

Requisitos de procedimiento de certificación de los Sistemas de Prescripción y Repositorios de Prescripciones del Sistema de Receta Electrónica Privada

© 2024, CGCOM. Todos los derechos reservados.

Versión 1.2 (Diciembre 2024)

Índice

1. Generalidades	4
2. Solicitud de certificación	6
3. Revisión de la solicitud de certificación	7
4. Certificación/auditoría	8
4.1. Alcance de la auditoría.....	9
4.1.1. Aspectos generales	9
4.1.2. Mandato del equipo auditor.....	9
4.1.3. Metodología de la auditoría.....	10
4.2. Tiempo para la realización de la auditoría	11
4.3. Informe de auditoría	12
4.3.1. Contenido del informe.....	12
4.3.2. Detalles del contenido del informe a proporcionar.....	12
4.4. Proceso de auditoría	13
4.4.1. Preparación general para la auditoría inicial.....	13
4.4.2. Proceso de auditoría.....	14
4.5. Frecuencia de la auditoría	17
5. Revisión de la información y de los resultados de la certificación	17
6. Decisión de certificación	17
7. Documentación de la certificación	19
8. Repositorio de Sistemas de Prescripción y Repositorios de Prescripciones certificados	20
9. Supervisión	20
10. Cambios que afectan a la certificación	22
11. Actuación en caso de no conformidades confirmadas	23
12. Registros	24
13. Quejas y apelaciones	25
14. Flujo del procedimiento de certificación del sistema de receta electrónica privada y/o del Repositorio de prescripción	26
14.bis Flujo del procedimiento de renovación de la certificación del sistema de receta electrónica privada y/o del Repositorio de prescripción	29

14.ter Flujo para modificar alcance certificación	34
14.ater Flujo para la retirada de la certificación	36
15. Otros aspectos administrativos.....	37
16. Control de versiones	40

1. Generalidades

El apartado 7.1 de la norma ISO/IEC 17065:2012 impone las siguientes obligaciones generales al organismo de certificación:

- a) Operar uno o más esquemas de certificación que cubran sus actividades de certificación;
- b) Emplear los requisitos que se encuentran en las normas y en otros documentos normativos especificados¹ para evaluar el Sistema de Prescripción y/o el Repositorio de Prescripciones del Sistema de Receta Electrónica Privada.
- c) Si se requieren explicaciones sobre la aplicación de los documentos del punto anterior para un esquema de certificación específico, éstas deben ser formuladas por personas o comités pertinentes e imparciales que cuenten con la competencia técnica necesaria, y el organismo de certificación debe ponerlas a disposición según solicitud.
- d) Tener en cuenta las especificidades del Sistema de Prescripción y/o el Repositorio de Prescripciones que se va a evaluar;
- e) Asegurar, que se cubren ampliamente todos los aspectos relacionados con la actividad de la entidad evaluada; y,
- f) Basarse en estándares, especificaciones a disposición del público y/o requisitos regulatorios.

Definiciones

Para facilitar la comprensión del presente documento, a continuación, se define el significado de determinadas palabras a los efectos de lo dispuesto en el mismo:

CGCOF: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.

CGCOM: Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos.

CGCOE: Consejo General de Colegios Oficiales de Odontólogos y Estomatólogos.

CGCOP: Consejo General de Colegios Oficiales de Podólogos de España

CGCOM, CGCOP y CGCOE, serán denominados conjuntamente como, los “**Consejos Generales de Prescriptores**”.

¹ ISO/IEC 17007 proporciona una orientación para desarrollar documentos normativos adecuados para este propósito.

CGCOM, CGCOP, CGCOE y CGCOF, serán denominados conjuntamente como, los “Consejos Generales”.

Sistema de Receta Electrónica Privada/SREP: conjunto organizado de agentes, y de plataformas operadas por los mismos o terceros autorizados que, en el ámbito de la sanidad privada, se relacionan en una solución interoperable en base a unos estándares mínimos exigidos por los Consejos Generales, con el fin de facilitar la prescripción a los pacientes, en un soporte electrónico, por los profesionales legalmente facultados para ello, de medicamentos y productos sanitarios para que puedan ser posteriormente dispensados por un farmacéutico o bajo su supervisión, en cualquier oficina de farmacia del territorio nacional, de manera que queden garantizadas las condiciones de interoperabilidad, seguridad en el acceso y transmisión de la información y protección de la confidencialidad de los datos personales, así como el cumplimiento de los requisitos obligatorios para las recetas médicas establecidos en el RD 1718/2010 y el resto de normativa de aplicación.

Sistemas de Prescripción: entidades que voluntariamente decidan participar como prestadoras de servicios en el SREP, en las condiciones establecidas en el mismo, y dotadas de una Plataforma de Prescripción certificada de acuerdo con el presente documento para integrarse con los estándares mínimos del modelo del SREP, que permitan, únicamente a los profesionales facultados para ello, la prescripción de recetas electrónicas válidamente emitidas conforme a los estándares mínimos establecidos en el SREP y lo dispuesto en el RD 1718/2010 y el resto de normativa de aplicación.

Repositorios de Prescripciones (o Repositorio): entidades que voluntariamente decidan participar como prestadoras de servicios en el SREP, dotadas de un Repositorio que deberá estar certificado de acuerdo con el presente documento para integrarse con los estándares mínimos del modelo del SREP, donde se almacenen las recetas electrónicas privadas válidamente emitidas en el SREP desde uno o varios Sistemas de Prescripción certificados con la finalidad de posibilitar el acceso a las mismas a todas las oficinas de farmacia del territorio nacional, en las condiciones establecidas por los Consejos Generales para salvaguardar el correcto funcionamiento del SREP, para su dispensación y resto de funcionalidades previstas en la legislación cuando les sean presentadas por los pacientes en las condiciones legal y reglamentariamente establecidas.

Nodofarma: sistema de nodos de servicios farmacéuticos de titularidad del CGCOF desde el que se dará servicio al SREP para garantizar la interoperabilidad de los diferentes Repositorios de Prescripciones certificados según el presente documento, para operar en el SREP con todas las oficinas de farmacia del territorio nacional, garantizando con ello el derecho de los pacientes a obtener su tratamiento válidamente prescrito, en todo momento y en todas las oficinas de farmacia, de acuerdo con lo establecido en la legislación.

2. Solicitud de certificación²

El apartado 7.2 de la norma ISO/IEC 17065:2012 impone al organismo de certificación la obligación de obtener toda la información necesaria para completar el proceso de solicitud de certificación de acuerdo con el esquema de certificación pertinente³. Como parte de dicha información, el organismo obtiene:

- a) El Sistema de Prescripción y/o el Repositorio de Prescripciones que va a certificar;
- b) Las normas y/ otros documentos normativos para los cuales la entidad evaluada busca la certificación;
- c) Las características generales de la entidad evaluada, incluyendo su nombre y dirección de las ubicaciones físicas, los aspectos significativos de sus procesos y operaciones (si así lo exige el esquema de certificación correspondiente) y cualquier obligación legal pertinente;
- d) La información general relativa a la entidad evaluada, pertinente para el campo de actividad de certificación para el que se presenta la solicitud, tales como sus actividades, recursos técnicos y humanos, instalaciones de laboratorios y/o inspección, y sus funciones y relaciones en una organización más grande, si se diera el caso;
- e) La información relacionada con todos los procesos subcontratados que la entidad evaluada utiliza y que afectarán a la conformidad con los requisitos; si la entidad evaluada ha identificado una o varias entidades legales para prestar sus servicios certificados, el organismo de certificación puede establecer los controles contractuales adecuados sobre las entidades legales en cuestión, si es necesario para una supervisión eficaz; si dichos controles contractuales son necesarios, se pueden establecer antes de proporcionar documentación formal de certificación (ver apartado 2.7 del presente documento);
- f) Toda otra información necesaria, de acuerdo con los requisitos de certificación correspondientes, tal como la información para las actividades

² La solicitud de certificación incluye el supuesto de solicitud para la ampliación del alcance de la certificación, que podría incluir servicios similares, ubicaciones diferentes, etc.

³ Se puede utilizar una variedad de medios y mecanismos para recopilar esta información en diversos momentos, incluyendo un formulario de solicitud. Esta recopilación de información puede ser de forma conjunta o por separado al completar el acuerdo legalmente vinculante (acuerdo de certificación).

de certificación inicial y vigilancia, por ejemplo, los lugares donde se prestan los servicios certificados y el personal de contacto en estas ubicaciones.

3. Revisión de la solicitud de certificación

El apartado 7.3 de la norma ISO/IEC 17065:2012 impone al organismo de certificación las siguientes obligaciones:

- a) Realizar una revisión de la información obtenida (ver apartado anterior) con el fin de asegurarse de que:
 - 1) La información acerca de la entidad evaluada y del Sistema de Prescripción y/o el Repositorio de Prescripciones es suficiente para realizar el proceso de certificación;
 - 2) Se resuelve cualquier diferencia de entendimiento conocida entre el organismo de certificación y la entidad evaluada, incluyendo el acuerdo con respecto a las normas u otros documentos normativos;
 - 3) Se define el alcance de la certificación⁴ solicitada;
 - 4) Se dispone de los medios para realizar todas las actividades de certificación;
 - 5) El organismo de certificación tiene la competencia y la capacidad para llevar a cabo la actividad de certificación.

