

## **PROGRAMA DE PRESTACIÓN FARMACEÚTICA A PERSONAS EN SITUACIÓN DE DROGODEPENDENCIA, A TRAVÉS DE LAS OFICINAS DE FARMACIA DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS**

El Estatuto de Autonomía para Asturias atribuye a la Comunidad Autónoma competencias en materia de salud y bienestar social, cuyas funciones tiene atribuidas la Consejería de Sanidad en virtud del Decreto 4/2012, de 26 de mayo, del Presidente del Principado de Asturias, de reestructuración de las Consejerías que integran la Administración de la Comunidad Autónoma, teniendo asimismo atribuidas las funciones de gestión de los programas de drogodependencia, que desarrolla a través de la Dirección General de Salud Pública, en virtud de lo dispuesto en el Decreto 76/2012, de 14 de junio, por el que se establece la estructura orgánica básica de la Consejería de Sanidad.

El Plan sobre Drogas del Principado de Asturias 2010-2016, aprobado por acuerdo del Consejo de Gobierno de 29 de diciembre del 2010, señala como línea de actuación prioritaria la de trabajar con la sociedad a fin de conseguir una respuesta social organizada frente a los problemas derivados del consumo de drogas en Asturias.

### **CONDICIONES**

**PRIMERA.-** El presente Programa tiene por objeto establecer la colaboración entre el Principado de Asturias, a través de la Consejería de Sanidad, y el Colegio Oficial de Farmacéuticos del Principado de Asturias para la prestación farmacéutica en oficinas de farmacia a personas con problemas de drogodependencia y en tratamiento de mantenimiento con metadona.

**SEGUNDA.-** El Plan de Trabajo Conjunto para el período 2013-2017 consistirá en:

Ofrecer atención farmacéutica en las oficinas de farmacia que voluntariamente se incorporen al Programa, a las personas con dependencia a opiáceos en tratamiento con agonistas (metadona).

#### **Objetivos Específicos:**

- Facilitar la accesibilidad al tratamiento a las personas siempre que cumplan los criterios de inclusión determinados.
- Mejorar su calidad de vida
- Realizar intervenciones encaminadas a la Educación para la Salud de las personas.
- Fomentar un estrecho contacto con el Centro asistencial, para facilitar el proceso de rehabilitación social.
- Intentar modificar otras prácticas de riesgo.

### **Solicitud de acreditación/renovación de acreditación como farmacia dispensadora en el Programa.**

El farmacéutico que desee participar en el Programa cumplimentará la “Solicitud de acreditación como oficina de farmacia dispensadora en el Programa de Prestación Farmacéutica a Personas en Situación de Drogodependencia, a través de las Oficinas de Farmacia del Principado de Asturias” (Anexo 3) dirigida a la persona titular de la Consejería de Sanidad del Principado de Asturias y la enviará al Colegio Oficial de Farmacéuticos de Asturias, que a su vez la remitirá la Consejería de Sanidad.

La acreditación se otorgará por un período máximo de dos años. Será renovable previa solicitud dirigida a la persona titular de la Consejería de Sanidad efectuada con un mínimo de dos meses de antelación a la fecha de terminación de su vigencia. Para la renovación se remitirá la solicitud según modelo (Anexo 4).

En caso de que la solicitud de renovación de acreditación de oficina de farmacia dispensadora no haya sido presentada ante la Consejería en el plazo establecido para ello, se procederá a tramitar la baja de oficio en el programa de dispensación de metadona previa notificación de la Consejería de Sanidad.

### **Cese de la actividad dispensadora de la oficina de farmacia:**

En el caso de que una oficina de farmacia no desee continuar en el Programa, la solicitud de baja en el mismo se hará por escrito dirigido a la persona titular de la Consejería de Sanidad y será efectiva a los 2 meses de la fecha de registro de entrada. Para el cese de actividad se remitirá la solicitud según modelo (Anexo 5).

### **Acceso de las personas a la Oficina de Farmacia.**

La vía de acceso al Programa será por derivación desde los Centros de Salud Mental (CSM) / Unidades de tratamiento de toxicomanías (UTT), que remitirán a la persona susceptible de ser incluida en el Programa a la oficina de farmacia acreditada que ofrezca cobertura asistencial en la zona de residencia de la persona en situación de drogodependencia. El farmacéutico podrá rechazar la derivación si considera que ésta no cumple dichos criterios. En ningún caso las personas podrán acceder directamente a la oficina de farmacia.

