgo y promover una cultura de seguridad.

La legislación a nivel estatal y autonómico incide en la relevancia de gestionar adecuadamente la seguridad del paciente en el ámbito sanitario. Esto se evidencia en los artículos 29 y 59.2 párrafos a) y e) de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, que incluyen las normas de calidad y seguridad y el registro de acontecimientos adversos como elementos de la infraestructura para la mejora de la calidad del Sistema Nacional de Salud, y a nivel autonómico, en el artículo 43 de la Ley 5/2010, de 24 de junio, sobre derechos y deberes en materia de salud de Castilla-La Mancha. Este último, asigna a la consejería competente en materia de sanidad la responsabilidad de promover la implementación de sistemas de registro de eventos adversos en el Sistema Sanitario de Castilla-La Mancha, conforme a la legislación vigente.

En consonancia con las recomendaciones y disposiciones normativas mencionadas, la administración autonómica viene realizando desde el año 2005 diferentes iniciativas dirigidas a mejorar la calidad de la asistencia sanitaria y la seguridad del paciente. En los últimos años, destaca la estrategia de seguridad del paciente de Castilla-La Mancha 2019-2023, como actuación fundamental del Plan de Salud de Castilla-La Mancha Horizonte 2025, y la Red de Expertos y Profesionales en Seguridad del Paciente creada por la Resolución de 06/05/2016, de la Consejería de Sanidad.

Procede establecer una regulación específica en materia de seguridad del paciente para su desarrollo en todos los centros y servicios sanitarios ubicados en la comunidad autónoma, ya sean de titularidad pública o privada, teniendo como objetivo mejorar la seguridad del paciente y promover una cultura de seguridad basada en la gestión de riesgos, la comunicación y el aprendizaje, a partir de la notificación y el registro de incidentes y eventos adversos evitables

que se derivan de la práctica asistencial, con la consiguiente reducción de costes y mejora de la eficiencia del sistema de salud.

A tal efecto, se hace necesario el establecimiento de los elementos organizativos mínimos para asegurar una gestión adecuada de la seguridad del paciente, así como la consolidación de la cultura de seguridad del paciente en el conjunto de los centros y servicios sanitarios ubicados en Castilla-La Mancha; si bien, se tiene en consideración el número de profesionales y las características de la asistencia sanitaria de aquellos para determinar los requisitos específicos.

El contenido de este decreto se estructura en tres capítulos, dos disposiciones adicionales, una disposición transitoria única, una disposición derogatoria única y cuatro disposiciones finales.

En la elaboración de este decreto se tiene en cuenta el Eje 6, Calidad de Vida y Salud, del II Plan Estratégico para la Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres de Castilla-La Mancha, que establece medidas para mejorar el bienestar de la ciudadanía en atención social y sanitaria.

El decreto se ajusta a los principios de buena regulación contenidos en el artículo 129 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

Con base en los principios de necesidad y eficacia, este decreto se presenta como el instrumento idóneo para implementar la regulación prevista en el ordenamiento jurídico. Su finalidad es garantizar el interés general, asegurando que los centros y servicios sanitarios dispongan de todas aquellas medidas, planes y programas necesarios que proporcionen a la ciudadanía una asistencia sanitaria segura y de calidad.

Este decreto es coherente también con el principio de proporcionalidad, ya que contiene la regulación imprescindible para garantizar la consecución de los objetivos que se persiguen y no existen medidas menos restrictivas y menos distorsionadoras que permitan obtener el mismo resultado. Asimismo, el decreto no establece trámites adicionales o distintos a los contemplados en la Ley 39/2015, de 1 de octubre.

También garantiza el principio de seguridad jurídica al evitar interpretaciones ambiguas y precisar conceptos clave con el fin de asegurar su correcta aplicación.

En aplicación del principio de transparencia, en el procedimiento de elaboración se han realizado los trámites preceptivos de consulta pública previa, proceso participativo, información pública y de audiencia a los potenciales interesados.

