



Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco

Facultad de Ciencias  
Naturales

Comodoro Rivadavia, 09 de marzo de 2015.-

VISTO:

La nota entrada a FCN. N° 296/15 por la que se proponen las pautas para la acreditación de sitios de Prácticas de la carrera de Farmacia, y

CONSIDERANDO:

Que resulta necesario establecer las pautas bajo las cuales se acreditarán los sitios donde los alumnos de dicha carrera cursan su práctica final obligatoria.

Que la propuesta surge de la Comisión Curricular de la Carrera de Farmacia.

Que el tema fue tratado en la I sesión ordinaria de este Cuerpo el 06 de marzo ppdo. y aprobado por unanimidad.

POR ELLO, EL CONSEJO DIRECTIVO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS NATURALES  
RESUELVE

Art. 1°) Aprobar las pautas de “**Acreditación de sitios de Práctica Final Obligatoria**” de la Carrera de Farmacia que se incorporan como Anexo y forman parte de la presente resolución.

Art. 2°) Las presentes pautas tendrán vigencia a partir del 01/04/2015.

Art. 3°) Regístrese, cúrsense las comunicaciones pertinentes, notifíquese a quien corresponda y cumplido, archívese.-

**RESOLUCION CDFCN. N° 025/15.-**

Dra. Barbara Lisa Arce  
Secretaria Académica  
Fac. Cs. Naturales  
U. N. P. S. J. B.

Dra. Mercedes Liliana Freije  
Decana  
Fac. Cs. Naturales  
U. N. P. S. J. B.



Facultad de Ciencias  
Naturales

Hoja N° 1/9

**ANEXO – Cpde. R.CDFCN. N° 025/15.-**

**UNPSJB – FCN – CARRERA DE FARMACIA**

**PRÁCTICA PROFESIONAL FARMACÉUTICA**

**CRITERIOS DE ACREDITACION Y DE SELECCIÓN DE ESTABLECIMIENTOS Y TUTORES**

La acreditación de las Oficinas de Farmacia y de los Servicios de Farmacia Hospitalaria es un requisito previo para su participación en las Prácticas Profesionales.

Se entiende por acreditación, el proceso de constatación del cumplimiento de los requisitos de calidad previamente establecidos para certificar la capacidad de los centros receptores como sitios para el desarrollo de Prácticas Profesionales destinadas a estudiantes de la Carrera de Farmacia próximos a egresar.

La finalidad de la acreditación es garantizar a todos los alumnos la realización de prácticas de calidad educativa equivalente, independientemente del centro receptor seleccionado.

La acreditación se concede en base a una evaluación inicial que será revisada anualmente.

**1. REQUISITOS DE ACREDITACION**

**1.1. REQUISITOS PARA LA ACREDITACION DE OFICINAS DE FARMACIA**

1.- Formalizar, mediante el llenado de la Planilla denominada “Acreditación de Oficinas de Farmacia para la participación en el Programa de la Práctica Profesional Farmacéutica” (ver Anexo I del presente documento), su compromiso de participar en el Programa de Practica Profesional Farmacéutica por al menos un ciclo lectivo completo.

2.- Disponer de fuentes de información actualizadas para uso del alumno.

3.- Disponer de bases informáticas de medicamentos, plantas medicinales, fitoterápicos, cosméticos, productos biomédicos y productos relacionados al quehacer farmacéutico en la Oficina de Farmacia.

*BE*  
*PP*



Facultad de Ciencias  
Naturales

Hoja N° 2/9

**ANEXO – Cpde. R.CDFCN. N° 025/15.-**

**1.2. REQUISITOS PARA LA ACREDITACION DE SERVICIOS DE FARMACIA HOSPITALARIA**

- 1.- Formalizar, mediante el llenado de la Planilla denominada “Acreditación de los Servicios de Farmacia Hospitalaria para la participación en el Programa de la Práctica Profesional Farmacéutica” (ver Anexo II del presente documento), su compromiso de participar en el Programa de Practica Profesional por al menos un ciclo lectivo completo.
- 2.- Debe haber al menos dos farmacéuticos en la planta de personal.
- 3.- Disponer de fuentes de información para uso del alumno.

