



Comunicado sobre las Inspecciones de PAMI

El INSSJP podrá practicar auditorías en terreno a las Farmacias, las que deberán proveer toda la documentación que éste requiera respecto de la dispensación de Medicamentos a los Afiliados”.

Ante los requerimientos de este proveyeron un [FORMULARIO / CUESTIONARIO DE CALIDAD A PRESTADORES FARMACÉUTICOS](#) (se adjunta al pie del informativo) esperamos que sirva de guía para responder las exigencias de los inspectores del PAMI enviados por la obra social para realizar AUDITORIAS DE CALIDAD A PROVEEDORES Y REPORTE DE ACCIONES CORRECTIVAS.

Detallamos algunos de los requerimientos

Basado en las consultas y experiencia de las farmacias ya inspeccionados, les ofrecemos una guía breve, con la información que podrían requerirles y opciones para responder.

- **Seguros:** Documentación actualizada correspondientes a pólizas de seguros de incendio, robo, Civil Integral de Comercio, el de ART y el de Mala Praxis.
- **Personal de la farmacia:** presencia del farmacéutico (DT o Auxiliar), así como de la nómina de trabajadores en correspondencia con sus seguros de ART.

El título del profesional farmacéutico debe encontrarse exhibido.

- **Programa de Auditoría Interna de recetas Dispensadas:** al efectuar un cierre, cada farmacéutico realiza una auditoría visual de las recetas dispensadas

Cumplimiento del protocolo sanitario y de prevención de enfermedades transmisibles: a continuación, se muestra un protocolo de ejemplo para adecuarlo a las necesidades de su farmacia y presentarlo en la inspección.

MODELO SUGERIDO DE PROTOCOLO HIGIÉNICO SANITARIO

Para Pacientes y Empleados de la Oficina de Farmacia

Responsable: Farmacéutico/a Titular Empleados

1. OBJETIVO

Establecer normas de prevención para contribuir en la protección de la salud de los pacientes y del personal que trabaja en la oficina farmacéutica, reduciendo el riesgo de contagios y fomentando un entorno higiénico y seguro.

Este documento no podrá ser divulgado fuera de la Oficina de Farmacia, No se podrá reproducir ni copiar en forma total o parcial.

2. ALCANCE

Este protocolo aplica a todo el personal de la farmacia y a todas las personas que ingresen al establecimiento.

3. MEDIDAS GENERALES PARA EMPLEADOS

- Lavado de manos utilizando jabón líquido y toallas descartables. Se debe realizar al comenzar y finalizar la jornada laboral. En caso de ser necesario repetir el procedimiento.
- Desinfección de superficies de atención y fómites en forma continua con alcohol 70°.

En caso de recibir pacientes con síntomas evidentes de enfermedad infectocontagiosa o que expresen tenerla se deberá desinfectar la superficie del mostrador de atención con la solución de alcohol al 70°.

- Cada empleado deberá tener sus elementos de trabajo personales.
- Uso de uniforme limpio (chaqueta), se deberá lavar como mínimo una vez por semana, en caso de requerirse se deberá repetir la operación las veces necesarias.
- Autocontrol diario de síntomas. Los empleados de la Oficina de Farmacia deberán informar a la Dirección Técnica en caso de presentar síntomas similares a los manifestados por enfermedades infectocontagiosas como tos, fiebre dolor de cuerpo y articulaciones en forma recurrente y sostenida en la jornada laboral.

En caso de asistencia médica los empleados deberán presentar un certificado indicando como proceder.

- Capacitación continua de todo el personal de la Oficina de Farmacia.

4. MEDIDAS GENERALES PARA PACIENTES

- Desinfección de manos, el alcohol 70 ° estará disponible en el mostrador de atención.
- En caso de pacientes con síntomas se le pedirá el uso de barbijo y se le dispensará en forma inmediata sin esperar junto a otros pacientes.

5. ORGANIZACIÓN DEL ESPACIO Y ATENCIÓN

- Ventilación constante.
- Permanencia mínima del paciente con síntomas de enfermedades infectocontagiosas en el local.

6. LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN

- Desinfección de superficies de atención con alcohol al 70° y un paño descartable.
- Limpieza general al menos una vez por día. Se realizará la limpieza de las superficies de piso y mostrador al menos una vez al día siendo preferentemente al inicio y fin de la jornada laboral.
- Uso de productos desinfectantes autorizados. Se desinfectará con solución de hipoclorito de sodio (lavandina) utilizando 15 ml por litro de agua, es aproximadamente una tapa del bidón. Asegurarse en forma inicial la relación de volúmenes.

7. MANIPULACIÓN DE MEDICAMENTOS

- Verificación de condiciones de almacenamiento.
- Higiene de manos al manipular productos.
- Separación de productos vencidos. Los mismos podrán permanecer segregados para realizar las pertinentes devoluciones a las droguerías. Estos deben estar rotulados.

En caso de no tener devolución serán descartados adecuadamente en los recipientes provistos para tal motivo.

8. GESTIÓN DE RESIDUOS

- Disposición segura de residuos sanitarios.
- Contratación de recolección habilitada. Se debe contar con los certificados o contrato correspondientes de recolección de residuos patogénicos.

9. CONDUCTA ANTE CASOS SOSPECHOSOS O CONFIRMADOS

- Aislamiento inmediato de empleados con síntomas.
- Seguimiento de estos casos.

10. COMUNICACIÓN Y EDUCACIÓN SANITARIA

ACTUALIZACIONES

Este protocolo será revisado y actualizado de acuerdo con nuevas disposiciones sanitarias oficiales.

- **Habilitación:** Dispone Ministerial
- **Servicio de retiro de residuos patogénicos:** Factura de pago del servicio. O detalle de la composición de pago mensual de la farmacia al colegio, en la que figure ese servicio.
- **Trazabilidad:** Las farmacias que atienden Alto Costo a través de SIAFAR deben responder que efectúan trazabilidad, ya que, si bien la farmacia no opera las trazas de PAMI Alto Costo, o Hemofilia las hace de manera automática el sistema SIAFAR al momento de los eventos de recepción y dispensa.
- **Existencia y funcionamiento de las heladeras:** Exhibir planilla de control de temperatura
- **Existencia de matafuegos** con la correspondiente actualización de su carga de uso.
- **Psicofármacos:** Los psicofármacos y estupefacientes de las listas que requieren compra con vales oficiales deben estar bajo llave. Los de Lista 4 no requieren estar almacenados por separado y guardados bajo llave, pero sí los de Lista 3 y Lista 2.
- **Recetas del convenio:** Las que hayan sido objeto de dispensa y a la espera de su cierre y presentación deben encontrarse en la farmacia firmadas, selladas y con los troqueles correspondientes adheridos. Ya que la auditoría solicita les sean exhibidas, y verifica que no haya recetas en ese estado fuera de la farmacia.
- **Destroquelamiento:** El destroquelamiento se debe realizar al momento de la dispensa (sobre todo en productos de alto costo). En caso de la existencia de envases destroquelados deben estar apartados del resto destinado a la venta, y debidamente identificados.
- **Almacenamiento:** los medicamentos no deberán ser almacenados a menos de 15 centímetros del piso.

IMPORTANTE

Una vez concluida la inspección, se requerirá la firma del formulario y una dirección de correo electrónico a la que llegará una devolución de la inspección con observaciones y plazos perentorios para que la farmacia efectúe los descargos en caso de ser necesario o requerido. Le solicitamos que indique una dirección de correo electrónico que utilice regularmente para advertir la llegada del informe.

FORMULARIO / CUESTIONARIO DE CALIDAD A PRESTADORES FARMACÉUTICOS

muestra

 FARMACIA	FORMULARIO CUESTIONARIO DE CALIDAD A PRESTADORES FARMACEUTICOS	PRO-FINT-01 Versión: 1.0 Página 1 de 3
---	---	--

Auditoria N°1: farmacia
(COMPLETE CON LETRA DE IMPRENTA)

1. NOMBRE DE FANTASÍA

2. NOMBRE RAZÓN SOCIAL: CUIT:

3. LOCALIZACIÓN:

CALLE:	Nº:	BARRIO:
LOCALIDAD:	PROVINCIA:	UGL: Agencia:
TELEFONO		FAX
@mail:		

4. DATOS DEL RESPONSABLE LEGAL

Nombre y apellido	
Teléfono	Horario:
@mail:	