- b) Si el organismo de certificación se basa en las certificaciones que ya ha otorgado a la entidad evaluada, o que ya ha otorgado a otros clientes, para omitir algunas actividades, entonces debe hacer referencia a las certificaciones existentes en sus registros. Si la entidad evaluada lo solicita, el organismo de certificación debe proporcionar la justificación para la omisión de las actividades.

- c) No acepten ninguna solicitud para la cual no sea competentes o si no puede realizar un proceso de auditoría. En dicho supuesto, el organismo deberá revisar el contrato con la entidad evaluada, a partir de los resultados del análisis de competencias. En concreto, deberá tener la capacidad de demostrar que es capaz de:

⁴ Identificación del servicio para el que se otorga certificación, del esquema de certificación y de las normas y otros documentos normativos, incluida su fecha de publicación, con respecto a los cuales se considera que el servicio es conforme.

- 1) Conocer las áreas de actividad de la entidad evaluada y los riesgos de negocio asociados;
- 2) Definir las competencias necesarias del organismo para que certifique, en relación con el Sistema de Prescripción y/o el Repositorio de Prescripciones del Sistema de Receta Electrónica Privada, y los riesgos relevantes para la seguridad, las vulnerabilidades y los impactos sobre el sistema evaluado; y
- 3) Confirmar la disponibilidad de las competencias exigidas.

4. Certificación/auditoría

El apartado 7.4 de la norma ISO/IEC 17065:2012 impone las siguientes obligaciones generales al organismo de certificación en materia de auditoría de servicios confiables:

- a) Disponer de un plan para las actividades de auditoría que permita gestionar las disposiciones necesarias.
- b) Asignar personal para realizar cada tarea de auditoría que lleve a cabo con sus recursos internos.
- c) Asegurarse de que toda la información y/o documentación necesaria está disponible para llevar a cabo las tareas de auditoría.
- d) Ejecutar las actividades de auditoría que lleva a cabo con sus recursos internos y gestionar los recursos subcontratados (consultar los apartados 4.2.1 y 4.2.2 del documento “Requerimientos para la auditoría de certificación de los Sistemas de Prescripción y Repositorios de Prescripciones del Sistema de Receta Electrónica privada”, respectivamente) según el plan de auditoría. El servicio se debe auditar frente a los requisitos cubiertos por el alcance de la certificación y otros requisitos especificados en el esquema de certificación.
- e) El organismo de certificación únicamente debe basarse en los resultados de una certificación terminada antes de la solicitud de certificación cuando asume la responsabilidad de los resultados y tiene el convencimiento de que el organismo que realizó la auditoría cumple con los requisitos en materia de personal subcontratado y con aquellos especificados por el esquema de certificación.
- f) Informar a la entidad evaluada sobre todas las no conformidades.
- g) Si se han detectado una o más no conformidades, y si la entidad evaluada expresa interés en continuar el proceso de certificación, el organismo de certificación debe proporcionar información con respecto a las labores de

certificación adicionales necesarias para verificar que las no conformidades se han corregido.

- h) Si la entidad evaluada está de acuerdo en completar las labores de certificación adicionales, el proceso que se especifica en el presente apartado 2 se debe repetir para completar las tareas de auditoría adicionales.
- i) Los resultados de todas las actividades de certificación deben documentarse antes de la revisión.

4.1. Alcance de la auditoría

4.1.1. Aspectos generales

La documentación del organismo de certificación deberá incluir las políticas y procedimientos para la implementación de un proceso de auditoría, incluyendo los “listas de comprobación” empleados en la auditoría, y los procedimientos para evaluar la conformidad del Sistema de Prescripción y/o del Repositorio de Prescripciones, con los criterios con los que se lleva a cabo dicha auditoría.

El organismo de certificación deberá asegurar que el alcance y los límites del sistema están claramente definidos en términos de modelo de negocio, organización, instalaciones, activos y tecnología.

El organismo de certificación deberá asegurar que la certificación de los riesgos para la seguridad de la información y el tratamiento del riesgo de la entidad evaluada refleja adecuadamente sus actividades y los límites de sus servicios de receta electrónica.

4.1.2. Mandato del equipo auditor

El organismo de certificación deberá definir y comunicar explícitamente a la entidad evaluada el mandato proporcionado al equipo auditor, que deberá requerir que el equipo examine las estructuras, políticas, procedimientos, prácticas, gestión y operativa de la entidad evaluada, y confirme que este cumple con todos los requisitos relevantes en el alcance de la certificación y que se implementan los procedimientos, de manera que se proporcione confianza en el Sistema de Prescripción y/o en el Repositorio de Prescripciones.

El organismo de certificación dispondrá de un procedimiento para:

- a) Seleccionar auditores y expertos técnicos a partir de sus competencias, formación, calificaciones y experiencia; y,
- b) Supervisar el rendimiento de los auditores durante los procesos de auditoría.

4.1.3. Metodología de la auditoría

La planificación de la auditoría, y su fecha de realización, deberán ser acordadas con la entidad evaluada. El organismo de certificación puede adoptar procedimientos de notificación que se adapten a sus necesidades, pero, como mínimo, deberán asegurar que:

- a) Se celebra una reunión entre el equipo auditor y la Dirección de la entidad evaluada, en la que el equipo proporciona:
 - 1) Una indicación escrita u oral relativa a la conformidad del Sistema de Prescripción y/o el Repositorio de Prescripciones a partir de los criterios con los que se ha realizado la auditoría; y,
 - 2) La oportunidad de preguntar acerca de las conclusiones y sus fundamentos.
- b) El líder del equipo auditor proporciona al organismo de certificación un informe de conclusiones de la conformidad del Sistema de Prescripción y/o del Repositorio de Prescripciones que emplea, a partir de los criterios con los que se ha realizado la auditoría.

El organismo de certificación deberá disponer de procedimientos que sean capaces de verificar si la entidad evaluada ya ha establecido, con anterioridad a la auditoría para la certificación de la conformidad, un programa de auditoría o si ha superado otras auditorías externas o certificaciones para diferentes ubicaciones, proporcionando suficientes evidencias del cumplimiento de todos los requisitos relevantes de la ubicación, especificados en los criterios con los que se realizó la auditoría.

Los procedimientos de auditoría del organismo de certificación:

- a) No deberán presuponer una forma concreta de implementación de un Sistema de Prescripción y/o un Repositorio de Prescripciones, o un formato concreto para la documentación y los registros.

- b) Deberán focalizarse en establecer que la entidad evaluada, y el Sistema de Prescripción que presta y/o del Repositorio de Prescripciones que emplea, cumplen con los requisitos especificados en los criterios con los que se ha realizado la auditoría.

Si se prevé el uso de técnicas de auditoría asistidas por red⁵, la entidad evaluada deberá ser consciente de las posibles implicaciones para la seguridad y la planificación de la auditoría deberá identificarlas cuando se considere apropiado.

4.2. Tiempo para la realización de la auditoría

El organismo de certificación deberá permitir que los auditores dispongan de suficiente tiempo para implementar todas las actividades relacionadas con la auditoría inicial, la de vigilancia y la de recertificación. La distribución de tiempo deberá tener en cuenta los siguientes factores:

- a) El tamaño del alcance del Sistema de Prescripción y del Repositorio de Prescripciones (p.ej. el número de sistemas de información empleados, el número de trabajadores, el número de certificados expedidos o de recetas prescritas empleando el Repositorio de prescripción, el número accesos al Repositorio de prescripción);
- b) La complejidad del Sistema de Prescripción y del Repositorio de Prescripciones;
- c) El tipo(s) de negocio desarrollado dentro del ámbito del Sistema de Prescripción y del Repositorio de Prescripciones;
- d) El alcance y la diversidad de la tecnología utilizada en la implementación de los varios componentes del Sistema de Prescripción y del Repositorio de Prescripciones;
- e) El número de ubicaciones;
- f) El rendimiento previamente demostrado por el Sistema de Prescripción y/o por el Repositorio de Prescripciones;
- g) El alcance en la externalización de trabajos y en los acuerdos con terceras partes empleados en el ámbito del Sistema de Prescripción y del Repositorio de Prescripciones;
- h) Los estándares, especificaciones a disposición del público y requisitos regulatorios aplicables a la certificación; y,
- i) Las certificaciones existentes.

⁵ Por ejemplo, teleconferencias, reuniones web, comunicaciones interactivas basadas en sitios web y acceso electrónico a distancia a la documentación y/o a los procesos del servicio de confianza.

El organismo de certificación deberá documentar una justificación sobre la cantidad de tiempo empleado en cualquier auditoría inicial, de vigilancia y de recertificación.

4.3. Informe de auditoría

4.3.1. Contenido del informe

El informe de auditoría proporcionado a la entidad evaluada, o a cualquier otra parte que tenga una motivación legal para acceder al mismo, deberá contener la siguiente información:

- a) Una explicación de la auditoría, incluyendo un resumen de la revisión del documento y de los estándares, de las especificaciones a disposición del público y/o de los requisitos regulatorios a partir de los cuales se ha desarrollado la auditoría;
- b) Una explicación de la auditoría que dé cuenta de análisis del riesgo para la seguridad de la información de la entidad evaluada;
- c) El tiempo total empleado para la auditoría y una especificación detallada del tiempo utilizado para la revisión documental, la certificación del análisis del riesgo, la auditoría in situ, y la realización del informe de auditoría; y,
- d) Las solicitudes que se han seguido en la auditoría, las razones para su selección, y la metodología empleada, incluyendo una metodología de muestreo y procedimientos de prueba.