**1.3. REQUISITOS PARA LA ACREDITACION DE TUTORES**

- 1.- Debe estar presente en el establecimiento las 4 horas diarias que concurrirá el alumno.
- 2.- Poseer certificación para el ejercicio profesional o haber recertificado.
- 3.- No haber sido pasible de sanciones por razones deontológicas, administrativas o penales.

**2. MECANISMO DE ACREDITACIÓN**

Los Directores Técnicos de las **Oficinas de Farmacia** que deseen participar en el Programa de la Práctica Profesional Farmacéutica deberán solicitar la acreditación de la Farmacia y del profesional que se propone como Tutor ante la Comisión Mixta. La actividad se enmarcará en el convenio que la Facultad mantiene con el Colegio Oficial de Farmacéuticos.

Para la participación de un **Servicio de Farmacia Hospitalaria** en la Práctica Profesional Farmacéutica, los establecimientos asistenciales correspondientes deben vincularse a la Facultad mediante un Convenio y solicitar la acreditación del Servicio de Farmacia Hospitalaria y del Farmacéutico Tutor ante la Comisión Mixta.

La Comisión Mixta acreditará el ámbito y tutor según los requisitos de acreditación e informará a la Comisión Curricular de la Carrera de Farmacia.

La Comisión Curricular informará anualmente a la Facultad el listado de instituciones y Tutores acreditados, solicitando el reconocimiento académico.

*BO*

*CP*



Facultad de Ciencias  
Naturales

Hoja N° 3/9

**ANEXO – Cpde. R.CDFCN. N° 025/15.-**

Previa conformidad de la Comisión Curricular, el Profesor Responsable de la Práctica informará:

- el listado de oficinas de farmacia y Tutores acreditados al Colegio Oficial de Farmacéuticos.
- Sobre la acreditación de sus servicios de farmacia y Tutores propuestos a cada establecimiento que se haya propuesto.

**3. EVALUACIÓN DE LA PRÁCTICA PROFESIONAL FARMACÉUTICA**

El mecanismo de evaluación y criterios para la aprobación se consignan en el Programa Analítico de la Asignatura.

BB  
P



Facultad de Ciencias  
Naturales

Hoja N° 4/9

**ANEXO – Cpde. R.CDFCN. N° 025/15.-**

**ANEXO I - ACREDITACIÓN DE OFICINAS DE FARMACIA**

Para la participación en el Programa de la Práctica Profesional Farmacéutica

|                      |           |            |  |
|----------------------|-----------|------------|--|
| OFICINA DE FARMACIA: |           | DIRECCIÓN: |  |
| LOCALIDAD:           | CP:       | PROVINCIA: |  |
| E-MAIL:              | TELEFONO: | FAX:       |  |

Por favor, cumplimente el cuestionario considerando que las respuestas deben corresponderse con la situación real, sin ambigüedades.

| Sobre la OFICINA DE FARMACIA   | FECHA:   |
|--|--|
| ¿Se compromete a participar en el programa de Práctica Profesional al menos un ciclo lectivo?<br><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Dispone del Catálogo de Especialidades Farmacéuticas actualizado<br><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No  |
| Horas semanales de apertura al público<br><input type="checkbox"/> 44 horas<br><input type="checkbox"/> Más de 44 horas                                  | Existencia de auxiliar/es en la Farmacia con coincidencia horaria de al menos cuatro horas con el Tutor<br><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No   |
| La Farmacia dispone de una base informatizada de medicamentos.<br><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No                                | Fuentes documentales a disposición del alumno sobre:<br><input type="checkbox"/> Terapéutica<br><input type="checkbox"/> Farmacología<br><input type="checkbox"/> Toxicología<br><input type="checkbox"/> Gestión<br><input type="checkbox"/> Galénica<br><input type="checkbox"/> Otros |

