

REVISTA DE LA

AAFH

PUBLICACIÓN CIENTÍFICA OFICIAL DE LA ASOCIACIÓN
ARGENTINA DE FARMACÉUTICOS DE HOSPITAL.

Volumen 12 - Nº 1 -Junio 2025

Artículos

- Editorial.....
.....2
- Relevamiento del proceso de medicación en un Hospital General de Agudos 4
- Fortalecimiento del capital humano en un servicio de Farmacia Hospitalaria mediante Planes de Desarrollo Individual.....11
- Experiencia y resultados de una Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias Hospitalaria ...17

Editorial: reflexiones sobre una década

Dra Pamela Bertoldo

Universidad Católica de Córdoba. Facultad de Ciencias de la Salud

pamela.bertoldo@gmail.com

Desde su creación la Revista de AAFH, dedicada a los farmacéuticos de hospital, tuvo como objetivo ser un espacio de difusión del conocimiento académico y científico de los farmacéuticos hospitalarios de Argentina. Durante estos 11 años hemos logrado consolidar un espacio donde la investigación aplicada, la práctica clínica y la formación son un espacio y un recurso valioso para nuestros lectores en el ámbito de la farmacia hospitalaria.

La posibilidad de contar con un órgano de difusión oficial de nuestra especialidad, no solo radica en la difusión de investigaciones, sino también en la formación de una comunidad académica. Cada número ha sido una oportunidad para discutir temas de relevancia que impactan directamente en la atención al paciente, como el uso seguro y efectivo de medicamentos, la gestión de terapias farmacológicas y la farmacovigilancia, entre otros. A través de nuestras secciones, hemos abordado desde la farmacoterapia hasta las políticas de salud, estableciendo un diálogo necesario entre la academia y la práctica clínica.

Nuestra revista ha dejado en evidencia el enfoque interdisciplinario de nuestra actividad con médicos, enfermeros y otros profesionales de la salud.

A lo largo de este período se publicaron 22 números, en los que hemos contado con la colaboración de destacados profesionales farmacéuticos de Argentina, quienes han contribuido con casos clínicos, trabajos de investigación, comunicaciones breves, documentos de consenso y revisiones. Estas colaboraciones han enriquecido significativamente el contenido de nuestra revista. Agradecemos a esos más de 60 autores, miembros de la comunidad farmacéutica hospitalaria que, con su dedicación y compromiso, han compartido sus conocimientos y experiencias, permitiendo que nuestra publicación sea una vía para dar a conocer los avances en este campo en nuestro país.

Nuestro agradecimiento también, a los revisores quienes en forma desinteresada ofrecieron su tiempo y conocimiento para la mejora continua de la revista. En lo personal agradecer a quienes confiaron

Al mirar hacia el futuro, seguimos comprometidos con la excelencia académica y científica. Con el objetivo de ser referentes en la publicación de investigaciones y un espacio donde las voces de la comunidad científica se escuchen y se valoren. Extendemos nuevamente una invitación a todos los farmacéuticos de hospital y

profesionales de la salud a continuar colaborando con sus publicaciones , contribuyendo al desarrollo del conocimiento académico científico de nuestra profesión , que impulse nuestra práctica y con ellos mejore el cuidado de nuestros pacientes.

Nuestra revista cuenta nuestra historia farmacéutica hospitalaria Argentina , pero además anticipa su futuro, con la certeza de que la ciencia debe difundirse para avanzar juntos por el desarrollo de la farmacia hospitalaria en Argentina y en Sudamérica.



Relevamiento del proceso de medicación en un Hospital General de Agudos

Ordoñez A., Tesler S., Fioramonti N., Mansilla S., Quiroga M.

Servicio de Farmacia. Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA) Dr Oscar E Alende. Mar del Plata

matiquiroga87@gmail.com

Resumen

Introducción: El proceso de medicación es el conjunto de actividades que llevan a cabo distintos profesionales para lograr que todo medicamento llegue en óptimas condiciones al paciente. En el HIGA Alende enfermería realiza la transcripción a "tarjetas de cartón" las cuales son individuales por paciente y por fármaco. La seguridad del paciente ha adquirido una relevancia creciente siendo esta la razón que nos inspiró a realizar este trabajo.