4.3.2. Detalles del contenido del informe a proporcionar

El informe de auditoría de la entidad evaluada o las conclusiones proporcionadas por el líder del equipo auditor al organismo de certificación deberá contener suficientes detalles para facilitar y soportar una decisión de certificación y deberá contener:

- a) Las áreas cubiertas por la auditoría, incluyendo requisitos de certificación e instalaciones auditadas, pistas de auditoría significativas que se han seguido y metodologías de auditoría empleadas;
- b) Las observaciones realizadas, tanto positivas como negativas.

- c) Los detalles de cualquier no conformidad identificada, suportada por evidencias objetivas y una referencia de estas no conformidades a los criterios con los que se ha realizado la auditoría; y,
- d) Comentarios sobre la conformidad de la entidad evaluada, y del Sistema de Prescripción y/o Repositorio de Prescripciones, a partir de los criterios con los que se realizó la auditoría, juntamente con una declaración clara de no conformidad, y, cuando sea aplicable, cualquier comparativa útil con los resultados de auditorías previas de dicha Entidad y del sistema de receta médica privada electrónica que presta.

Los cuestionarios, listas de comprobación, observaciones, registros o notas completas del auditor pueden formar una parte integral del informe de auditoría. Si se emplean estos métodos, los documentos deberán ser enviados por el líder del equipo auditor al organismo de certificación como evidencia que soporte la decisión de certificación. La información acerca de las muestras evaluadas durante la auditoría debería ser incluida en el informe de auditoría o en otra documentación para la certificación. El informe deberá tener en cuenta la adecuación de la organización interna y los procedimientos adoptados por la entidad evaluada para proporcionar seguridad en los servicios de confianza.

Con el objetivo de proporcionar una base para tomar la decisión que confirma que la entidad evaluada, y el Sistema de Prescripción y/o el Repositorio de Prescripciones auditado, cumple con los criterios definidos, los auditores deberán producir informes claros que proporcionen suficiente información para tomar dicha decisión.

4.4. Proceso de auditoría

4.4.1. Preparación general para la auditoría inicial

El organismo de certificación deberá requerir que la entidad evaluada establezca todos los acuerdos para la realización de la auditoría, incluyendo disposiciones para examinar la documentación y el acceso a todas las áreas, incluyendo las de los subcontratistas, los registros (incluyendo informes internos de auditoría e informes de revisiones independientes de la seguridad de la información) y del personal con el objetivo de auditar, reevaluar la auditoría y resolver quejas.

Con anterioridad a la auditoría in situ, el organismo de la certificación deberá requerir a la entidad evaluada solicitante que proporcione, al menos, la siguiente información:

- a) Información general relativa al Repositorio de prescripciones y al Sistema de Prescripción y las actividades que cubre;
- b) Información sobre las localizaciones, tamaños y funciones de la entidad evaluada, y de las instalaciones del subcontratista, que proporciona o contribuye a suministrar el Sistema de Prescripción y el Repositorio de Prescripciones;
- c) Una copia de la documentación de las políticas y prácticas que rigen la provisión y la operativa del Sistema de Prescripción y/o del Repositorio de Prescripciones, y, cuando sea necesario, la documentación asociada como la planificación de la infraestructura de red de TI con todos los sistemas relevantes, manuales e instrucciones para la operativa del Sistema de Prescripción y/o del Repositorio de Prescripciones.

4.4.2. Proceso de auditoría

El objetivo de la auditoría es confirmar y certificar que la entidad evaluada, y los servicios de confianza que presta, cumple con los criterios de certificación aplicables.

Con anterioridad a la realización de la auditoría, los auditores deberán revisar qué registros son considerados confidenciales o sensibles para la entidad evaluada de manera que el equipo auditor no pueda examinarlos durante el transcurso de la auditoría. Los auditores deberán juzgar si los registros que pueden ser examinados demuestran que la auditoría es efectiva. Si los auditores concluyen que no se garantiza dicha efectividad, el organismo de certificación deberá informar a la entidad evaluada que la auditoría únicamente se podrá llevar a cabo cuando acepte acuerdos apropiados de acceso a la información confidencial o sensible.

Esta auditoría deberá incluir visitas a las instalaciones de la entidad evaluada. El organismo de certificación deberá estar de acuerdo sobre cuándo y cómo se realiza el proceso de auditoría. Los auditores deberán realizar su auditoría en, como mínimo, dos fases.

4.4.2.1 Fase 1 de la auditoría

Para preparar la auditoría, los auditores deberán obtener y revisar la documentación de la entidad evaluada y de sus servicios auditados. Además, deberán poner en conocimiento de la entidad evaluada cualquier otro tipo de información y registro que pudiera ser requerido adicionalmente para la

verificación realizada durante esta fase de la auditoría, en la que el organismo de certificación también deberá obtener documentación sobre el diseño del Sistema de Prescripción y/o Repositorio de Prescripciones.

El objetivo de la fase 1 de la auditoría es proporcionar información para planificar la fase 2 a través de la obtención de la comprensión de la estructura y extensión de los servicios auditados de la entidad evaluada. La fase 1 de la auditoría deberá incluir, pero no restringirse a, una revisión documental. Otros elementos que pueden ser incluidos en esta fase 1 son: verificación de los registros relativos a las personas jurídicas; acuerdos que cubran la responsabilidad; relaciones contractuales entre la entidad evaluada y los posibles contratistas que operan o que suministran servicios de subcomponentes; auditorías o certificaciones internas/externas, revisión de la gestión, y más investigaciones relativas a la auditoría preliminar de los cumplimientos parciales y no cumplimientos auto-declarados.

Los auditores deberán acordar con la entidad evaluada cuándo y dónde se realiza la fase 1 de la auditoría.

Los informes de la fase 1 deberán ser enviados por el líder del equipo auditor al organismo de certificación debidamente firmados electrónicamente (Ver apartado 15 a) del presente documento “La firma electrónica del auditor.”) Juntamente con la información retenida en el archivo, estos informes deberán contener, como mínimo, la siguiente información:

- a) Una descripción de la estructura organizativa de la entidad evaluada, incluyendo el uso realizado y la estructura organizativa de terceros (subcontratistas) que suministran partes de los servicios de confianza que están siendo auditados;
- b) Un breve resumen de la revisión documental;
- c) Un informe relativo a la auditoría del análisis del riesgo de la seguridad de la información de la entidad evaluada y de sus servicios de confianza que están siendo objeto de auditoría;
- d) Una breve certificación del auditor indicando la probabilidad de que se produzca la fase 2 y si, para esta, son necesarios recursos adicionales.
- e) El tiempo de auditoría invertido en la revisión documental;
- f) Cualquier aspecto preocupante referente a si la entidad evaluada, y el Sistema de Prescripción y/o Repositorio de Prescripciones objeto de auditoría, cumple los requisitos del criterio de auditoría aplicable; y,
- g) La metodología de auditoría empleada en la fase 1.

En todo caso, la revisión documental deberá ser completada antes de iniciar la fase 2 de la auditoría.

Los resultados de la fase 1 de la auditoría deberán ser documentados en un informe escrito que incluya todas las recomendaciones relativas a la planificación para llevar a cabo la fase 2. Las conclusiones de la fase 1, incluyendo la identificación de cualquier aspecto preocupante que pudiera ser clasificado como una no conformidad durante la fase 2 de la auditoría, deberán ser comunicadas a la entidad evaluada.

Para determinar el intervalo temporal entre la fase 1 y 2 de la auditoría, deberán proporcionarse consideraciones a las necesidades de la entidad evaluada para la resolución de los aspectos identificados durante la fase 1. El cuerpo de certificación también podría necesitar revisar sus acuerdos para la fase 2.

El organismo de certificación deberá poner en conocimiento de la entidad evaluada la planificación de la fase 2 de la certificación de la auditoría y de los otros tipos de información y registros que pudieran ser requeridos para una verificación detallada durante esta segunda fase.

4.4.2.2 Fase 2 de la auditoría

Esta fase consiste en una auditoría in situ que persigue validar las conclusiones del informe de la auditoría preliminar y completar la auditoría de los servicios auditados de la entidad evaluada contra los criterios de certificación.

Los informes de la fase 2 deberán ser enviados por el líder del equipo auditor al organismo de certificación debidamente firmados electrónicamente (Ver apartado 15 a) del presente documento "La firma electrónica del auditor.").

Deberá ser llevada a cabo siempre en las instalaciones de la entidad evaluada. A partir de las observaciones documentadas en la fase 1 de la auditoría, los auditores deberán esbozar un plan de auditoría para llevar a cabo la fase 2, cuyos objetivos sean:

- a) Confirmar que la entidad evaluada cumple sus propias políticas, objetivos y procedimientos; y,
- b) Confirmar que los servicios de confianza implementados se adecuan a los requisitos de los criterios de auditoría aplicables y que son seguidos por las políticas, objetivos y procedimientos.

Para ello, la auditoría deberá centrarse en la recopilación de evidencias de los servicios de confianza que tengan relación con:

- a) La implementación de los criterios de auditoría del Sistema de Prescripción y/o Repositorio de Prescripciones;
- b) Los procesos y procedimientos organizativos del Sistema de Prescripción y/o Repositorio de Prescripciones;
- c) Los procesos y procedimientos técnicos del Sistema de Prescripción y/o del Repositorio de Prescripciones;
- d) Las medidas implementadas para la seguridad de la información del Sistema de Prescripción y/o del Repositorio de Prescripciones;
- e) La seguridad física de las instalaciones relevantes de la entidad evaluada.

4.5. Frecuencia de la auditoría

En un **periodo de tiempo no superior a dos (2) años** se debe realizar una recertificación completa de la auditoría, excepto en el caso que sea requerido por la legislación aplicable o por el esquema comercial aplicados en el presente documento.

5. Revisión de la información y de los resultados de la certificación

El apartado 7.5 de la norma ISO/IEC 17065:2012 impone al organismo de certificación las siguientes obligaciones en referencia al proceso de revisión de la información y los resultados de la certificación. En concreto:

- a) Debe asignar por lo menos a una persona para que revise dicha información y resultados. La revisión se debe realizar por personas que no hayan estado involucradas en el proceso de certificación.
- b) Las recomendaciones para una decisión sobre la certificación con base en la revisión se deben documentar, a menos que la revisión y la decisión sobre la certificación se realicen simultáneamente por la misma persona.

6. Decisión de certificación

El apartado 7.6 de la norma ISO/IEC 17065:2012 impone al organismo de certificación las siguientes obligaciones en referencia al proceso de decisión de certificación. En concreto:

- a) Debe ser responsable de sus decisiones en relación con la certificación y debe conservar la autoridad en tales decisiones;
- b) Debe asignar por lo menos a una persona para que tome la decisión de certificación basada en toda la información relacionada con la certificación, su revisión y toda otra información pertinente. La decisión de certificación se debe llevar a cabo por una persona o un grupo de personas (p.ej. un comité) que no hayan estado involucradas en el proceso de certificación/auditoría⁶.
- c) La persona o personas, excluyendo los miembros de los comités, asignadas por el organismo de certificación para tomar la decisión sobre la certificación deben ser empleadas o estar bajo contrato con uno de los siguientes:
 - 1) El organismo de certificación Una entidad bajo el control organizacional del organismo de certificación (ver el apartado 2.6 d), a continuación)).
- d) El control organizativo de un organismo de certificación debe corresponder a uno de los siguientes:
 - 1) Propiedad total o mayoritaria de otra entidad por parte del organismo de certificación;
 - 2) Participación mayoritaria por parte del organismo de certificación en la junta de directiva de otra entidad;
 - 3) Autoridad documentada del organismo de certificación sobre otra entidad en una red de entidades legales (a la cual pertenece el organismo de certificación), vinculada por propiedad o por el control de la junta directiva.
- e) Las personas empleadas por, o con contratos con, entidades bajo control de la organización deben cumplir los mismos requisitos que las personas empleadas por, o con contrato con, el organismo de certificación.
- f) Deber de notificar a la entidad evaluada la decisión de no otorgar la certificación, debiendo identificar las razones que motivan tal decisión.

Por otra parte, podrá existir tres posibilidades relativas la decisión de certificación:

⁶ La revisión y la decisión de certificación se pueden realizar simultáneamente por la misma persona o grupo de personas.

- a) **Certificado:** el Sistema de Prescripción y/o el Repositorio de Prescripciones auditado cumple los criterios y queda certificado como conforme. Este estado implica alcanzar la homologación automática en el SREP o en caso de recertificación conseguir la renovación automática de la homologación en el SREP, sin ser necesario que la CS del SREP tome acuerdo.
- b) **Condicionado:** cuando la entidad evaluada supera la auditoría con no conformidades pendientes de ser solucionadas, siempre que estas no impacten en su capacidad de cumplir el servicio previsto. En este sentido, la certificación queda condicionada hasta que se implementen las medidas correctivas dentro de los tres (3) meses siguientes a la finalización de la auditoría (dependiendo del tipo y criticidad de dichas medidas), debiendo aportar con carácter previo un nuevo informe de auditoría que verifique la resolución de los condicionantes mencionados. En caso de que en este plazo no se acredite la implementación de las medidas correctivas y la superación de las no conformidades, el Sistema de Prescripción y/o Repositorio de prescripciones pasará a estado de No certificado.
- c) **No certificado:** el Sistema de Prescripción y/o el Repositorio de Prescripciones auditado no queda certificado como conforme. Este estado implica no alcanzar la homologación en el SREP en caso de ser una solicitud de alta. En caso de ser una renovación implica una pérdida automática de la homologación en el SREP. La entidad solicitante, no obstante, dispondrá de tres meses para realizar una nueva solicitud de certificación del Sistema y aportar un nuevo informe de auditoría.

7. Documentación de la certificación

El apartado 7.7 de la norma ISO/IEC 17065:2012 impone al organismo de certificación las siguientes obligaciones en materia de documentación de la certificación. En concreto:

- a) Debe proporcionar a la entidad evaluada la documentación formal de la certificación que indique claramente o permita la identificación de los siguientes aspectos:
 - 1) El nombre y la dirección del organismo de certificación;
 - 2) La fecha en que se otorga la certificación (esta fecha no debe ser anterior a la fecha en la cual se tomó la decisión sobre la certificación);
 - 3) El nombre y la dirección de la entidad evaluada;
 - 4) El alcance de la certificación;

- 5) El plazo de vigencia o la fecha de expiración de la certificación, si esta expira después de un periodo establecido; y,
 - 6) Cualquier otra información requerida por el esquema de certificación.
- b) La documentación formal de la certificación debe incluir la firma electrónica u otra autorización definida de las personas del organismo de certificación a quienes se ha asignado tal responsabilidad.
- c) La documentación formal de certificación únicamente se debe emitir después o simultáneamente con las siguientes actividades:
- 1) Cuando se ha tomado la decisión de otorgar o ampliar el alcance de la certificación;
 - 2) Se ha cumplido con los requisitos de la certificación; y,
 - 3) Se ha completado/firmado el acuerdo de certificación

8. Repositorio de Sistemas de Prescripción y Repositorios de Prescripciones certificados

El apartado 7.8 de la norma ISO/IEC 17065:2012 impone al organismo de certificación la obligación de mantener información sobre los servicios certificados que contendrá, por lo menos, los siguientes datos:

- a) Identificación del servicio;
- b) Normas y otros documentos normativos con los cuales se ha certificado la conformidad; e,
- c) Identificación de la entidad evaluada.

Las partes de esta información que es necesario publicar o poner a disposición según solicitud en un repositorio (a través de publicaciones, medios electrónicos u otros medios) están estipuladas en el esquema correspondiente. Como mínimo, el organismo de certificación debe suministrar información, según solicitud, acerca de la validez de una certificación determinada.

9. Supervisión

El apartado 7.9 de la norma ISO/IEC 17065:2012 impone al organismo de certificación las siguientes obligaciones en materia de supervisión y monitorización. En concreto:

- a) Si el esquema de certificación requiere supervisión, o según se especifica en los apartados c) y d) (a continuación), el organismo de certificación debe iniciar la supervisión del servicio cubierto por la decisión de la certificación de acuerdo con el esquema de certificación.
- b) Cuando la supervisión emplea certificación o auditoría, revisión o una decisión de certificación, se deben satisfacer los requisitos indicados en el documento “Requisitos para la auditoría del sistema de receta médica privada electrónica”, y en los apartados 2.5 y 2.6 del presente documento, respectivamente.
- c) Cuando se autoriza el uso continuo de una marca de certificación para un servicio, se debe establecer la supervisión, y se deben incluir actividades periódicas de monitoreo para asegurar la continuidad de la validez de la demostración del cumplimiento de los requisitos que afectan a dicho servicio.
- d) Se deberá definir un programa periódico de supervisión y recertificación que incluya auditorías in situ para verificar que la entidad evaluada, y el Sistema de Prescripción que presta y/o del Repositorio de Prescripciones que emplea, mantiene su cumplimiento con los requisitos. Se recomienda que, como mínimo, se realice una auditoría de supervisión anual entre medio de las auditorías completas de recertificación.
- e) Las siguientes actividades deberán formar parte de la auditoría de supervisión:
 - 1) Revisión de las acciones emprendidas sobre las no conformidades identificadas durante la auditoría previa;
 - 2) Revisión de la estrategia de muestreo de diferentes ubicaciones, si en la auditoría previa se aplicó el muestreo;
 - 3) Revisión de cualquier cambio en la documentación y en la operativa de la entidad evaluada;
 - 4) Revisión de auditorías internas y revisión por parte de la Dirección;
 - 5) Tratamiento de quejas;
 - 6) Uso de marcas/logotipos y/o cualquier otra referencia a la certificación de la conformidad; y,
 - 7) Revisión de toda declaración pública de la entidad evaluada relacionada con sus operaciones (p.ej. material promocional, sitio web).
- f) Las auditorías de vigilancia no necesitan ser, necesariamente, auditorías completas del sistema. Deberán ser planificadas juntamente con otras

actividades de supervisión y tener en consideración la aplicación previa de una estrategia de muestreo de diferentes ubicaciones.

- g) Adicionalmente, el auditor deberá examinar una muestra de los registros relacionados con las operaciones de la entidad evaluada transcurridas durante el periodo temporal comprendido desde la auditoría anterior a la actual;
- h) Los informes de supervisión deberán contener información auditada sobre la eliminación de las no conformidades reveladas con anterioridad.