Por último, respeta el principio de eficiencia en la medida en que permite una gestión racional de los recursos públicos.

En la tramitación de esta norma se han recabado el informe de impacto de género, de impacto demográfico, del Gabinete Jurídico y del Consejo Consultivo de Castilla-La Mancha.

El Estatuto de Autonomía de Castilla-La Mancha, en su artículo 32.3, otorga a la Junta de Comunidades competencias para el desarrollo legislativo y la ejecución en materia de sanidad e higiene, promoción, prevención y restauración de la salud, incluyendo la coordinación hospitalaria.

En su virtud, a propuesta de la persona titular de la Consejería de Sanidad de Castilla-La Mancha, de acuerdo con el dictamen del Consejo Consultivo de Castilla-La Mancha, y previa deliberación del Consejo de Gobierno, en su reunión del día ... de ..... de 2026,

DISPONGO:

CAPÍTULO I

### **Disposiciones generales**

Artículo 1. *Objeto.*

Este decreto tiene por objeto:

- a) Establecer el marco organizativo que han de tener los centros y servicios sanitarios de Castilla-La Mancha para mejorar la gestión de la seguridad del paciente.
- b) Fijar los requisitos y las condiciones mínimas para la implementación de un sistema de notificación de incidentes para el aprendizaje y la mejora continua de la seguridad del paciente.

Artículo 2. *Ámbito de aplicación.*

1. Este decreto es de aplicación a todos los centros y servicios sanitarios públicos, y aquellos centros y servicios sanitarios privados localizados en Castilla-La Mancha que cuenten con una plantilla integrada por 50 o más profesionales sanitarios de acuerdo con la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, cuando cumplan con alguna de las siguientes condiciones:

- a) Posean una autorización de funcionamiento que incluya el régimen de internamiento de pacientes.
- b) Dispongan de autorización para realizar alguna de las siguientes actividades sin el internamiento de pacientes:

1ª Realización de actividades quirúrgicas en centros o servicios de cirugía, conforme a lo regulado en la Orden de 29 de junio de 2007, de la Consejería de Sanidad, sobre autorizaciones administrativas de centros y servicios de cirugía.

2ª Realización de procedimientos diagnósticos o terapéuticos invasivos.

2. Los centros y servicios sanitarios privados que, cumpliendo alguna de las condiciones del apartado anterior, cuenten con menos de 50 profesionales sanitarios en su plantilla, no estarán obligados a establecer el plan de seguridad

del paciente y gestión de riesgos, ni a constituir la comisión de seguridad del paciente.

No obstante, deberán establecer entre sus prácticas seguras, como mínimo, la identificación inequívoca de pacientes y muestras biológicas, la prevención de las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria, incluyendo la higiene de manos, y el uso seguro de medicamentos y productos sanitarios, siguiendo los protocolos aprobados para dichas prácticas por la dirección del centro.

### Artículo 3. *Definiciones.*

A los efectos del decreto, se entiende por:

a) Centro sanitario: conjunto organizado de medios técnicos e instalaciones en el que profesionales capacitados, por su titulación oficial o habilitación profesional, realizan actividades sanitarias con el fin de mejorar la salud de las personas.

Los centros sanitarios pueden estar integrados por uno o varios servicios sanitarios, que constituyen su oferta asistencial.

b) Servicio sanitario: unidad asistencial, con organización diferenciada, dotada de los recursos técnicos y de los profesionales capacitados, por su titulación oficial o habilitación profesional, para realizar actividades sanitarias específicas. Puede estar integrado en una organización cuya actividad principal puede no ser sanitaria.

c) Seguridad del paciente: marco de actividades organizadas que crea procesos, procedimientos, comportamientos, tecnologías y entornos en la atención a la salud, fomenta la cultura de seguridad del paciente, disminuye los riesgos de forma constante y sostenible, reduce la aparición de daños evitables, hace que sea menos probable que se cometan errores y atenúa el impacto de los daños cuando se producen.