Objetivos: Definir un circuito de dispensa unánime en todo el hospital; cuantificar las discrepancias entre la prescripción médica (PM) y la transcripción de enfermería; relacionar la cantidad de discrepancias en función de la cantidad de medicamentos prescritos; y clasificar las discrepancias según el grado de severidad.

Materiales y métodos: Estudio prospectivo, observacional y transversal. Se analizaron las discrepancias observadas. Se catalogaron los tipos de error según el grado de severidad.

Resultados: De un total de 40 muestras correspondientes a 850 pacientes, 189 (22,2%) presentaban una discrepancia en la transcripción y 91 (10,7%) mostraban dos o más. La principal diferencia fué omisión de medicamento en la tarjeta 37,7%. De 22 pacientes se obtuvo un 56,3% de errores significativos y 4,4% errores serios.

Discusión: Hemos detectado diferencias entre la PM y la transcripción en más de un 30% de los pacientes analizados.

Conclusión: La PM constituye el eje central de la comunicación entre el equipo médico, farmacia y enfermería, siendo imprescindible establecer un formato estandarizado, claro y conciso, que se aplique de manera uniforme en toda la institución.

Palabras claves: Proceso de medicación, seguridad del paciente, discrepancias, hospital.

Summary

Introduction: The medication process is the set of activities carried out by different professionals to ensure that every medication reaches the patient in optimal conditions. At HIGA Alende, nursing staff transcribes the orders onto "cardboard cards" which are individual for each patient and for each drug. Patient safety has acquired increasing relevance, and this is the reason that inspired us to conduct this study.

Objectives: To define a unanimous dispensing circuit throughout the hospital; to quantify the discrepancies between the medical prescription (MP) and the nursing transcription; to relate the quantity of discrepancies as a function of the number of prescribed medications; and to classify the discrepancies according to the degree of severity.

Materials and Methods: Prospective, observational, and cross-sectional study. The observed discrepancies were analyzed. The types of errors were categorized according to the degree of severity.

Results: Out of a total of 40 samples corresponding to 850 patients, 189 (22.2%) presented a discrepancy in the transcription and 91 (10.7%) showed two or more. The main difference was the omission of medication on the card (37.7%). For 22 patients, 56.3% significant errors and 4.4% serious errors were obtained.

Discussion: We have detected differences between the MP and the transcription in more than 30% of the patients analyzed.

Conclusion: The MP constitutes the central axis of communication among the medical team, pharmacy, and nursing staff, making it essential to establish a standardized, clear, and concise format that is uniformly applied throughout the institution.

Keywords: Medication process, patient safety, discrepancies, hospital.

Introducción

El proceso de medicación se define como el conjunto de actividades que llevan a cabo distintos profesionales para conseguir que todo medicamento prescrito por el médico, dispensado por el farmacéutico y administrado por el enfermero llegue en óptimas condiciones al paciente¹. Este proceso incluye la adquisición, la prescripción a cargo del personal médico donde se detalla la vía, dosis y frecuencia de administración, la validación (cuando es posible) y dispensación por parte de la farmacia, la preparación y administración del fármaco por parte de enfermería. En algunas instituciones, además de las etapas ya mencionadas, también se agrega una instancia más que es la transcripción de las indicaciones médicas que, generalmente, realiza el servicio de enfermería.

Este proceso, en todas sus etapas, se encuentra sujeto a variables físicas, humanas y ambientales, que de no ser mantenidas dentro de estándares de seguridad, pueden constituir una amenaza para el usuario². En un estudio², se analizaron los errores en la prescripción y transcripción de medicamentos endovenosos en el Servicio de Pediatría. De las 500 prescripciones estudiadas el equipo de investigación encontró que 19,8% de

estas indicaciones fueron ilegibles, 10,8% no señaló dosis, 23,6% de las prescripciones no indicó vía endovenosa como medio de administración y 14,8% no especificó frecuencia de administración. En cuanto a las transcripciones, el 3,0% fueron ilegibles, el 4,4% no incluyó la totalidad de los fármacos prescritos y 2,6% del personal de enfermería transcribió fármacos sin indicación desde la hoja de indicaciones médicas hacia la hoja de registro de enfermería.