10. Cambios que afectan a la certificación

El apartado 7.10 de la norma ISO/IEC 17065:2012 obliga al organismo de certificación a:

- a) Comunicar a todos sus clientes cualquier cambio introducido en el esquema de certificación que les afecte. Deberá existir un procedimiento por parte del organismo de certificación para negociar los cambios que afecten a la certificación con cada cliente. Además, también deja bien claro que los procesos de notificación y decisión sobre la certificación serán anteriores a la implementación de las medidas o cambios;
- b) Verificar la implementación de los cambios por parte de la entidad evaluada y emprender las acciones requeridas por el esquema.
- c) Considerar otros cambios que afectan a la certificación, incluyendo los cambios iniciados por la entidad evaluada, y decidir sobre la acción más adecuada.
- d) Las acciones para implementar los cambios que afectan a la certificación deben incluir, según sea necesario, las siguientes actividades:
 - 1) Certificación/auditoría
 - 2) Revisión (ver el apartado 2.5 del presente documento);
 - 3) Decisión (ver el apartado 2.6 del presente documento);
 - 4) Emisión de documentación formal de certificación revisada (ver el apartado 2.7 del presente documento) para ampliar o reducir el alcance de la certificación;
 - 5) Emisión de documentación de certificación de las actividades de supervisión revisadas (si la monitorización forma parte del esquema de certificación).
- e) Los registros (ver el apartado 2.12 a continuación) deben incluir la justificación para excluir cualquiera de las actividades mencionadas.

Los siguientes cambios serán considerados relevantes:

- a) Cambios considerables en la documentación de la entidad evaluada;
- b) Cambios en las políticas, objetivos o procedimientos de la entidad evaluada que afectan al Sistema de Prescripción y/o al Repositorio de Prescripciones;
- c) Cambios relevantes en la seguridad;
- d) Inclusión en el alcance un nuevo Sistema de Prescripción y/o un Repositorio de Prescripciones; o
- e) Cambios considerables en los sistemas de TI o en los procesos de negocio empleados por la entidad evaluada, incluyendo el traslado de la mayor parte de los sistemas a otra ubicación física.

11. Actuación en caso de no conformidades confirmadas

El apartado 7.11 de la norma ISO/IEC 17065:2012 impone al organismo de certificación la consideración y decisión sobre la acción adecuada a emprender en caso de confirmación de una no conformidad con los requisitos de la certificación. En concreto, dicha acción incluirá una de las siguientes posibilidades⁷:

- a) Mantener la certificación bajo condiciones especificadas por el organismo de certificación (por ejemplo, incrementar la supervisión);
- b) Reducir del alcance de la certificación para eliminar las variantes del servicio no conforme. En este caso, el organismo de certificación debe tomar las acciones especificadas por el esquema de certificación y debe hacer todas las modificaciones necesarias en los documentos formales de la certificación, la información pública, las autorizaciones para el uso de marcas de conformidad, etc., con el fin de asegurarse de que el alcance reducido de la certificación se comunica claramente a la entidad evaluada y se especifica con claridad en la documentación de la certificación y en la información pública;
- c) Suspender temporalmente la certificación a la espera de la implementación de acciones remediadoras por parte de la entidad evaluada. En cuyo caso, el organismo de certificación debe asignar a una o más personas para que establezcan y comuniquen a la entidad evaluada:
 - 1) Las acciones necesarias para finalizar la suspensión y restablecer la certificación de los servicios de acuerdo con el esquema de certificación;
 - 2) Cualquier otra acción requerida por el esquema de certificación. Estas personas deben ser competentes con respeto a su conocimiento y

⁷ Siempre que la acción implementada incluya la certificación, revisión o decisión de certificación, se deben cumplir los requisitos de los apartados 2.4, 2.5 o 2.6, respectivamente.

comprensión de todos los aspectos del tratamiento de las certificaciones suspendidas.

d) Retirar la certificación.

Si la certificación se finaliza (a solicitud de la entidad evaluada), se suspende o se retira, el organismo de certificación debe implementar las acciones especificadas en el esquema de certificación y debe hacer todas las modificaciones necesarias en los documentos formales de la certificación, la información pública, las autorizaciones para el uso de logotipos de conformidad, etc. con el fin de asegurarse de que estos no suministran indicación alguna de que el servicio sigue estando certificado.

Toda certificación, revisión o decisión necesaria para resolver la suspensión, o que se requiera por el esquema de certificación, se debe llevar a cabo de acuerdo con las partes aplicables de los apartados 2.4, 2.5, 2.6, 2.7 c), 2.9 y en el párrafo anterior.

Si se restablece la certificación después de la suspensión, el organismo de certificación debe hacer todas las modificaciones necesarias en los documentos formales de la certificación, la información pública, las autorizaciones para el uso de las marcas de conformidad, etc., con el fin de asegurarse de que existen todas las indicaciones correspondientes de que el servicio sigue estando certificado.

Si se decide reducir el alcance de la certificación como condición para su restablecimiento, similarmente, el organismo de certificación debe hacer todas las modificaciones necesarias en los documentos mencionados en el anterior párrafo, con el fin de asegurarse de que se comunica claramente la reducción del alcance de la certificación a la entidad evaluada y que esto se especifica con claridad en la documentación de la certificación y la información pública.

12. Registros

El apartado 7.12 de la norma ISO/IEC 17065:2012 impone al organismo de certificación las siguientes obligaciones en materia gestión de registros:

- a) Conservar los registros que demuestren que se han cumplido eficazmente todos los requisitos del proceso de certificación (los de esta Norma Internacional y los del esquema de certificación)

- b) Preservar la confidencialidad de los registros. Los registros se deben transportar, transmitir y transferir de manera que se asegure la conservación de la confidencialidad.
- c) Si el esquema de certificación implica la recertificación completa de los servicios dentro de un ciclo determinado, se deben conservar, como mínimo, registros del ciclo actual y del anterior. O bien, se deben conservar los registros durante un periodo definido por el organismo de certificación.

13. Quejas y apelaciones

El apartado 7.13 de la norma ISO/IEC 17065:2012 impone al organismo de certificación las siguientes obligaciones en materia gestión de quejas y apelaciones:

- a) Disponer de un proceso documentado para recibir, evaluar y tomar decisiones acerca de las quejas y las apelaciones. Además, deberá registrar y realizar el seguimiento de la resolución, así como las acciones que se han implementado;
- b) Tras la recepción de una queja o apelación, el organismo debe confirmar si tiene relación con las actividades de certificación de las cuales es responsable y, si es así, tratarlas.
- c) Realizar el acuse de recibo de una queja o apelación formal.
- d) Responsabilizarse de reunir y verificar toda la información necesaria (en la medida de lo posible) para alcanzar una decisión sobre la queja o la apelación.
- e) La decisión que resuelve la queja o la apelación debe ser tomada, revisada y aprobada por parte de personas que no estén involucradas en las actividades de certificación relacionadas con dicha queja o apelación.
- f) Para asegurarse de que no existe conflicto de intereses, el personal (incluyendo aquel que actúa a nivel directivo) que ha proporcionado consultoría a un cliente, o ha sido empleado de un cliente, no debe ser empleado por el organismo de certificación para revisar ni aprobar la resolución de una queja o una apelación para ese cliente durante los dos años siguientes a la terminación de la consultoría o el empleo.
- g) Siempre que sea posible, el organismo debe proporcionar al reclamante una notificación formal sobre el resultado y la finalización del proceso de reclamación.
- h) Proporcionar al apelante una notificación formal del resultado y la finalización del proceso de apelación.
- i) Empezar las acciones posteriores necesarias para resolver la queja o la apelación.

14. Flujo del procedimiento de certificación del sistema de receta electrónica privada y/o del Repositorio de prescripción

A continuación, se expone el flujo del procedimiento de certificación:

- a) El responsable de la entidad SOLICITANTE presenta la solicitud de certificación de un Sistema de Prescripción a través del Registro de E/S del CGCOM (Plaza de las Cortes, 11, Madrid), aportando la documentación acreditativa necesaria básica para iniciar el trámite de certificación, preferiblemente en formato digital. En el caso de personas jurídicas o entidades sin personalidad jurídica, esta documentación incluye, entre otros, los estatutos de la entidad SOLICITANTE (salvo personas físicas), y los poderes, en caso de representación de la dicha entidad.

De la misma forma, el responsable de la entidad SOLICITANTE puede solicitar la certificación del Repositorio de Prescripciones.

Finalmente, el responsable de la entidad SOLICITANTE puede solicitar la certificación de ambos: Sistema de Prescripción y Repositorio de Prescripciones. En caso de solicitar la certificación de un Sistema de Prescripción, el SOLICITANTE deberá indicar el/los tipos/s de profesionales prescriptores (médicos/dentistas/podólogos) para el/los que se vaya/n a facilitar/ofrecer los servicios del Sistema de Prescripción a certificar.

El SOLICITANTE se descargará el formulario desde la web⁸ del CGCOM.

- b) Desde el Área Económico-Financiera del CGCOM se enviará a la entidad SOLICITANTE el presupuesto del servicio solicitado para recabar su conformidad y aceptación de los términos y condiciones para la prestación de servicios de sistemas y repositorios de prescripción certificados en el sistema de receta electrónica privada por parte de la entidad SOLICITANTE, quedando plasmada en el correspondiente documento de aceptación. Secretaría General del CGCOM incorpora la documentación aportada junto a la solicitud en el expediente existente de la entidad SOLICITANTE.
- c) Una vez obtenida la conformidad de la entidad SOLICITANTE, el CGCOM facturará el 50% del presupuesto al comienzo de los trabajos y el restante, a la finalización del servicio solicitado.