5. DATOS DEL FARMACÉUTICO DT

Nombre y apellido	Tipo y Nº de matrícula
Teléfono	Horario:
@mail:	Presente durante la Auditoria SI NO

6. SI CUENTA CON FARMACÉUTICOS AUXILIARES COMPLETE:

Nombre y apellido	Tipo y Nº de matrícula
Teléfono	Horario:
@mail:	Presente durante la Auditoria SI NO
Nombre y apellido	Tipo y Nº de matrícula
Teléfono	Horario:
@mail:	Presente durante la Auditoria SI NO

7. AÑO DE INICIO DE ACTIVIDADES

8. OTRAS EMPRESAS DEL SECTOR Y/O FARMACIAS DE ALGUNO DE LOS INTEGRANTES DE LA SOCIEDAD PROPIETARIA O DEL PROPIETARIO

RAZON SOCIAL	CUIT
DOMICILIO	
RUBRO	

9. SI POSEE ADMINISTRACION CENTRALIZADA FUERA DEL LOCAL COMPLETE

DOMICILIO:
TELEFONO:
HORARIO DE ATENCIÓN:
PROCESOS CENTRALIZADOS:

10. ¿CUÁNTOS EMPLEADOS TRABAJAN ACTUALMENTE EN EL ESTABLECIMIENTO?

11. ¿QUÉ HORARIO OPERA EL ESTABLECIMIENTO? CUMPLE LOS TURNOS OBLIGATORIOS COMO ES EL ORGANIGRAMA DE LOS MISMOS

12. HABILITACIÓN SANITARIA, MUNICIPAL Y PLANO ADJUNTADO
SI ☐
NO ☐

Indique lo pendiente_____

13. DROGUERIAS DE REPOSICIÓN

NOMBRE	DIRECCION	TELEFONO	FRECUENCIA

14. EMPRESAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL O MEDICINA PREPAGA A LA QUE PRESTA SERVICIO

15. TIPO DE ESPECIALIDADES FARMACEUTICAS QUE COMERCIALIZAN

	SI	NO	LISTAS- OBSERVACIONES
PSICOFÁRMACOS			
ESTUPEFACIENTES			
CLOZAPINA			
ALTO COSTO			

16. SI MANEJA ESPECIALIDADES MEDICINALES CONTROLADAS (ESTUPEFACIENTES Y PSICOTRÓPICOS)
¿CÓMO LOS ALMACENA, ESTÁ DEFINIDO EL PERSONAL DE ACCESO?

17. SERVICIOS ESPECIALES (GABINETE U OTROS)

APLICACIÓN DE INYECTABLES

TOMA DE PRESION

CAMPAÑAS DE VACUNACION

18. GABINETE DE INYECTABLES

PERSONAL QUE APLICA LOS INYECTABLES

OBSERVACIONES

19. POSEE HELADERA? CUANTAS

REGISTRA DIARIAMENTE LAS TEMPERATURAS SI ☐ NO ☐ VECES/DÍA

USO EXCLUSIVO DE MEDICAMENTOS SI ☐ NO ☐

CAPACIDAD

OBSERVACIONES

20. ¿EXISTE UN PROGRAMA DE AUDITORÍA INTERNA DE RECETAS DISPENSADAS A FIN DE VERIFICAR
PERTINENCIA CON EL FIN DE EVITAR RECLAMOS/ DESVÍOS DE PRODUCTOS O ERRORES DE DISPENSA?

21. TRAZABILIDAD: POSEE N° DE CUFE SI ☐ NO ☐

CUFE: Código de Ubicación Física del Establecimiento

N° CUFE

22. POLIZAS DE SEGUROS (RELEVAMIENTO NO EXCLUYENTE PARA INGRESO)

	POLIZA N°	EMPRESA	VIGENCIA
INCENDIO			
ROBO			
MALA PRAXIS			
INUNDACION * (En casos de zonas de riesgo)			

23. POSEE MATAFUEGO CON CARGA VIGENTE SI ☐ NO ☐ Número

Empresa

Vencimiento

Nombre y apellido del responsable comercial:

Firma y Fecha:

Nombre y apellido del director técnico:

Firma y Fecha:

Nombre y apellido del auditor PAMI:

Firma y Fecha: