




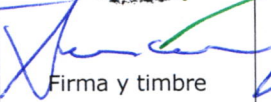




Calidad

 SERVICIO SALUD AISEN HOSPITAL REGIONAL COYHAIQUE	PROTOCOLO DE ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS QUE CONSIDERA EVALUACIÓN TÉCNICA. UNIDAD DE FARMACIA DEPENDIENTE: SUB DEPARTAMENTO DE APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPEÚTICO	Código:
		Edición: 03
		Fecha Inicio Vigencia: 11/01/2021
		Páginas: 1 - 9
		Vigencia: 5 años

PROTOCOLO DE ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS QUE CONSIDERA EVALUACIÓN TÉCNICA

ELABORACIÓN	REVISIÓN	VISACIÓN	APROBACIÓN
Carmen Villarroel	Ernesto Araus	Paulina Arriagada Sandra Gálvez	Jaime López
Químico Farmacéutico	Jefe Farmacia	OCSP DEPTO. CALIDAD Y SEGURIDAD	DIRECTOR
<i>Carmen Villarroel Norambuena</i> <i>Químico Farmacéutico</i> <i>Tel: 351.645-9</i>  Firma	  Firma	  Firma y timbre	  Firma y timbre
Fecha: 07/12/2020	Fecha: 04/01/2021	Fecha: 08/01/2021	Fecha: 11/01/2021



**SERVICIO SALUD AYSÉN
HOSPITAL REGIONAL
COYHAIQUE**

1. INDICE:

TITULO	Nº página
Introducción	3
Objetivos	3
Responsables	3
Alcance	4
Excepciones	4
Terminología	4
Descripción de las actividades del proceso	4
Referencias Bibliográficas	6
Anexos	7



**SERVICIO SALUD AISEN
HOSPITAL REGIONAL
COYHAIQUE**

2. INTRODUCCIÓN:

En la evaluación de la selección de medicamentos al arsenal fármaco terapéutico del establecimiento de salud se debe considerar solamente aquellos fármacos para los que se disponga de suficiente información científica, producto de ensayos clínicos controlados y randomizados sobre eficacia y seguridad. La eficacia debe medirse, de preferencia, en base a resultados clínicos principales o finales.

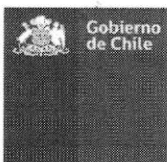
Es conveniente contar, además, con estudios epidemiológicos y pruebas de efectividad en su aplicación en diferentes escenarios clínicos reales y dependiendo de la organización de los servicios asistenciales, (infraestructura, recursos financieros, dispositivos especiales para la administración de ciertos fármacos, capacitación y experiencia del personal, factores socioculturales, demográficos, genéticos y ambientales). En este contexto, que un medicamento cuente con registro sanitario otorgado por el Instituto de Salud Pública de Chile, releva en parte esta evaluación, especialmente lo referido a eficacia, calidad y seguridad.

3. OBJETIVOS:

- Normar el ingreso de un medicamento al arsenal farmacológico del Hospital Regional Coyhaique.
- Estandarizar la solicitud de compra excepcional de medicamentos que no pertenecen al arsenal farmacológico del Hospital Regional Coyhaique
- Autorizar el arsenal farmacológico del Hospital Regional Coyhaique.

4. RESPONSABLES:

RESPONSABLES	FUNCIÓN
Director Hospital Regional Coyhaique o Subdirector Médico.	<ul style="list-style-type: none">• Presidir y convocar las reuniones del comité de farmacia y terapéutica.
Jefe de farmacia y Director Técnico de Farmacia.	<ul style="list-style-type: none">• Velar por el cumplimiento del Protocolo de adquisición de medicamentos que considera evaluación Técnica.• Recepción de las solicitudes de adquisición de medicamentos.• Presentar al comité de farmacia y terapéutica las solicitudes de medicamentos recibidas.• Levantar y difundir las actas de cada reunión.• Difundir los acuerdos y documentos validados por el comité de acuerdo a las instrucciones del director del hospital.
Jefes de servicio y/o profesionales supervisores	<ul style="list-style-type: none">• Solicitar los medicamentos al comité de farmacia.• Presentar la solicitud de evaluación técnica de un medicamento para su incorporación, sustitución eliminación y/o compra especial.• Asistir y/o participar de las reuniones del comité de farmacia convocadas.



**SERVICIO SALUD AISEN
HOSPITAL REGIONAL
COYHAIQUE**

5. ALCANCE:

- Este protocolo debe ser aplicado a todo medicamento que requiere evaluación técnica para su: incorporación, sustitución, eliminación y/o compra especial.

6. EXCEPCIONES: N/A

7. TERMINOLOGÍA:

Comité de Farmacia y Terapéutica Asistencial: es un organismo técnico asesor de la dirección del Establecimiento médico asistencial en materias relativas a la selección, disponibilidad, uso y utilización de medicamentos e insumos terapéuticos en los establecimientos que integran la red asistencial.

Arsenal farmacológico: es un listado priorizado de medicamentos para asegurar la disponibilidad, acceso, contribuir al logro de la eficiencia en el gasto farmacéutico y promover la racionalidad en el uso de los medicamentos.

Medicamento: es toda sustancia natural o sintética o mezcla de ellas, que se destine a la administración a las personas con fines de curación, atenuación, tratamiento, prevención y diagnóstico de las enfermedades y sus síntomas.

8. DESCRIPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DEL PROCESO:

8.1. Consideraciones Generales:

- El comité de Farmacia y Terapéutica sesionará calendarizadamente de acuerdo a lo descrito en la Resolución que la asigna, siendo el Director del Hospital quien preside este comité y podrá ser subrogado por el Subdirector Médico.
- El Jefe de Farmacia o Director técnico actuará como secretario del comité.
- El comité estará integrado por los jefes de servicio o su subrogante establecidos en la Resolución que conforma el comité.
- Si el director del establecimiento lo estima conveniente y de acuerdo a las materias a tratar, podrá invitar a los especialistas del hospital, asesores de otras instituciones y otros profesionales que pudieran aportar antecedentes al funcionamiento del comité.
- El ingreso o salida de un medicamento del arsenal farmacológico del Hospital Regional de Coyhaique es responsabilidad del Comité de Farmacia y Terapéutica del establecimiento.



**SERVICIO SALUD AYSÉN
HOSPITAL REGIONAL
COYHAIQUE**

- Los medicamentos incluidos en canastas de patologías GES no será necesario realizar solicitud de incorporación de medicamentos al arsenal farmacológico y podrán ingresar o salir automáticamente del arsenal farmacológico en la medida que existan pacientes que lo requieran, para esto se informará al comité de Farmacia y se dejará constancia en el acta respectiva.
- La actualización del arsenal farmacológico será autorizado por El comité de farmacia y se realizará cada dos años.

8.2. Procedimiento:

1. El comité de Farmacia y Terapéutica sesionará para la incorporación y/o sustitución y/o eliminación de un medicamento al arsenal farmacológico o compra especial por uso ocasional de un medicamento y para ello se utilizará el Formulario descrito en el Anexo N°1.
2. La solicitud debe ser enviada por un Jefe de Servicio y/o médico tratante al Jefe de Farmacia o Director técnico de farmacia (Secretario del Comité) para ser ingresado a la tabla de la próxima reunión.
3. Las solicitudes de compra especial para uso ocasional podrán ser enviadas directamente por el especialista.
4. Es obligatorio adjuntar a la solicitud la documentación requerida en el formulario excepto los valores y/o costos del tratamiento.
5. El Jefe de Farmacia informará al comité un precio de referencia y un costo eventual del tratamiento.
6. El comité podrá invitar al médico solicitante y/o profesional a la sesión donde el comité evaluará la solicitud.
7. El comité evaluará justificación técnica, relación costo beneficio y los antecedentes científicos del uso del medicamento.
8. La aprobación o rechazo de la solicitud dependiendo de los antecedentes presentados por el profesional clínico quedará registrado en el acta respectiva. El secretario del comité comunicará al Jefe de Servicio o especialista solicitante el resultado de la solicitud presentada. En farmacia mediante el Formulario respectivo descrito en el Anexo N° 2 se registrará situación de los medicamentos presentados en cada reunión.
9. El director técnico de farmacia enviará el acta de cada reunión vía correo electrónico a jefe de bodega de farmacia, para la compra de los medicamentos aprobados en dicha sesión.
10. La compra especial por uso ocasional de un medicamento que se requiera con urgencia o para un paciente en particular podrá ser autorizado directamente por el Director del Hospital, subdirector médico o subdirector administrativo, pero debe igualmente llenarse la solicitud y será evaluada en la siguiente reunión del comité de farmacia y terapéutica.



**SERVICIO SALUD AYSÉN
HOSPITAL REGIONAL
COYHAIQUE**

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Norma General Técnica N° 113, sobre organización y funcionamiento de los de farmacia y terapéutica para la red asistencial de salud pública. Minsal, 30/06/2009.



**SERVICIO SALUD AYSÉN
HOSPITAL REGIONAL
COYHAIQUE**

ANEXOS: 1

SOLICITUD DE INCORPORACIÓN Y/O SUSTITUCIÓN Y/O ELIMINACIÓN Y/O COMPRA ESPECIAL DE MEDICAMENTO AL COMITÉ DE FÁRMACO TERAPÉUTICA

SERVICIO SOLICITANTE _____ FECHA SOLICITUD _____

1.- ANTECEDENTES DEL MEDICAMENTO

NOMBRE GENERICO (ATC) _____

CLASIFICACION TERAPEUTICA: _____

INDICACIONES SOLICITADAS:

- 1.
- 2.
- 3.

FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACIÓN	VIA ADM	DOSIS DIARIA	DURACION TRATAMIENTO ³	COSTO TOTAL TRATAMIENTO ⁴
COMPRIMIDO	20 MG	ORAL	20 mg/día	1 mes	\$ 30 neto

2.- MOTIVOS (requiere de por lo menos un criterio fundamental)

A. CRITERIOS FUNDAMENTALES

1.	Medicamento -de eficacia y seguridad demostrada- para cubrir un vacío terapéutico importante ⁵
2.	Mayor eficacia e igual o mayor seguridad e igual o menor costo de tratamiento a la(s) alternativa(s) del Arsenal Farmacoterapéutico del Establecimiento. ⁶
3.	Especificar la (s) alternativa (s) del Arsenal Farmacoterapéutico del Establecimiento. a sustituir _____
4.	Mayor seguridad e igual eficacia e igual o menor costo de tratamiento a la(s) alternativa (s) del Arsenal Farmacoterapéutico del Establecimiento.
5.	Especificar la (s) alternativa (s) del Arsenal Farmacoterapéutico del Establecimiento. a sustituir _____
6.	Menor costo e igual eficacia e igual seguridad a la(s) alternativa(s) del Arsenal Farmacoterapéutico del Establecimiento. ⁶
7.	Especificar la (s) alternativa (s) del Arsenal Farmacoterapéutico del Establecimiento. a sustituir _____



**SERVICIO SALUD AISEN
HOSPITAL REGIONAL
COYHAIQUE**

B. CRITERIOS COMPLEMENTARIOS

	1. Conveniencia (mayor adherencia al tratamiento, facilidad de uso, etc.). Especificar:
	2. Disponibilidad (o mayor disponibilidad) del producto en el mercado nacional. Especificar:

3.- RESTRCCIONES DE USO PARA EL MEDICAMENTO: SI ____ NO ____
Especificar:

4. FUNDAMENTACION TECNICA (Obligatoria)

1. Adjuntar información epidemiológica en relación a la enfermedad o situación clínica que motiva el uso del medicamento solicitado.
2. Adjuntar información completa obtenida de fuentes independientes y de reconocido prestigio en relación a eficacia, seguridad o costos, que sustenten el medicamento solicitado para las indicaciones propuestas Además en el caso de existir otras alternativas al medicamento propuesto dentro de un grupo fármaco-terapéutico, documentar la evaluación del beneficio/costo del medicamento solicitado frente a las otras del grupo.
3. Cuando se trate de solicitud de exclusión sin sustitución, adjuntar la fundamentación técnica correspondiente.
4. Adjuntar antecedentes de su experiencia clínica con el medicamento. (si procede)

5. NECESIDADES ESTIMADAS DEL MEDICAMENTO

ESQUEMA TERAPEUTICO _____

NUMERO ESTIMADO DE PACIENTES A TRATAR EN UN MES _____

MEDICO SOLICITANTE

Vº Bº JEFE DE SERVICIO

1. En caso de una asociación a dosis fija consignar todos los principios activos
2. Considerar el precio actual de venta al sistema público y consignar las condiciones de compra.
3. En el caso de procesos que requieren de un tratamiento de largo plazo colocar el término "crónico"
4. En el caso de procesos que requieran de un tratamiento crónico calcular el costo mensual.
5. En el caso de que el nuevo principio activo solicitado para cubrir un vacío terapéutico forma parte de un grupo, proponer la alternativa que ostente la mejor relación beneficio/costo. Tomar en consideración la severidad del cuadro clínico o enfermedad, así como su frecuencia y la urgencia para el uso del medicamento. Este criterio podrá aplicarse a nuevas formas farmacéuticas y/o concentraciones de principios activos.
6. Se tomará en cuenta los estudios clínicos controlados, revisiones sistemáticas, metaanálisis, estudios fármaco económicos.

Nota:

Favor ceñirse al presente formato de solicitud y completar toda la información requerida



**SERVICIO SALUD AYSÉN
HOSPITAL REGIONAL
COYHAIQUE**

ANEXO Nº 2

**DECISIÓN DEL COMITÉ DE FARMACIA Y TERAPÉUTICA
Uso interno en farmacia**

Con fecha...../...../....., El Comité de Farmacia y Terapéutica, en base a la evidencia demostrada ha decidido:

APROBADA

NO APROBADA

APROBADA CON RESTRICCIONES

Cantidad autorizada del medicamento _____
para un periodo de: _____

De ser necesario describir las condiciones bajo los cuales se autoriza.

	Protocolo o guía de tratamiento
	Indicaciones precisas(patología)
	Restricciones para su uso (médico que prescribe, servicio)
	Seguimiento clínico del (los) pacientes (s)(periodo)
	Evaluación del consumo.
	Otra

Observaciones