d) Incidente de seguridad del paciente: cualquier evento o circunstancia relacionada con la asistencia sanitaria susceptible de producir un daño; evidenciando un riesgo para la seguridad del paciente.

e) Incidente sin daño: incidente de seguridad del paciente que no produce daño, pero que podría haberlo ocasionado si no se hubiera detectado o corregido a tiempo.

f) Evento adverso: incidente de seguridad del paciente que causa un daño, ya sea físico, psicológico o social, y que no es consecuencia de la evolución esperada de su enfermedad.

g) Evento centinela: acontecimiento inesperado que causa, o tiene el potencial de causar, la muerte o un daño físico o psíquico grave a un paciente.

Su aparición se considera una señal de alerta y obliga a la organización a su evaluación inmediata y a tomar medidas para evitar que vuelva a ocurrir.

h) Cultura de seguridad del paciente: conjunto de valores, actitudes, percepciones, competencias y patrones de comportamiento individuales y colectivos de una organización, que determinan el compromiso con la seguridad del paciente y buscan reducir al mínimo el daño que podría sufrir una persona como consecuencia de los procesos de prestación de la asistencia sanitaria.

i) Gestión de riesgos: Conjunto de actividades coordinadas destinadas a prevenir y controlar los riesgos de lesión o daño para un paciente dentro del centro o servicio sanitario.

j) Plan de seguridad del paciente y gestión de riesgos: herramienta a través de la cual se integra la cultura de seguridad del paciente y la gestión de riesgos en el sistema de gestión del centro o servicio sanitario.

k) Referente de seguridad del paciente: persona designada para liderar y coordinar el plan de seguridad del paciente y gestión de riesgos.

l) Comisión de seguridad del paciente: equipo multidisciplinar de profesionales del centro o servicio sanitario dedicado a la planificación, seguimiento y evaluación de las actuaciones en materia de seguridad del paciente y gestión de riesgos.

m) Sistema de notificación de incidentes para la seguridad del paciente: herramienta estructurada que permite el registro de circunstancias o incidentes relacionados con la seguridad del paciente, con el objetivo de analizarlos para aprender de ellos e implementar medidas que mejoren la calidad de la asistencia sanitaria.

#### Artículo 4. *Protección de datos de carácter personal.*

1. El tratamiento de los datos personales se llevará a cabo de conformidad con el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, sobre la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos (Reglamento General de Protección de Datos) y la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales, o normas que las sustituyan.

2. El tratamiento de los datos personales tendrá como única finalidad la gestión, análisis y mejora de la seguridad del paciente, y se limitará a los datos estrictamente necesarios para el cumplimiento de dichos fines, aplicando en todo momento el principio de minimización de datos.

## CAPÍTULO II

### **Marco organizativo para la seguridad del paciente**

Artículo 5. *Elementos que conforman el marco organizativo para la seguridad del paciente.*

Conforman el marco organizativo para la seguridad del paciente los siguientes elementos:

- a) El plan de seguridad del paciente y gestión de riesgos.
- b) El referente de seguridad del paciente.
- c) La comisión de seguridad del paciente.
- d) El sistema de notificación de incidentes para la seguridad del paciente.

Artículo 6. *Plan de seguridad del paciente y gestión de riesgos.*

1. Cada centro o servicio sanitario, cuando resulte obligado a ello, de conformidad con el artículo 2, contará con un plan de seguridad del paciente y gestión de riesgos (en adelante, el plan) aprobado por la dirección del centro, que deberá ser difundido entre su personal.

2. El plan se ajustará en su dimensión y características al centro o servicio sanitario e incluirá, al menos, los siguientes contenidos:

- a) Identificación del centro o servicio sanitario y actividad, debiendo figurar el número de inscripción en el Registro de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios de Castilla-La Mancha.
- b) Identificación de la persona designada como referente de seguridad del paciente en el centro o servicio sanitario.
- c) Análisis de situación y marco organizativo para la seguridad del paciente en el centro o servicio sanitario.
- d) Programa curricular sobre seguridad del paciente y gestión de riesgos y actuaciones formativas dirigidas a los profesionales.
- e) Líneas de actuación en materia de prácticas seguras, en consonancia con los servicios ofertados, entre las que se deberán encontrar:

1ª. Identificación inequívoca del paciente y muestras biológicas.