Con carácter general el inicio o alta en el Programa se producirá los días primeros de cada mes si la derivación se ha producido en la segunda quincena del mes anterior. Si la derivación tiene lugar en la primera quincena del mes, el alta en el Programa se efectuará el día 15 del mes en curso.

La pauta de actuación seguirá los siguientes pasos:

- Desde el CSM / UTT se enviarán a la oficina de farmacia, debidamente cumplimentados, los siguientes documentos para su constancia y archivo:
  - Contrato de derivación de la persona a la oficina de farmacia
  - Contrato de responsabilidad de recogida y administración de metadona.
  - Hoja de derivación (Anexo 1)

- La oficina de farmacia responderá en un plazo máximo de 7 días.
- Cada oficina de farmacia aceptará como norma general 5 personas. La decisión no será impuesta en ningún caso en contra de la voluntad del farmacéutico. Si el titular de la oficina de farmacia considerase que existe capacidad para atender a un número mayor de usuarios y ello redundara en una mejora del servicio para los mismos; o bien si concurrieran otras circunstancias excepcionales como la presencia de un único servicio en un área geográfica o poblacional grande, este número podría incrementarse de acuerdo con el titular de la oficina de farmacia hasta un número máximo de 15 personas a tratar.
- Las comunicaciones entre el Centro asistencial y la oficina de farmacia se realizarán por escrito, sin perjuicio del contacto telefónico puntual.

#### **Criterios de inclusión.**

- Personas con diagnóstico de dependencia a opiáceos en tratamiento con sustitutivos opiáceos (metadona).
- Usuarios de larga evolución en Programa de mantenimiento con metadona (6 meses o más) con grado aceptable de integración social.
- Personas con dosis de metadona estabilizadas o decrecientes.
- Personas que no generan habitualmente problemas en las tomas y en el seguimiento en su Centro de referencia (pérdidas de dosis, sospecha de desviación ilegal del producto....).

#### **Coordinación de casos.**

- Al menos una vez cada tres meses, el farmacéutico y el médico responsable se reunirán para llevar a cabo una revisión de los casos, de las altas y bajas en el programa y planificar la actividad a desarrollar en el trimestre siguiente. En todo caso, estas reuniones podrán tener periodicidad diferente, previo acuerdo entre ambas partes. Las conclusiones y/o acuerdos de las reuniones quedarán reflejados en la historia clínica de la persona incluida en el Programa.
- Además, el farmacéutico y el médico se mantendrán en contacto para:
  - Revisar la evolución general de las personas incluidas en el Programa.
  - Analizar la aparición de posibles efectos secundarios.
  - Notificación, por escrito, de cambio en las dosis.
  - Notificación de ausencias.
  - Otras incidencias reseñables.

#### **Altas en el Programa.**

- Las personas podrán ser excluidos del Programa en las oficinas de farmacia por alguna de las siguientes circunstancias:
  - Mostrar actitudes negativas que imposibiliten el desarrollo del programa.
  - Consumo o venta de sustancias ilegales en la oficina de farmacia o en sus alrededores.

- Falta de colaboración con los objetivos propuestos.
  - Ausencias injustificadas.
  - Desviación ilícita del sustitutivo opiáceo suministrado.
  - Descompensación clínica que precise atención en el dispositivo asistencial.
- Altas por fin de tratamiento.

Se obtendrá el alta por fin de tratamiento bien a propuesta de la persona incluida en el Programa o del responsable médico, por finalización del mismo o por derivación a otro tipo de recurso.

### **Normas de funcionamiento.**

- Horarios.
  - Las personas acudirán a la oficina de farmacia según un horario pactado, que contemplará como mínimo una franja de dos horas y se pondrá en conocimiento del responsable médico.
  - Se recomienda que el farmacéutico establezca un horario de dispensación para cada persona incluida en el Programa, de tal forma que evite la coincidencia de varios usuarios al mismo tiempo en la oficina de farmacia.
  - El incumplimiento del horario podrá suponer no facilitar la dosis correspondiente al día.
  