En el HIGA Dr. Oscar Alende el proceso de medicación varía dependiendo de la sala. La prescripción médica se realiza de forma manual o digital, existen sectores que cuentan con validación previa del farmacéutico y otros que aun no, a su vez la dispensa de fármacos en algunos servicios se realiza por stock y en otros es por paciente en dosis diaria variando según el nivel de complejidad de la sala y la disponibilidad de personal técnico y farmacéutico en el servicio de farmacia. Para la administración de medicamentos, enfermería realiza la transcripción a “tarjetas de cartón”, las cuales son individuales por medicamento, detallando la vía, la dosis, la posología y el paciente para ser utilizadas en la posterior administración, paso final antes de que el medicamento llegue al usuario. Estas tarjetas son controladas en cada cambio de turno de enfermería debiendo ser cotejadas con la prescripción médica.

La seguridad del paciente ha adquirido una relevancia creciente en los objetivos de calidad de los sistemas de salud. Por este motivo creemos que es necesario trabajar para mejorar y unificar criterios dentro de nuestro nosocomio a la hora de realizar el proceso de medicación. Esta es la razón que nos inspiró a realizar este trabajo, el cual consiste en un relevamiento y análisis de las transcripciones médicas a las “tarjetas” para su posterior administración siendo importante destacar que el proceso de medicación requiere de un entorno facilitador que garantice la eficiencia y seguridad en cada etapa, asegurando la correcta administración del medicamento².

Objetivos

- Definir un circuito de dispensa único en todo el hospital, para garantizar un mejor trabajo en el servicio de Farmacia.
- Cuantificar las discrepancias halladas entre la prescripción médica y la transcripción de enfermería.
- Relacionar la cantidad de discrepancias halladas en función de la cantidad de medicamentos prescriptos
- Clasificar las discrepancias encontradas según el grado de severidad, desde un punto de vista clínico.

Materiales y métodos

Se llevó a cabo un estudio prospectivo, observacional y transversal enfocado en las prescripciones médicas y las transcripciones de enfermería, abarcando el período del 4 de noviembre al 4 de diciembre de 2024. Las áreas analizadas incluyeron Terapia Intensiva (UTI), Terapia Intensiva Intermedia (UTIM), Sala de Ortopedia y

Traumatología (OyT) y Clínica Médica del Hospital Interzonal General de Agudos (HIGA) Dr. Oscar Alende, ubicado en la ciudad de Mar del Plata, Argentina.

Dentro de las salas analizadas, UTIM y UTI cuentan con un sistema de distribución de medicamentos por dosis diaria (SDMDU) mientras que O y T y Clínica médica utilizan el sistema de distribución por stock. En cuanto a las prescripciones, se observaron tanto formatos electrónicos a través del sistema de prescripción del hospital "Hydra", como en formato manual. Los datos fueron recopilados en cada piso por una farmacéutica, quien, al revisar las prescripciones médicas y las tarjetas de enfermería, registró las diferencias en una planilla de Excel. Este proceso permitió una comparación detallada entre las prescripciones y las transcripciones, facilitando la identificación de posibles inconsistencias o áreas de mejora en la comunicación entre los profesionales de la salud.

Las planillas de Excel fueron inicialmente completadas marcando de manera sencilla si existía o no alguna discrepancia en las tarjetas de enfermería. Estas discrepancias estaban relacionadas con el fármaco, vía de administración, dosis, posología, duración del tratamiento, omisión de medicamentos, presencia de medicamentos únicamente en las tarjetas o la presencia de tarjetas duplicadas. Sin embargo, dado que el tipo de error era un aspecto crucial, en ciertos casos se registraron detalles adicionales (ej fármaco involucrada en la discrepancia, dosis) que permitieron clasificar los tipos de errores en no significativo, significativo, serio o potencialmente letal tomando como referencia el trabajo publicado por Scolari (3).

Se recopiló la información correspondiente a 10 días de cada una de las salas analizadas en un formato de planilla que contenía en total por día aproximadamente 210 prescripciones. Los datos fueron analizados mediante un formulario de Google Forms. Para la clasificación de las discrepancias identificadas, se empleó una tabla que categoriza las inconsistencias según la gravedad del daño, publicada por Scolari (ver anexo I)³. Para el análisis de datos, se tomó como "renglón" (fila) cada prescripción médica individual. El análisis realizado fue descriptivo a través de promedios y porcentajes.