2ª. Prevención de las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria, incluyendo la higiene de manos.

3ª. Uso seguro del medicamento y productos sanitarios.

4ª. Otras relacionadas con las siguientes áreas de actividad: cirugía y anestesiología, urgencias y emergencias, pacientes críticos, obstetricia y ginecología, pediatría, salud mental, radiaciones ionizantes, hematología, oncología, cuidados y técnicas de enfermería.

Adicionalmente, se podrán abordar otras áreas no incluidas en la relación anterior.

- f) Líneas de actuación en gestión de riesgos.
- g) Sistema de notificación de incidentes para la seguridad del paciente.
- h) Protocolo de comunicación y respuesta rápida ante un evento centinela.
- i) Indicadores de evaluación y seguimiento.

3. El plan tendrá una vigencia de cinco años, debiendo llevarse a cabo una evaluación de objetivos anuales y una evaluación final. Transcurrido el plazo de vigencia deberá procederse a su actualización.

4. La implementación del plan será responsabilidad de la dirección del centro o servicio sanitario, sin perjuicio de las funciones que le corresponden al referente de seguridad del paciente.

5. El plan deberá considerar las diferentes necesidades y especificidades de mujeres y hombres, así como de aquellos colectivos de especial riesgo.

#### *Artículo 7. Referente de seguridad del paciente.*

1. El referente de seguridad del paciente será designado por la dirección del centro o servicio sanitario, quien le proveerá de los recursos necesarios para el desempeño de sus funciones.

En casos de vacante, renuncia, ausencia, enfermedad o imposibilidad de designación, la dirección del centro o servicio sanitario asignará esta función temporalmente a un miembro del equipo directivo.

2. El referente de seguridad del paciente deberá acreditar experiencia o formación específica en seguridad del paciente y gestión de riesgos.

3. Dicho nombramiento tendrá una duración de cinco años y podrá ser renovado por periodos de igual duración.

4. En el caso de los centros y servicios sanitarios en los que concurran los requisitos previstos en el artículo 2.2, no será exigible la designación formal de un referente de seguridad del paciente.

En estos casos, sus funciones serán asumidas por quien ejerza como responsable sanitario del centro, conforme a lo establecido en el Decreto 125/2022, de 7 de diciembre, de autorización de centros, servicios y

establecimientos sanitarios en Castilla-La Mancha y de derogación y modificación de otros decretos en materia sanitaria.

5. Son funciones del referente de seguridad del paciente:

- a) Informar y asesorar a la dirección del centro o servicio sanitario en todos aquellos aspectos que incidan directamente en la seguridad del paciente.
- b) Coordinar e impulsar todas las actuaciones que se desarrollen en materia de seguridad del paciente y gestión de riesgos en el centro o servicio sanitario.
- c) Coordinar la implementación del plan.
- d) Presidir la comisión, liderando las iniciativas que surjan para fortalecer la seguridad del paciente.
- e) Actuar como interlocutor de la comisión con la dirección del centro o servicio sanitario en materia de seguridad del paciente.
- f) Promover y difundir las recomendaciones emanadas de la comisión y de los resultados obtenidos de la implementación del plan.
- g) Asesorar a profesionales, mandos intermedios y a la dirección del centro o servicio sanitario en materia de seguridad del paciente y gestión de riesgos.
- h) Gestionar el sistema de notificación de incidentes para la seguridad del paciente y velar por su correcto funcionamiento.
- i) Coordinar e impulsar las actuaciones que se deriven del proceso de notificación de incidentes para la seguridad del paciente y la gestión de riesgos.
- j) Cualquier otra actuación que, en relación con esta materia, le sea encargada por la dirección del centro o servicio sanitario.