- Ausencias
  - Para cualquier ausencia, la persona presentará ante el responsable médico documentos que la justifiquen.
  - El responsable médico comunicará a la oficina de farmacia las ausencias justificadas.
  - Ausencias sin justificar:  
Supondrá la propuesta de alta en la oficina de farmacia y derivación al Centro asistencial para continuar el tratamiento la ausencia durante siete días naturales seguidos o 10 alternos en los últimos tres meses.
  
- Derivaciones temporales.
  - El médico responsable aceptará la derivación temporal a otra oficina de farmacia o decidirá a qué tipo de dispositivo transfiere a la persona en caso necesario.
  - En el supuesto de período vacacional de la oficina de farmacia u otras circunstancias que imposibiliten temporalmente la continuación del Programa, el farmacéutico se pondrá en contacto con el médico responsable de las personas asignadas para comunicárselo. Si no existe otra oficina de farmacia próxima que pueda encargarse temporalmente de sustituirla, el médico decidirá a qué dispositivo deriva los la personas mientras se mantenga esta situación. También informará de esta situación a las personas incluidas en el Programa para garantizar, en todo caso, la continuidad del tratamiento.

- Dispensación de metadona a otras personas.
  - No se suministrarán las dosis de metadona, ni con carácter excepcional, a personas que no tengan la condición de familiares (incluye parejas de hecho). Se exigirá siempre la autorización por escrito de la persona incluida en el Programa y que dicha autorización figure en el contrato de derivación y en el de responsabilidad de recogida (Anexo 1).
  
- Ingresos hospitalarios  
El médico responsable de la persona incluida en el Programa comunicará al farmacéutico la ausencia temporal por ingreso hospitalario, así como la fecha de su reincorporación al programa tras el alta.
  
- Personas incluidas en el Programa detenidas en Comisaría.
  - Una vez acreditada la identidad del detenido y confirmada su inclusión en el Programa de la oficina de farmacia correspondiente:
    - Se solicitará a la Policía que acuda a la oficina de farmacia para que le sea suministrada la dosis del día y se le traslade al detenido.
  - En caso de detención en fin de semana:
    - Se facilitará la dosis del fin de semana a la Policía si consta que la detención se va a prolongar durante el mismo.
    - Se entregará la dosis del fin de semana a familiares autorizados si se prevé su puesta en libertad durante el mismo.

## **Sustitutivos opiáceos utilizados en el Programa**

### **1) Metadona en formulación magistral**

- La oficina de farmacia acreditada se encargará de la adquisición y custodia de la sustancia base. Los envases necesarios para las dosis individualizadas serán facilitados por la Consejería de Sanidad.
- La oficina de farmacia elaborará la solución extemporánea de la sustancia en cantidad suficiente para el consumo de las personas que tenga asignadas. Se prepararán soluciones acuosas de metadona al 1% (10mg / 1ml). Cada farmacéutico decidirá la cantidad necesaria a preparar en función de las dosis y número de personas incluidas en el Programa. En cualquier caso no preparará mayor cantidad de la previsiblemente necesaria para un mes de tratamiento.
- La solución de metadona que se dispense para consumo fuera de la oficina de farmacia llevará una etiqueta en la que figure: nombre de la persona incluida en el Programa, nº de oficina de farmacia, composición (solución de metadona 1%), nº lote, fecha de caducidad (máximo 10 días a partir de la dispensación) y condiciones de conservación.
- La solución de metadona se suministrará con solución acompañante de sabor anaranjado.
- La solución con dosificación individual diaria, determinada por el médico responsable de la persona incluida en el Programa, será administrada por farmacéutico en la oficina farmacia o entregada para varios días, siguiendo la indicación del médico responsable.

- La solicitud de las cantidades previstas deberá acompañarse de una receta oficial de estupefacientes debidamente cumplimentada, y que se adapte a la normativa vigente ( Real Decreto 1675 /2012) , donde figuren los siguientes datos:
  - Posología, dosis total en volumen y mg. de metadona, para un periodo de tratamiento que no supere los tres meses.
  - Nombre de la persona incluida en el Programa y DNI
  - Nombre del médico y número de colegiado.
  - Fecha y firma.
- Esta receta deberá ser confirmada cada mes mediante un nuevo documento.
- Se realizará registro de las dispensaciones en el libro de contabilidad de estupefacientes.
- El farmacéutico registrará cada dispensación en una hoja diseñada al efecto (Anexo 2). Dicha hoja tendrá validez para un mes de tratamiento. En la misma habrá un espacio para la firma de la persona incluida en el Programa o del familiar responsable, en cada una de las dispensaciones efectuadas, que podrá utilizarse si el farmacéutico lo considera necesario.  
Esta hoja es autocopiable: La copia amarilla se remite al médico responsable, la copia blanca será enviada al Colegio Oficial de Farmacéuticos y la copia verde quedará archivada en la oficina de farmacia.
- Se podrán utilizar también registros informáticos previamente validados por la Autoridad Sanitaria.
- El farmacéutico pondrá en marcha todos los mecanismos a su alcance para salvaguardar la confidencialidad del tratamiento y la identidad del usuario, ajustándose a la normativa vigente en materia de protección de datos de carácter personal, según lo reflejado en el Anexo H de este Concierto.

## **2) Otras presentaciones de metadona**

Se incluye en el Programa la posibilidad de dispensación de la presentación de metadona en comprimidos (Metasedín®). Los sobres para las dosis individualizadas de Metasedín® serán facilitadas por la Consejería de Sanidad.

A propuesta de cualquiera de las partes firmantes y en el seno de la Comisión de Seguimiento del Concierto con las oficinas de farmacia, podrá aprobarse la incorporación de otras presentaciones de metadona que contribuyan a avanzar en la integración plena de las personas incluidas en el Programa y puedan reflejar mejor de forma tanto cualitativa como cuantitativa la prescripción médica recibida, tomándose en cuenta en la decisión criterios de eficacia, seguridad y eficiencia. En su caso se establecerán los criterios y cantidades que pudieran admitirse bajo otros tipos de presentación.

### **Dispensación y supervisión del tratamiento.**

- Cada dosis será entregada por el farmacéutico a la persona incluida en el Programa, quien la tomará en su presencia cuando así se haya establecido, firmando a continuación, si se considera oportuno, en la hoja de control de dispensaciones. Este extremo también será válido en el caso de dispensación

para consumo posterior de las dosis, tanto a la propia persona incluida en el Programa como a su familiar.

- El material facilitado al usuario será desechable.
- Entre las actividades a realizar por la oficina de farmacia también se podrá contemplar, previo acuerdo específico, la supervisión de otro tipo de tratamientos, a fin de mejorar el cumplimiento de los mismos por las personas incluidas en el Programa.

#### **Comisión de Seguimiento.**

- Estará constituida por 3 miembros designados por la Consejería de Sanidad y otros 3 por el Colegio Oficial de Farmacéuticos. Esta Comisión se reunirá al menos una vez al año, a fin de realizar un seguimiento del desarrollo del Programa y además siempre que lo solicite alguna de las partes con el objeto de resolver cuantas cuestiones surjan en el desarrollo de su aplicación, así como para proponer las modificaciones a que haya lugar. Se levantará acta de cada reunión, que será remitida a la Comisión de Seguimiento del Concierto con las Oficinas de Farmacia. Finalizado el plazo del año correspondiente se realizará la evaluación del programa.

#### **Formación continuada.**

Previamente a la participación en el Programa y de manera periódica según las necesidades detectadas, se facilitará la actualización de conocimientos y práctica profesional de los farmacéuticos implicados en el mismo.

#### **Indicadores de evaluación:**

- Número de personas incluidas en el Programa.
- Número de abandonos del Programa.
- Cobertura poblacional.
- Número de altas terapéuticas.
- Número de retornos al Programa
- Número de oficinas de farmacia participantes
- Numero de personas incluida en el Programa por oficina de farmacia.

#### **TERCERA.-**

El Colegio Oficial de Farmacéuticos del Principado de Asturias remitirá cuanta información le sea solicitada por la Consejería de Sanidad en relación con el Programa, garantizándose la confidencialidad a los usuarios, conforme a los dispuesto en la Ley Orgánica de 13 de diciembre de 1999, de Protección de Datos de Carácter Personal.

**CUARTA.-** Para el desarrollo del presente Programa, el SESPA abonará 63,70 € euros por cada persona incluida en el Programa y mes a favor del Colegio Oficial de Farmacéuticos del Principado de Asturias.

La cantidad abonada por persona y mes se verá incrementada anualmente en el importe en que varíe el IPC nacional del año anterior.

Las incorporaciones al programa o ceses de oficinas de farmacia que se produzcan del día 1 al 15 incluido, implicarán el abono completo del mes. Caso

de producirse desde el día 16 en adelante, se abonará la mitad de la cuantía mensual establecida.

La Tesorería Delegada del Servicio de Salud del Principado de Asturias cursará las órdenes de pago para el abono efectivo el día 20 del mes siguiente al que corresponde la facturación.

El abono se realizará en la cuenta que previamente hubiera señalado el Colegio Oficial de Farmacéuticos. Si el último día previsto para la fecha límite de pago fuera inhábil, se entenderá que éste se extiende al siguiente día hábil.

La totalidad de los justificantes de la atención prestada a las personas incluida en el Programa deberá remitirse a la Consejería de Sanidad antes del día 10 del mes siguiente.

**QUINTA.-** El Programa se extinguirá en caso de incumplimiento por alguna de las partes de los compromisos adquiridos en el mismo.

**SEXTA.-** La Consejería de Sanidad y el Colegio Oficial de Farmacéuticos del Principado de Asturias se comprometen a no revelar públicamente las oficinas de farmacia ni los centros asistenciales que participan en el Programa. El incumplimiento de este compromiso permitirá a la/s oficina/s de farmacia/s afectada/s solicitar la baja en el mismo.

## **ANEXO 1. CONTRATO TERAPÉUTICO**

---

(Al no existir un modelo normalizado para todos los Centros del SESPA, será válido el que se habilite en cada Centro).

### **CONTRATO DE RESPONSABILIDAD DE RECOGIDA Y ADMINISTRACION DE METADONA.**

D./D<sup>a</sup>.....  
DNI.....Tfno .....  
FECHA.....

Me responsabilizo de la recogida, conservación y administración diaria de la dosis de Metadona prescrita a

D./D<sup>a</sup>.....incluido en el Programa de Metadona.

He sido informado/a de las normas para el correcto uso de este medicamento y eximo al personal del Programa de toda responsabilidad que del mal uso del mismo se derive.

FIRMA DEL RESPONSABLE

SELLO Y FIRMA DEL MÉDICO

**CONTRATO DE DERIVACIÓN A LA OFICINA DE FARMACIA.**

Persona incluida en el Programa D /D<sup>a</sup>.....  
Familiar responsable.....  
Dirección.....  
Tfno.....

He sido debidamente informado del protocolo para la dispensación de metadona a través de las oficinas de farmacia y me comprometo a respetar los requisitos allí establecidos para el normal desarrollo del tratamiento con metadona.

Doy mi consentimiento a que el Programa de Mantenimiento con Metadona, en el que he solicitado mi inclusión voluntaria, se desarrolle en la oficina de farmacia que me sea asignada.

DNI y Firma del la persona  
incluida en el Programa

DNI y Firma familiar responsable

Firma y sello médico

Fecha.....

**ANEXO 2 HOJA DE DERIVACIÓN PROGRAMA METADONA – OFICINA DE FARMACIA ACREDITADA**

---

HOJA DE DERIVACIÓN PROGRAMA METADONA – OFICINA DE FARMACIA ACREDITADA

1.- FILIACIÓN E IDENTIFICACIÓN.

- Apellidos.....
- Nombre.....
- Fecha Nacimiento.....DNI .....
- Domicilio.....
- Teléfono.....
- C.S.M. que deriva .....
- Médico responsable.....Tfno.....

2.- OBJETIVOS Y PAUTAS A SEGUIR.

3.- METADONA QUE TOMARÁ/RETIRARÁ EN LA FARMACIA Y FRECUENCIA.

4.- FAMILIAR RESPONSABLE. DNI Nº

5.- OBSERVACIONES.

6.- FECHA, SELLO Y FIRMA DEL PROFESIONAL RESPONSABLE.

HOJA DE REGISTRO

MES..... AÑO.....

LA PERSONA INCLUIDA EN EL PROGRAMA.....  
DNI .....

DOMICILIO..... TFNO.....

OF. FARMACIA.....Nº.....

DIRECCIÓN..... TFNO.....