⁸ <https://www.cgcom.es/servicios/receta-medica-privada/en-soporte-electronico>

- d) La entidad SOLICITANTE recibe un documento que indica la apertura de un expediente por parte del Departamento de Secretaría General del CGCOM, y **un número identificador de dicho expediente**. Con esta información, el responsable de la entidad SOLICITANTE puede dirigirse tanto al propio CGCOM, como al CGCOE y al CGCOP (si ha solicitado la certificación de un Sistema de Prescripción también destinado para dentistas y/o podólogos, respectivamente) al objeto de realizar las pruebas de integración con los servicios de consulta de habilitación del colegiado prescriptor, como al CGCOF al objeto de realizar las pruebas de integración con Nodofarma, como garante de la homologación de las dispensaciones realizadas en el SREP, siguiendo el procedimiento establecido, respectivamente, por cada uno de los Consejos Generales responsables de cada servicio.
- e) El titular de la entidad SOLICITANTE implementa los controles necesarios con anterioridad a la auditoría interna de su Sistema de Prescripción, de su Repositorio de Prescripciones o de ambos. Para ello, se conecta a Nodofarma y realiza las pruebas correspondientes al objeto de recabar las evidencias necesarias, lo que debe conducir a la superación con éxito de dichas pruebas.
- f) El CGCOF emite un informe con el resultado de las pruebas, que debe ser favorable, al objeto de que sirva de evidencia en el proceso de auditoría externa del CGCOM.
- g) El titular de la entidad SOLICITANTE implementa un proceso de validación de la habilitación profesional contra los servicios de los distintos Consejos Generales de Prescriptores (CGCOM, CGCOE y CGCOP), según corresponda de acuerdo con su solicitud.
- h) El CGCOM y/o el CGCOE y/o el CGCOP, según corresponda de acuerdo a la solicitud del SOLICITANTE, emite/n un informe que contenga los resultados de las pruebas a objeto de servir como evidencia en el proceso de auditoría externa del CGCOM. En todo caso, dicho/s informe/s deberán ser de conocimiento de todos los Consejos Generales.
- i) Superada la auditoría y con la totalidad de evidencias e informes previos, el responsable de la entidad SOLICITANTE presenta el informe de auditoría interna y los certificados de integración con Nodofarma y los Registros de profesionales de los Consejos Generales prescriptores. Esta presentación no

puede ser posterior a los 6 meses desde la fecha de envío del formulario inicial de solicitud (ver punto 14.a). Superados los 6 meses se ofrecerá un plazo máximo de 5 días para aportar toda la documentación. En caso contrario se denegará la solicitud de alta.

- j) El CGCOM es el responsable de realizar la revisión y seguimiento del expediente y disponer así de una evaluación. Esta evaluación no debe ser superior a los 30 días.
- k) Una vez realizada la evaluación del expediente de certificación, se emite el correspondiente informe para conocimiento de la Comisión Permanente de CGCOM.
- l) Una vez revisado el informe, si existen errores o se aprecian deficiencias, el CGCOM realiza un requerimiento de subsanación a la entidad SOLICITANTE, que dispone de un plazo de 30 días naturales para subsanar dichos errores o deficiencias. Esta subsanación sólo podrá producirse en dos ocasiones. Transcurrido el plazo sin respuesta se enviará un aviso con un máximo de 5 días adicionales para enviar la documentación. En caso de no aportarse se propondrá la denegación de la solicitud de alta a la CP del CGCOM.

En el caso que tras la segunda subsanación el CGCOM entienda no superadas las subsanaciones se emitirá un informe negativo a la Comisión Permanente del CGCOM, que ofrecerá un plazo de 5 días a la empresa SOLICITANTE para contestar las alegaciones. Si la respuesta no fuera satisfactoria los servicios jurídicos del CGCOM rechazarán la solicitud de alta.

- m) Si no existen errores tras la revisión del informe, o éstos han sido subsanados, la Comisión Permanente de CGCOM aprueba la concesión de la certificación del sistema de receta electrónica privada a la entidad SOLICITANTE, que tendrá una duración de dos años.
- n) El CGCOM emite un sello/logo a la entidad SOLICITANTE en función del sistema evaluado, pudiendo obtener el sello/logo de “Sistema de Prescripción Homologado para el Sistema de Receta Electrónica Privada” indicando el/los tipo/s de profesionales prescriptores para los que está homologado y/o el sello/logo de “Repositorio de Prescripciones Homologado para el Sistema de Receta Electrónica Privada”.

- o) El CGCOM da de alta el Sistema de Prescripción y/o el Repositorio de Prescripciones de la entidad SOLICITANTE en el Repositorio de Sistemas y Repositorios de Prescripción del Sistema de Receta Electrónica Privada Homologados.
- p) En caso denegación de la solicitud de alta, la entidad SOLICITANTE podrá mostrar su disconformidad con la decisión de la Comisión Permanente del CGCOM, presentando una queja o apelación abriéndose un plazo de 5 días hábiles para su presentación.
- q) La entidad SOLICITANTE aporta las alegaciones dentro del plazo establecido.
- r) El CGCOM, a través, de su departamento jurídico, estudia las alegaciones aportadas por la entidad SOLICITANTE y las acepta o las deniega, comunicando a la Comisión Permanente del CGCOM, que debe notificarlo a la entidad SOLICITANTE.
- s) El área de Secretaría General de CGCOM incorpora al expediente de la entidad SOLICITANTE toda la información recibida y la certificación concedida, en su caso.

14.bis Flujo del procedimiento de renovación de la certificación del sistema de receta electrónica privada y/o del Repositorio de prescripción

A continuación, se expone el flujo del procedimiento de renovación:

- a) El responsable de la entidad SOLICITANTE presenta la solicitud de renovación de la certificación de un Sistema de Prescripción a través del Registro de E/S del CGCOM (Plaza de las Cortes, 11, Madrid), aportando la documentación acreditativa necesaria básica para iniciar el trámite de certificación, preferiblemente en formato digital. En el caso de personas jurídicas o entidades sin personalidad jurídica, esta documentación incluye, entre otros, los estatutos de la entidad SOLICITANTE (salvo personas físicas), y los poderes, en caso de representación de la dicha entidad. Esta solicitud **debe presentarse 4 meses antes de la caducidad** de la certificación. No cumplir con este calendario **implica la pérdida de una ventana de subsanaciones** como se indica en el punto i) de este apartado.

De la misma forma, el responsable de la entidad SOLICITANTE puede solicitar la renovación de la certificación del Repositorio de Prescripciones.

Finalmente, el responsable de la entidad SOLICITANTE puede solicitar la renovación de la certificación de ambos: Sistema de Prescripción y Repositorio de Prescripciones. En todos los casos la plataforma SOLICITANTE solo puede renovar el sistema y/o el repositorio si los tuviera certificados hasta la fecha. En caso de solicitar la certificación de un Sistema de Prescripción, el SOLICITANTE deberá indicar el/los tipos/s de profesionales prescriptores (médicos/dentistas/podólogos) para el/los que se vaya/n a facilitar/ofrecer los servicios del Sistema de Prescripción a certificar.

El SOLICITANTE se descargará el formulario desde la web⁹ del CGCOM.

- b) Desde el Área Económico-Financiera del CGCOM se enviará a la entidad SOLICITANTE el presupuesto del servicio solicitado para recabar su conformidad y aceptación de los términos y condiciones para la prestación de servicios de sistemas y repositorios de prescripción certificados en el sistema de receta electrónica privada por parte de la entidad SOLICITANTE, quedando plasmada en el correspondiente documento de aceptación. Secretaría General del CGCOM incorpora la documentación aportada junto a la solicitud en el expediente existente de la entidad SOLICITANTE.
- c) Una vez obtenida la conformidad de la entidad SOLICITANTE, el CGCOM facturará el 50% del presupuesto al comienzo de los trabajos y el restante, a la finalización del servicio solicitado.
- d) La entidad SOLICITANTE recibe un documento que indica la apertura de un expediente por parte del Departamento de Secretaría General del CGCOM, y **un número identificador de dicho expediente**. Con esta información, el responsable de la entidad SOLICITANTE puede dirigirse tanto al propio CGCOM, como al CGCOE y al CGCOP (si ha solicitado la certificación de un Sistema de Prescripción también destinado para dentistas y/o podólogos, respectivamente) al objeto de realizar las pruebas de integración con los servicios de consulta de habilitación del colegiado prescriptor, como al CGCOF al objeto de realizar las pruebas de integración con Nodofarma, como nodo de interoperabilidad y garante de la homologación de las dispensaciones realizadas en el SREP, siguiendo el procedimiento establecido, respectivamente, por cada uno de los Consejos Generales responsables de cada servicio.