*Artículo 8. Comisión de seguridad del paciente.*

1. La comisión de seguridad del paciente (en adelante, la comisión) estará compuesta, de acuerdo con la cartera de servicios del centro o servicio sanitario, por los siguientes miembros:

- a) El referente de seguridad del paciente, que será su presidente.
- b) Un representante del equipo directivo.
- c) Un profesional, de medicina o enfermería, por cada una de las siguientes áreas de actividad: calidad, medicina preventiva y salud pública, farmacia, laboratorio, radiaciones ionizantes, hospitalización, cirugía, anestesiología, cuidados críticos, ginecología y obstetricia, urgencias, pediatría, atención primaria y salud mental.

Cuando la dirección del centro o servicio sanitario lo considere, podrán incorporarse a la comisión profesionales de otros ámbitos o áreas específicas.

La función de secretaría será ejercida por uno de los miembros de la comisión.

2. La designación de los miembros de la comisión se realizará por la dirección del centro o servicio sanitario a propuesta del referente de seguridad del paciente, por un periodo de cinco años, que podrán ser prorrogados por periodos de igual duración.

En los supuestos de vacante, ausencia o enfermedad, podrán ser sustituidos por otros profesionales designados a tal fin, por la dirección del centro o servicio sanitario a propuesta del referente de seguridad del paciente.

3. La comisión se reunirá en sesiones ordinarias con periodicidad trimestral, previa convocatoria de su presidente; quien podrá convocar, asimismo, sesiones extraordinarias, cuando se requieran por motivos justificados.

Los acuerdos se tomarán por mayoría de votos; en caso de empate, el voto del presidente se considerará dirimente.

4. La comisión elaborará un reglamento de régimen interno, que será aprobado por la dirección del centro o servicio sanitario.

5. En los centros sanitarios de titularidad pública, el régimen de funcionamiento será el previsto en su reglamento de régimen interno, que habrá de respetar las normas establecidas en la Sección 3ª del Capítulo II del Título Preliminar de la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público.

En los centros y servicios sanitarios privados corresponde fijar el régimen de funcionamiento de la comisión a la dirección del mismo. En caso de no ser fijado será de aplicación lo previsto para los centros sanitarios de titularidad pública.

6. Son funciones de la comisión:

a) Elaborar, evaluar, actualizar y difundir el plan, así como elevarlo a la dirección de cada centro o servicio para su aprobación.

b) Proponer e impulsar iniciativas que garanticen la implementación efectiva del plan, promoviendo una cultura creadora de seguridad del paciente.

c) Fomentar entre los profesionales de los centros y servicios sanitarios la notificación de incidentes relacionados con la seguridad del paciente.

d) Evaluar el conjunto de incidentes de seguridad del paciente notificados, identificar áreas de riesgo y proponer a la dirección del centro o servicio sanitario acciones de mejora para la seguridad del paciente.

- e) Realizar el seguimiento de las medidas y recomendaciones que se aprueben por la dirección del centro o servicio sanitario para mejorar la seguridad del paciente.
- f) Participar activamente en la formación, capacitación, concienciación y sensibilización del personal del centro o servicio sanitario en materia de seguridad del paciente y gestión de riesgos.
- g) Recoger y valorar las propuestas que los profesionales y pacientes realicen en materia de seguridad del paciente, recibidas a través de los canales de comunicación internos habilitados al efecto, distintos del sistema de notificación de incidentes.
- h) Llevar a cabo cualquier otra acción que, en materia de seguridad del paciente, le sea solicitada por la dirección del centro o servicio sanitario.