BO  
H



Facultad de Ciencias  
Naturales

Hoja N° 5/9

**ANEXO – Cpde. R.CDFCN. N° 025/15.-**

|  |   |
|--|---|
| La Farmacia dispone además de programa informático de gestión<br><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No             | Desarrollo de las actividades profesionales de:<br><input type="checkbox"/> Atención farmacéutica<br><input type="checkbox"/> Seguimiento y notificación de reacciones adversas<br><input type="checkbox"/> Participación en campañas o programas institucionales en los últimos 3 años<br><input type="checkbox"/> Determinación de Tensión arterial |
| La Farmacia dispone de acceso a correo electrónico<br><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No                        | Número de plazas disponibles para prácticas de alumnos:<br>..... Por vez.<br>.....Por Ciclo Lectivo.  |
| Dispone de espacio para estudio/trabajo del alumno<br><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No                        |   |
| Años que lleva abierta la Farmacia<br><input type="checkbox"/> Igual o superior a un año<br><input type="checkbox"/> Menos de un año | Existencia de otro farmacéutico en la Farmacia con coincidencia horaria de al menos cuatro horas con el Tutor<br><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (sólo el Tutor)  |
| Centro de salud más próximo .....<br>Distancia .....   |   |

Acompañar con un listado de recursos (equipamiento, bibliografía, software, etc.) de posible uso por parte del alumno.

BB  
PJ



Facultad de Ciencias Naturales

Hoja N° 6/9

**ANEXO – Cpde. R.CDFCN. N° 025/15.-**

**ANEXO II - ACREDITACIÓN DE LOS SERVICIOS DE FARMACIA HOSPITALARIA**

Para la participación en el Programa de la Práctica Profesional Farmacéutica

|            |           |            |  |
|------------|-----------|------------|--|
| HOSPITAL:  |           | DIRECCIÓN: |  |
| LOCALIDAD: | CP:       | PROVINCIA: |  |
| E-MAIL:    | TELEFONO: | FAX:       |  |

Por favor, cumplimente el cuestionario considerando que las respuestas deben corresponderse con la situación real, sin ambigüedades.

|   |  |  |
|---|--|--|
| Sobre el Hospital   |  | FECHA:   |
| Tipo de Hospital<br><input type="checkbox"/> General <input type="checkbox"/> Otros (especifica) .....<br>..... |  | Fuentes documentales a disposición del alumno sobre:<br><input type="checkbox"/> Terapéutica<br><input type="checkbox"/> Farmacología<br><input type="checkbox"/> Toxicología<br><input type="checkbox"/> Gestión<br><input type="checkbox"/> Galénica   |
| Número de camas<br><input type="checkbox"/> Igual o superior a 200 <input type="checkbox"/> Menos de 200        |  | Servicios del Hospital<br><input type="checkbox"/> Medicina Interna<br><input type="checkbox"/> Odontología<br><input type="checkbox"/> Cardiología<br><input type="checkbox"/> Cirugía General<br><input type="checkbox"/> Traumatología<br><input type="checkbox"/> Pediatría<br><input type="checkbox"/> Neonatología<br><input type="checkbox"/> Obstetricia<br><input type="checkbox"/> Terapia Intensiva<br><input type="checkbox"/> Medicina Nuclear<br><input type="checkbox"/> Radiofarmacia<br><input type="checkbox"/> Otros relevantes para la práctica: ..... |

BO  
QJ



Facultad de Ciencias  
Naturales

Hoja N° 7/9

**ANEXO – Cpde. R.CDFCN. N° 025/15.-**

|  |   |
|--|---|
| El Servicio de Farmacia dispone de área diferenciada para:<br><input type="checkbox"/> Conservación de medicamentos<br><input type="checkbox"/> Dispensación de medicamentos<br><input type="checkbox"/> Elaboración de medicamentos | Número de alumnos que pueden ser admitidos para la práctica en el segundo cuatrimestre del año (15 semanas 4 hs diarias)-----   |
| Número de horas laborables:<br><input type="checkbox"/> Igual o superior a 7 hs día <input type="checkbox"/> Menos de 7 hs. día  | Sistema /s de dispensación:<br><input type="checkbox"/> Dosis Unitaria<br><input type="checkbox"/> Otra   |
| Años de experiencia del Profesional Jefe de Servicio<br><input type="checkbox"/> Igual o superior a 3 años <input type="checkbox"/> Menos de 3 años  | Dispone en el área de Esterilización equipos para :<br><input type="checkbox"/> Esterilizar Por Calor Húmedo<br><input type="checkbox"/> Esterilizar Por Calor Seco<br><input type="checkbox"/> Esterilizar con Óxido de Etileno<br><input type="checkbox"/> Otros.   |
| El Servicio de Farmacia dispone de acceso a correo electrónico?<br><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No   | El Hospital y el Servicio de Farmacia disponen de Manuales de Gestión para el manejo de sus Residuos?<br><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No  |
| Número de Farmacéuticos en el hospital<br><input type="checkbox"/> Igual o superior a 2 <input type="checkbox"/> Uno   |   |
| Años que lleva abierto el Servicio de Farmacia<br><input type="checkbox"/> Igual o superior a un año<br><input type="checkbox"/> Menos de un año   |   |
| Existencia de otro farmacéutico en el Servicio de Farmacia con coincidencia horaria de al menos cuatro horas con el Tutor<br><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (sólo el Tutor)                                 | Indicar si el Servicio de Farmacia participa de:<br><input type="checkbox"/> Elaboración de Protocolos Farmacoterapéuticos<br><input type="checkbox"/> Evaluación de la utilización de medicamentos<br><input type="checkbox"/> Programas de detección de problemas relacionados con medicamentos<br><input type="checkbox"/> Farmacovigilancia<br><input type="checkbox"/> Comité de Infecciones<br><input type="checkbox"/> Monitoreo de fármacos |
| Dispone del Catálogo de Especialidades Farmacéuticas actualizado<br><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No  | Número de farmacéuticos en la Comisión de Farmacia terapéutica-----   |

BB  
PF

Acompañar con un listado de recursos (equipamiento, bibliografía, software, etc.) de posible uso por parte del alumno.



Facultad de Ciencias  
Naturales

Hoja N° 8/9

**ANEXO – Cpde. R.CDFCN. N° 025/15.-**

|  |           |  |
|--|-----------|--|
| Sobre el FARMACÉUTICO TUTOR  |           | FECHA:   |
| NOMBRE Y APELLIDOS:  |           | DNI:   |
| DIRECCIÓN:   |           |  |
| LOCALIDAD:   | CP:       | PROVINCIA:   |
| E-MAIL:  | TELEFONO: | FAX:   |
| Horas/día de presencia física en la institución<br><input type="checkbox"/> Hasta 4 horas/día<br><input type="checkbox"/> Entre 4 y 8 horas/día<br><input type="checkbox"/> Más de 8 horas/día |           | ¿Se ha capacitado en:<br><input type="checkbox"/> Farmacia clínica<br><input type="checkbox"/> Esterilización<br><input type="checkbox"/> Nutrición y Bromatología<br><input type="checkbox"/> Atención Farmacéutica<br><input type="checkbox"/> Sanidad<br><input type="checkbox"/> Otra, cuál? ..... |
| Años de ejercicio profesional<br><input type="checkbox"/> Igual o superior a 3 años<br><input type="checkbox"/> Menos de 3 años  |           | ¿Posee otros antecedentes docentes universitarios?<br><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No  |
| <input type="checkbox"/> Participación en los últimos 2 años en algún plan de formación continuada.  |           | Número de alumnos universitarios hasta la fecha:<br><input type="checkbox"/> Igual o superior a 4<br><input type="checkbox"/> Menos de 4   |
| Dispone de título de postgrado?<br><input type="checkbox"/> Si ¿Cuál? .....<br><input type="checkbox"/> No   |           |  |

Adjuntar fotocopia de las certificaciones que correspondan.

BO  
PF



*Universidad Nacional de la Patagonia San Juan Bosco*

Facultad de Ciencias  
Naturales

Hoja N° 9/9

**ANEXO – Cpde. R.CDFCN. N° 025/15.-**

**COMPROMISO DEL FARMACÉUTICO TITULAR**

El farmacéutico titular de la institución garantiza que toda la información proporcionada es cierta, y se compromete a comunicar en todo momento al Departamento de Farmacia cualquier cambio sobre los datos inicialmente constatados, incluyendo especialmente los relativos al cambio, o periodos de larga ausencia, del Farmacéutico Tutor.

Lugar, fecha y firma de/l los Farmacéutico/s Titular/es

BB  
H