⁹ <https://www.cgcom.es/servicios/receta-medica-privada/en-soporte-electronico>

- e) El titular de la entidad SOLICITANTE implementa los controles necesarios con anterioridad a la auditoría interna de su Sistema de Prescripción, de su Repositorio de Prescripciones o de ambos. Para ello, se conecta a Nodofarma y realiza las pruebas correspondientes al objeto de recabar las evidencias necesarias, lo que debe conducir a la superación con éxito de dichas pruebas.
- f) El CGCOF emite un informe con el resultado de las pruebas, que debe ser favorable, al objeto de que sirva de evidencia en el proceso de auditoría externa del CGCOM.
- g) El titular de la entidad SOLICITANTE implementa un proceso de validación de la habilitación profesional contra los servicios de los distintos Consejos Generales de Prescriptores (CGCOM, CGCOE y CGCOP), según corresponda de acuerdo con su solicitud.
- h) El CGCOM y/o el CGCOE y/o el CGCOP, según corresponda de acuerdo a la solicitud del SOLICITANTE, emite/n un informe que contenga los resultados de las pruebas a objeto de servir como evidencia en el proceso de auditoría externa del CGCOM. En todo caso, dicho/s informe/s deberán ser de conocimiento de todos los Consejos Generales.
- i) Superada la auditoría y con la totalidad de evidencias e informes previos, el responsable de la entidad SOLICITANTE presenta el informe de auditoría interna y los certificados de integración con Nodofarma y los Registros de profesionales de los Consejos Generales prescriptores. Esta presentación no puede ser posterior **a un mes desde la fecha de envío del formulario inicial** de solicitud de la renovación del apartado 14BIS.a) y con una antelación mínima de 90 días antes de la caducidad de la validez de la certificación. No presentada la documentación en este plazo, el CGCOM se lo notificará ofreciendo un plazo máximo de 10 días naturales para aportar toda la documentación y **advirtiéndole que el SOLICITANTE ha perdido la ventana de subsanaciones prevista en la letra m) del apartado 14. BIS de este documento**. En caso contrario se denegará provisionalmente la solicitud de renovación por la Comisión Permanente del CGCOM ofreciendo aportación de alegaciones en un plazo de 5 días. Si no se aportan o no son satisfactorias, a criterio de los servicios jurídicos del CGCOM, la Comisión Permanente del CGCOM las rechazará, y se notificará a la entidad SOLICITANTE la denegación de la solicitud.

- j) El CGCOM notifica a la entidad SOLICITANTE la recepción de la documentación y comunica el plazo para revisar la documentación y emitir una resolución al respecto, pudiendo existir los dos periodos de subsanaciones previstos en la letra m) del apartado 14.BIS, en caso de ser necesarios tras la revisión de la documentación aportada por la entidad SOLICITANTE. El plazo de revisión y emisión de la resolución por parte del CGCOM es de 15 días naturales.
- k) El CGCOM realiza la revisión y seguimiento de los expedientes de certificación para su evaluación. Esta evaluación no debe ser superior a los 15 días naturales.
- l) Una vez realizada la evaluación del expediente de certificación, se emite el correspondiente informe para conocimiento de la Comisión Permanente de CGCOM.
- m) Una vez revisado el informe del CGCOM, si existen errores o se aprecian deficiencias, se realiza un requerimiento de subsanación a la entidad SOLICITANTE, que dispone de un plazo de **15 días naturales** para subsanar dichos errores o deficiencias. Esta subsanación sólo podrá producirse en dos ocasiones. Transcurrido el plazo sin respuesta se enviará desde el CGCOM una notificación concediendo un plazo máximo de 5 días naturales a la entidad SOLICITANTE para enviar la documentación. En caso de no aportarse, la Comisión Permanente del CGCOM acordará la denegación la solicitud de renovación y se le notificará a la entidad SOLICITANTE.
- n) En el caso que tras la segunda subsanación el CGCOM entienda no superadas las subsanaciones se emitirá un informe de propuesta negativa a la Comisión Permanente del CGCOM. Esta decidirá sobre la denegación y se notificará a la entidad SOLICITANTE. concediéndole plazo de 5 días a la para contestar las alegaciones. Si la respuesta de la entidad SOLICITANTE no fuera satisfactoria a juicio de los servicios jurídicos del CGCOM, la Comisión Permanente del CGCOM acordará rechazar la solicitud de renovación y lo notificará a la entidad SOLICITANTE.
- o) Si no existen errores tras la revisión del informe emitido por el CGCOM de la solicitud de recertificación, o éstos han sido subsanados, la Comisión Permanente de CGCOM aprueba la concesión de la renovación de la certificación del Sistema de Prescripción y/o Repositorio de Prescripciones a

la entidad SOLICITANTE, que tendrá una duración de dos años. La Comisión Permanente del CGCOM puede aprobar una renovación de forma condicionada, que significa que la entidad SOLICITANTE necesita un tiempo para implementar una solución y resolver alguna subsanación indicada. El tiempo máximo para esta implementación no puede ser superior a 3 meses desde la concesión de la renovación condicionada de la certificación. La entidad SOLICITANTE debe aportar al CGCOM la descripción de la solución junto a un informe de auditoría de este aspecto antes del fin del plazo de los 3 meses concedidos. En caso de no aportarse se notificará por el CGCOM concediendo un plazo máximo de 10 días naturales para la entrega de la documentación. En caso de no aportarse por la entidad SOLICITANTE o que la solución no sea adecuada a los requerimientos de la certificación condicionada, la Comisión Permanente del CGCOM acordará la denegación de la solicitud de recertificación a la entidad SOLICITANTE y se le notificará, que estará sujeta a la posibilidad de apelación prevista en la letra r) del apartado 14.BIS.

- p) El CGCOM emite un sello/logo a la entidad SOLICITANTE en función del sistema evaluado, pudiendo obtener el sello/logo de “Sistema de Prescripción Homologado para el Sistema de Receta Electrónica Privada” indicando el/los tipo/s de profesionales prescriptores para los que está homologado y/o el sello/logo de “Repositorio de Prescripciones Homologado para el Sistema de Receta Electrónica Privada”.
- q) El CGCOM da de alta el Sistema de Prescripción y/o el Repositorio de Prescripciones de la entidad SOLICITANTE en el Repositorio de Sistemas y Repositorios de Prescripción del Sistema de Receta Electrónica Privada Homologados.
- r) En caso de denegación de la solicitud de recertificación, la entidad SOLICITANTE podrá mostrar su disconformidad con la decisión de la Comisión Permanente del CGCOM, presentando una queja o apelación abriéndose un plazo de 5 días hábiles para su presentación.
- s) En caso de presentación de alegaciones por parte de la entidad SOLICITANTE dentro del plazo concedido para la presentación de quejas o apelaciones, el CGCOM, a través, de su departamento jurídico del CGCOM estudia las alegaciones aportadas por la entidad SOLICITANTE y su Comisión Permanente las acepta o las deniega y lo notifica a la entidad SOLICITANTE.

- t) El área de Secretaría General de CGCOM incorpora al expediente de la entidad SOLICITANTE toda la información recibida y la certificación concedida, en su caso.

14.ter Flujo para modificar alcance certificación

- a) El responsable de la entidad SOLICITANTE accede a la web del SREP y descarga un formulario de solicitud de cambio en el alcance de la certificación y una vez completado lo presenta a través del Registro de E/S del CGCOM (Plaza de las Cortes, 11, Madrid), junto con la documentación que se requiera.
- b) El SOLICITANTE se descargará el formulario desde la web¹⁰ del CGCOM.
- c) El área de Secretaría General de CGCOM incorpora al expediente existente de la entidad solicitante, la documentación aportada junto con la solicitud.

REDUCCIÓN Y FINALIZACIÓN VOLUNTARIA

- d) La entidad SOLICITANTE indicará en la solicitud la fecha en la que se debe dar de baja del SERP, o la fecha de inicio de la reducción de la certificación y los datos necesarios para identificar inequívocamente el alcance a reducir.

SUSPENSIÓN VOLUNTARIA

- e) La entidad SOLICITANTE deberá indicar en la solicitud los motivos, y duración prevista de la suspensión y fecha de reanudación.

AMPLIACIÓN O MODIFICACIÓN

- f) Desde el Área Económico-Financiera del CGCOM se enviará a la entidad SOLICITANTE el presupuesto de la ampliación de alcance solicitado para recabar su conformidad.
- g) Una vez obtenida la conformidad de la entidad SOLICITANTE, el CGCOM facturará el 50% del presupuesto cuando se inicie el procedimiento de cambio en el alcance de la certificación, y el restante, a la finalización de

¹⁰ <https://www.cgcom.es/servicios/receta-medica-privada/en-soporte-electronico>

- procedimiento, independientemente de que la decisión de la Comisión Permanente de CGCOM sea favorable o no.
- h) La entidad solicitante debe presentar informe de auditoría externa que cumpla los requerimientos establecidos en el apartado 6 del mencionado formulario de solicitud.
 - i) El CGCOM notifica a la entidad SOLICITANTE la recepción de la documentación y comunica el plazo para revisar la documentación y emitir una decisión al respecto, pudiendo existir dos periodos de subsanaciones, en caso de ser necesarios, tras la revisión de la documentación aportada por la entidad SOLICITANTE. El plazo de revisión y emisión de la decisión por parte del CGCOM es de 30 días naturales. El plazo para dar respuesta a cada uno de los informes de subsanación emitidos por el CGCOM es de 30 días naturales. En caso de que el SOLICITANTE no aportara respuesta al informe de subsanaciones podrán existir avisos para que en 5 días se aporte. Si no se aporta se propone la denegación del cambio y la CP del CGCOM ofrece poder presentar alegaciones en un plazo de 5 días.
 - j) El área de Secretaría General de CGCOM remite la documentación recibida al instructor del expediente.
 - k) El instructor del expediente analiza los resultados de la auditoría externa aportada por la entidad SOLICITANTE, emite informe técnico referente a los requerimientos aplicables al SREP, y lo remite a la Comisión Permanente de CGCOM para su valoración y toma de decisión correspondiente.