*Artículo 9. Sistema de notificación de incidentes para la seguridad del paciente.*

1. Los centros y servicios sanitarios dispondrán de un sistema de notificación de incidentes para la seguridad del paciente (en adelante, el sistema), como un mecanismo de comunicación voluntario, no punitivo, confidencial y de abordaje sistémico, con el fin de elevar los estándares de calidad y seguridad del paciente en la asistencia sanitaria a través del aprendizaje continuo, derivado del análisis de la información obtenida de los incidentes notificados.
2. Los aspectos procedimentales relativos a la presentación, tramitación, análisis y seguimiento de las notificaciones se desarrollarán mediante orden de la persona titular de la consejería competente en materia de sanidad.
3. El sistema estará a disposición de todos los profesionales del centro o servicio sanitario, quienes recibirán formación e instrucciones específicas sobre su funcionamiento y utilización para la notificación de incidentes.
4. El sistema será gestionado por el referente de seguridad del paciente, quien podrá apoyarse para su gestión en una o más personas con experiencia y capacitación en gestión de riesgos, y conllevará la gestión de todos los incidentes notificados, desde su clasificación hasta la propuesta de actuaciones de mejora y comunicación a la comisión.
5. Para el análisis de los incidentes notificados y en función de su categorización, se podrán crear grupos de trabajo ad hoc, en los que participarán profesionales con los perfiles adecuados, de acuerdo a la naturaleza de los incidentes notificados; quienes elaborarán un informe con los resultados del análisis y las propuestas de mejora para trasladar al referente de seguridad del paciente.
6. El sistema deberá contar con medidas técnicas y organizativas apropiadas para asegurar la confidencialidad de toda la información recabada en la notificación y durante el análisis de la misma.

7. La información generada a través del sistema se utilizará exclusivamente con fines de aprendizaje y mejora de la seguridad del paciente. En ningún caso dicha información podrá ser utilizada con fines sancionadores.

### CAPÍTULO III **Régimen sancionador**

Artículo 10. *Régimen sancionador.*

El incumplimiento de las obligaciones establecidas en este decreto constituirá infracción administrativa en materia sanitaria, siendo de aplicación en cuanto a las infracciones y sanciones lo establecido en la Ley 8/2000, de 30 de noviembre, de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha.

Disposición adicional primera. *Elaboración del plan de seguridad del paciente y gestión de riesgos en los centros y servicios sanitarios del Servicio de Salud de Castilla-La Mancha.*

Para los centros y servicios adscritos al Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (en adelante, Sescam) el plan deberá alinearse con la estrategia y los objetivos definidos a nivel institucional. Este plan se comunicará por la dirección del centro o servicio a la dirección general competente en materia de seguridad del paciente, garantizando su integración y coherencia con las políticas de seguridad sanitaria regionales.

La elaboración del plan deberá cumplir con los requisitos mínimos establecidos en este decreto y promover una cultura de seguridad del paciente y mejora continua en la asistencia sanitaria, con el objetivo primordial de proteger a los pacientes y optimizar la calidad del servicio prestado.

Disposición adicional segunda. *Responsabilidad en materia de seguridad del paciente en los centros y servicios sanitarios del Sescam.*

En los centros y servicios sanitarios del Sescam la implementación de las medidas o actuaciones propuestas desde la comisión será responsabilidad de la dirección del centro o servicio sanitario correspondiente.

Disposición transitoria única. *Régimen transitorio.*

Los centros y servicios sanitarios que se encuentren dentro del ámbito de aplicación de este decreto y que ya estuvieran autorizados, contarán con un plazo de 12 meses desde la entrada en vigor de este decreto para adaptarse a lo establecido en el mismo.

Disposición derogatoria única. *Derogación de la disposición adicional cuarta del Decreto 96/2021, de 23 de septiembre, sobre medidas de prevención y control necesarias para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19.*

Queda derogada la disposición adicional cuarta del Decreto 96/2021, de 23 de septiembre, sobre medidas de prevención y control necesarias para hacer frente a la crisis sanitaria ocasionada por la COVID-19, relativa a la medida excepcional aplicable a la edad de las reses en los festejos taurinos populares, regulada en el Decreto 38/2013, de 11 de julio, por el que se aprueba el Reglamento de los festejos taurinos populares de Castilla-La Mancha.