DIA Fecha	DOSIS	FIRMA LA PERSONA INCLUIDA EN EL PROGRAMA RESPONSABLE	DIA/ Fecha	DOSIS	FIRMA LA PERSONA INCLUIDA EN EL PROGRAMA RESPONSABLE
1			17		
2			18		
3			19		
4			20		
5			21		
6			22		
7			23		
8			24		
9			25		
10			26		
11			27		
12			28		
13			29		
14			30		
15			31		
16			TOTAL METADONA =		

**OBSERVACIONES DE LA OFICINA DE FARMACIA**

Sello y Firma del farmacéutico/a

### Anexo 3

#### SOLICITUD DE ACREDITACION DE OFICINA DE FARMACIA COMO CENTRO DISPENSADOR DE TRATAMIENTO DE OPIACEOS A PERSONAS EN SITUACIÓN DE DROGODEPENDENCIA

D/D<sup>a</sup>.....titular/cotitulares de la oficina de farmacia número O-.....F, establecida en (localidad) .....C/....., Tfno ....., deseando participar en el **Programa de prestación farmacéutica a personas en situación de drogodependencia a través de las oficinas de farmacia del Principado de Asturias**, según lo dispuesto en el Decreto 18/1990 por *el que se regulan las condiciones y requisitos que deben cumplir los Centros o servicios de tratamiento de opiáceos a personas dependientes* de éstos, así como las normas para su acreditación, y comprometiéndose a mantener las existencias mínimas necesarias para la preparación de las respectivas dosis individualizadas correspondientes al tratamiento de cada la persona incluida en el Programa asignado y a disponer de las condiciones necesarias para permitir el mantenimiento de la calidad del medicamento y garantizar su correcta conservación e identificación,

#### SOLICITA/N

Acreditación de la farmacia como centro dispensador de solución de Metadona y de METASEDIN<sup>®</sup>

Acreditación de la farmacia únicamente como centro dispensador de METASEDIN<sup>®</sup>

.....a.....de.....de .....

Firmado: Titular/Cotitulares

SR. CONSEJERO DE SANIDAD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.

Anexo 4

**SOLICITUD DE RENOVACIÓN DE ACREDITACION  
DE OFICINA DE FARMACIA COMO CENTRO DISPENSADOR DE  
TRATAMIENTO DE OPIACEOS A PERSONAS DEPENDIENTES**

D/D<sup>a</sup>.....titular/cotitulares de la oficina de farmacia número O-.....F, establecida en (localidad) .....C/....., Tfno ....., deseando continuar su participación en el **Programa de prestación farmacéutica a personas en situación de drogodependencia a través de las oficinas de farmacia del Principado de Asturias**, según lo dispuesto en el Decreto 18/1990 *por el que se regulan las condiciones y requisitos que deben cumplir los Centros o servicios de tratamiento de opiáceos a personas dependientes de éstos*, así como las normas para su acreditación, y comprometiéndose a mantener las existencias mínimas necesarias para la preparación de las respectivas dosis individualizadas correspondientes al tratamiento de cada la persona incluida en el Programa asignado y a disponer de las condiciones necesarias para permitir el mantenimiento de la calidad del medicamento y garantizar su correcta conservación e identificación,

**SOLICITA/N**

Renovación de la Acreditación que tiene concedida su farmacia **en las mismas condiciones** que venía ostentando, como centro dispensador de tratamiento de opiáceos a personas dependientes (metadona/Metasedin®).

Renovación de la Acreditación que tiene concedida su farmacia como centro dispensador de tratamiento de opiáceos a personas dependientes, **variando las condiciones (INDICAR LA VARIACIÓN)**

.....  
.....

.....a.....de.....de.....

Firmado: Titular/Cotitulares

**Advertencia:** *La reovación de la acreditación o autorización deberá solicitarse dos meses antes de fecha de terminación de su vigencia*

SR. CONSEJERO DE SANIDAD DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS.

## Anexo 5

### **SOLICITUD DE BAJA VOLUNTARIA DE ACREDITACIÓN DE OFICINA DE FARMACIA COMO CENTRO DISPENSADOR DE TRATAMIENTO DE OPIACEOS A PERSONAS DEPENDIENTES**

D/Dña----- titular de la oficina de farmacia número----- sita en calle----- de ----- manifiesta su deseo de no continuar su participación en el Programa de prestación farmacéutica a personas en situación de drogodependencia a través de las oficinas de farmacia del Principado de Asturias, según lo dispuesto en el Decreto 18/1990 por el que *se regulan las condiciones y requisitos que deben cumplir los Centros o servicios de tratamientos de opiáceos a personas dependientes de éstos*, y solicita su baja en el mismo.