FINALIZACIÓN DEL PROCESO

- l) La Comisión Permanente de CGCOM, con el expediente y el informe emitido por el instructor si procede, decide sobre el cambio en el alcance de la certificación del SREP solicitada. La ampliación y la modificación será efectiva mientras se encuentre vigente la certificación.
- m) El área de Secretaría General de CGCOM notifica a la entidad SOLICITANTE la decisión adoptada y su correspondiente motivación.
- n) En caso de disconformidad con la decisión de la Comisión Permanente del CGCOM, se podrá presentar una queja o apelación, abriéndose un plazo de 5 días hábiles para su presentación.
- o) La entidad solicitante aporta las alegaciones dentro del plazo establecido.
- p) El departamento jurídico del CGCOM estudia las alegaciones aportadas por la entidad solicitante y las acepta o las deniega, emitiendo un informe a la Comisión Permanente del CGCOM, que comunica los resultados a la entidad solicitante.

- q) El CGCOM incorpora todos los documentos relacionados al expediente de la entidad solicitante.

14. quater Flujo para la retirada de la certificación

- a) Ante la identificación sobrevenida de posibles no conformidades por parte de un Sistema y/o Repositorio de Prescripción certificado, el instructor del CGCOM realizará un informe que enviará a la Comisión Permanente del CGCOM para el inicio de un expediente de retirada de la certificación y de resolución de los términos y condiciones para la prestación de servicios de sistemas y repositorios de prescripciones certificados en el Sistema de Receta Electrónica Privada (en adelante, los “Términos y Condiciones”).
- b) La Comisión Permanente del CGCOM dará traslado inmediato del informe a la Comisión de Seguimiento del SREP para la evaluación en el seno de ésta sobre si dicha posible no conformidad sobrevenida pudiera ser considerada un uso fraudulento o incorrecto del SREP que deba motivar la adopción de medidas temporales a fin de garantizar el adecuado funcionamiento del SREP y los derechos de los pacientes, en cuyo caso, podrá acordar una suspensión, modificación, restricción o interrupción de su acceso al SREP conforme a lo dispuesto en el art. 4.8 de los Términos y Condiciones que sería notificada por la Secretaría de la Comisión de Seguimiento del SREP al titular de la certificación afectado. En estos casos, el titular de la certificación afectado por la medida temporal podrá presentar alegaciones ante la Comisión de Seguimiento del SREP sobre la misma que serán resueltas por ésta y notificadas en un plazo máximo de 5 días hábiles.
- c) Con independencia de la posible adopción o no por la Comisión de Seguimiento del SREP de las medidas previstas en el art.4.8 de los Términos y Condiciones, la Comisión Permanente del CGCOM debatirá el informe del CGCOM y, en su caso, acordará el inicio de expediente de resolución de retirada de la certificación y de resolución de los Términos y Condiciones.
- d) Se establece un periodo de 15 días hábiles para que el titular de la certificación afectado realice las alegaciones que crea convenientes, haciéndolas llegar en tiempo a la Secretaría General del CGCOM.
- e) En caso de que el titular de la certificación afectado no dé respuesta en dichos 15 días, se acordará por la Comisión Permanente del CGCOM la

retirada de la certificación y la resolución de los Términos y Condiciones, notificándose al titular de la certificación retirada y a la Comisión de Seguimiento del SREP, lo que conllevará la interrupción definitiva de su acceso al SREP.

- f) En caso de que el titular de la certificación afectado responda en plazo, la Comisión Permanente del CGCOM adoptará una de las siguientes decisiones:
- En caso de que la respuesta del titular de la certificación afectado sea satisfactoria, se dará el expediente por cerrado y, en su caso, se levantará la medida temporal adoptada. Dicha decisión se publicará en la web de e-receta privada y se notificará al titular de la certificación afectado.
 - Si la respuesta no es satisfactoria, se acordará por la Comisión Permanente del CGCOM la retirada de la certificación y la resolución de los Términos y Condiciones, notificándose al titular de la certificación retirada y a la Comisión de Seguimiento del SREP, lo que conllevará la interrupción definitiva de su acceso al SREP.

15. Otros aspectos administrativos

- a) La firma electrónica del auditor.

La documentación que la entidad SOLICITANTE entregue junto a la solicitud de certificación del Sistema de Prescripción y/o el Repositorio de Prescripciones en el SREP será en formato electrónico por lo que el auditor que haya auditado y verificado dicha documentación, y crea el informe de auditoría junto a las evidencias, deberá firmarlo electrónicamente.

La firma electrónica del auditor podrá ser avanzada o cualificada, de acuerdo con la normativa vigente (el Reglamento EIDAS, así como la Ley 6/2020, de 11 de noviembre).

- b) El plazo para el pase a producción de la plataforma.

Las entidades SOLICITANTES entregan los informes de auditoría que son revisados por el CGCOM para proponer su certificación como Sistema de Prescripción y/o el Repositorio de Prescripciones en el SREP.

Las auditorías aportan una descripción e imagen fiel de cómo se realizan los procedimientos en ese Sistema de Prescripción y/o Repositorio de Prescripciones en un momento dado del tiempo. Por determinadas circunstancias puede que la entidad SOLICITANTE, aun habiendo obtenido la certificación del Sistema de Prescripción y/o el Repositorio de Prescripciones en cuestión, no esté totalmente preparada (por motivos económicos, comerciales, administrativos o de otra índole) para la puesta en marcha efectiva del Sistema de Prescripción y/o el Repositorio de Prescripciones certificado. Por ello, resulta conforme al presente documento que puede transcurrir un tiempo razonable antes de la efectiva puesta en marcha de dicho Sistema de Prescripción y/o Repositorio de Prescripciones (pase a producción). No obstante, dicho tiempo razonable no podrá ser, en ningún caso, superior a 6 meses desde la fecha de la notificación de la concesión de la certificación por parte del CGCOM al correspondiente Sistema de Prescripción y/o Repositorio de Prescripciones, ya que la imagen (foto) resultante de la auditoría sobre la que se ha emitido la certificación podría haber variado.

c) Los datos reales en la documentación a entregar.

Los documentos aportados junto a la solicitud deben ser procesables, cuando sea posible, para su verificación por el CGCOM. El uso de datos no reales impide poder verificar correctamente aspectos como la homologación del médico, las firmas electrónicas, el sellado de tiempo electrónico, la producción de *hashes* de documentos, etc. En el documento de auditoría se debe indicar que existen datos o documentos que, por el estado inicial del sistema, no pueden ser reales. Estos datos deben ser enviados al CGCOM para su verificación antes de 3 meses a contar a partir de la fecha de la certificación.

Las recetas electrónicas objeto de auditoría deben ser recetas reales, emitidas por el Sistema y/o Repositorio de prescripción en producción con un profesional prescriptor real y un paciente ficticio, por ejemplo, alguna de las personas que participa en la auditoría. Tanto las recetas como sus correspondientes HIP's, deben ser entregadas por el titular del Sistema y/o Repositorio de prescripción al auditor como evidencia,

d) Prohibición del uso de los Sistemas de Prescripción y/o Repositorios de Prescripciones certificados sin identificación de la entidad titular de la certificación.

El apartado 6.10. de los “*Términos y condiciones para la prestación de servicios de sistemas y repositorios de prescripción certificados en el sistema de receta electrónica privada*” establece que; “El Titular no podrá ceder a terceros los derechos y obligaciones dimanantes de este contrato y/o de la certificación emitida por el ORGANISMO DE CERTIFICACIÓN y/o subcontratar cualquiera de sus obligaciones derivadas del mismo, sin la autorización expresa y por escrito de los Consejos Generales.”

De esta forma no se aceptará el uso de los Sistemas de Prescripción y/o Repositorios de Prescripciones certificados que no identifiquen de forma clara al titular de la certificación emitida por el CGCOM. Queda prohibida la sustitución de dicha identificación por logotipos de terceras entidades usuarias de los titulares de los Sistemas y Repositorios de prescripción certificados.

Lo anterior se establece sin perjuicio de que estas entidades, usuarias de los Sistemas y/o Repositorios de prescripción certificados, puedan incluir identificaciones adicionales (como su propio logotipo), siempre que también se incluya la identificación de la entidad titular de dichos sistemas.

En el mismo sentido, las indicaciones a la “homologación” o “certificación” por el CGCOM de cualquier Sistema de Prescripción y/o Repositorio de Prescripción en el SREP, y el uso de los logos emitidos por el CGCOM en referencia a dicha certificación, siempre se vincularán y así se indicará, de forma clara y en todo momento, a la entidad titular del Sistema de Prescripción y/o Repositorio de Prescripción certificado, nunca a la entidad que consuma dichos los servicios.

16. Control de versiones

Julio 2020	Creación documento	V 1.0	CGCOM
09/11/2022	Se añade un apartado sobre aspectos administrativos (sección 15)	V 1.1	CGCOM
17/11/2022	Ampliación del contenido		CGCOF
22/11/2022	Revisión		CGCOM
27/11/2024	Revisión y Ampliación del contenido	v.1.2	CGCOM
11/12/2024	Modificación del contenido (14.quater)		CGCOD