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

El apartado 2 del artículo 5 del Decreto 23/2013, de 26 abril, por el que se establecen los horarios de atención al público, servicios de urgencia y vacaciones de las oficinas de farmacia y botiquines en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha, queda redactado de la siguiente forma:

“2. Las oficinas de farmacia podrán ampliar el horario mínimo establecido en el artículo 2 de acuerdo con los siguientes módulos y criterios:

a) Módulo A. Las oficinas de farmacia que se acojan a este módulo de horario ampliado deberán permanecer abiertas al público los días laborales de lunes a viernes durante 12 horas, de forma que se cubra el servicio de urgencia diurno. Será obligatoria la contratación de un farmacéutico adjunto más.

b) Módulo B. Las oficinas de farmacia que se acojan a este módulo de horario ampliado deberán permanecer abiertas al público los días laborales de lunes a sábado durante 12 horas, de forma que se cubra el servicio de urgencia diurno. Será obligatoria la contratación de un farmacéutico adjunto más.

c) Módulo C. Las oficinas de farmacia que se acojan a este módulo de horario ampliado deberán permanecer abiertas al público de lunes a domingo, todos los días del año, durante 12 horas, de forma que se cubra el servicio de urgencia diurno. Será obligatoria la contratación de dos farmacéuticos adjuntos más.

d) Módulo D. Las oficinas de farmacia que se acojan a este módulo de horario ampliado deberán permanecer abiertas al público en horario ininterrumpido de 24 horas, durante todos los días del año. Será obligatoria la contratación de tres farmacéuticos adjuntos más. En los supuestos anteriores, deberá tenerse en cuenta si la oficina de farmacia tiene más de un farmacéutico titular, en cuyo caso se descontará el número de titulares adicionales del número de farmacéuticos adjuntos que tuvieran que contratar.”

Disposición final segunda. *Modificación del Decreto 24/2011, de 12 de abril, de la documentación sanitaria de Castilla-La Mancha.*

El Decreto 24/2011, de 12 de abril, sobre la documentación sanitaria de Castilla-La Mancha, queda modificado en los siguientes términos:

Uno. Se añade un apartado 6 al artículo 8, con la siguiente redacción:

“6. El personal de trabajo social que desarrolle sus funciones en los centros, servicios o establecimientos sanitarios únicamente podrán registrar su actividad en los formularios y apartados correspondientes a aspectos sociales y socio-sanitarios de la historia clínica.”

Dos. Se modifica el artículo 15, quedando redactado de la siguiente forma:

“Artículo 15. Uso de la historia clínica por el personal no sanitario.

1. El personal de administración y gestión de los centros, servicios o establecimientos sanitarios solo podrá acceder a los datos de la historia clínica que resulten imprescindibles para el ejercicio de sus funciones, respetando en todo caso el derecho a la intimidad personal y familiar de los pacientes.

2. El personal de trabajo social y de psicología que desarrollen sus funciones en los centros, servicios o establecimientos sanitarios tendrán un acceso limitado exclusivamente a aquellos datos de salud incorporados a la historia clínica que resulten necesarios para el ejercicio de sus funciones.”

Disposición final tercera. *Habilitación.*

1. Se habilita a la persona titular de la consejería competente en materia de sanidad para dictar cuantas disposiciones y resoluciones sean necesarios para el desarrollo de lo dispuesto en el decreto.

2. Se habilita a la persona titular de la Dirección Gerencia del Sescam, para dictar cuantos actos y resoluciones sean necesarios para la ejecución del presente decreto.

Disposición final cuarta. *Entrada en vigor.*

El decreto entrará en vigor a los veinte días de su publicación en el Diario Oficial de Castilla-La Mancha.

Dado en Toledo, el .... de .... de 2026

El Presidente  
EMILIANO GARCÍA-PAGE SÁNCHEZ

El Consejero de Sanidad  
JESÚS FERNÁNDEZ SANZ