Resultados

Se analizaron un total de 40 muestras correspondientes a 850 prescripciones (5.447 filas), de los cuales 189 prescripciones (22,2%) presentaban una discrepancia en la transcripción con respecto a la indicación médica y 91 (10,7%) mostraban dos o más discrepancias de transcripción. Estos datos representan el número total de prescripciones analizadas sin un desglose por servicio.

Del total de filas de prescripciones observadas, el 7,8% (427) contenían discrepancias en la transcripción de la orden médica a la tarjeta, siendo más frecuente la omisión de medicamento en la tarjeta (37,7%, 159 filas), seguidos por discrepancia de medicamento sólo en tarjeta (22,8%, 97 filas), discrepancia

en la posología (17,2%, 73 filas), discrepancia en la dosis (15,0%, 64 filas), discrepancia en la droga (5,2%, 22 filas), discrepancia en la vía de administración (2,3%, 10 filas) y duplicación de tarjetas (0,5%, 2 filas).

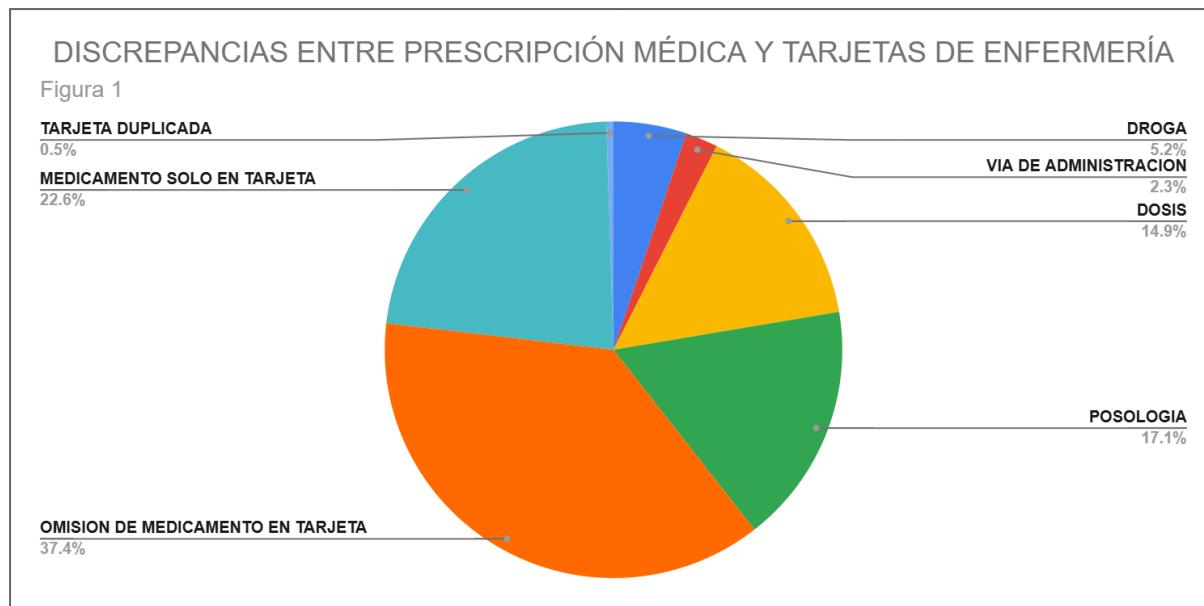


Gráfico I: Porcentajes de las discrepancias encontradas entre las “tarjetas de enfermería” y la prescripción m

Se analizaron en profundidad las discrepancias de 22 pacientes (2.946 filas, 270 con discrepancia) y se asoció el tipo de error según la gravedad del daño. Se obtuvo como resultado un 56,3% (152 renglones) de errores significativos, 4,4% (12 renglones) errores serios, 1.5% (4 renglones) errores no significativos y 0% errores letales.

En base a los datos analizados, se observó que Terapia Intensiva presentó el mayor porcentaje de discrepancias con un 9.5% seguido de la Sala de Ortopedia y Traumatología con un 8.85% luego Clínica Médica con un 8.51% y, finalmente Terapia Intensiva Intermedia con un 3.9%.

Porcentaje de discrepancias halladas por sala

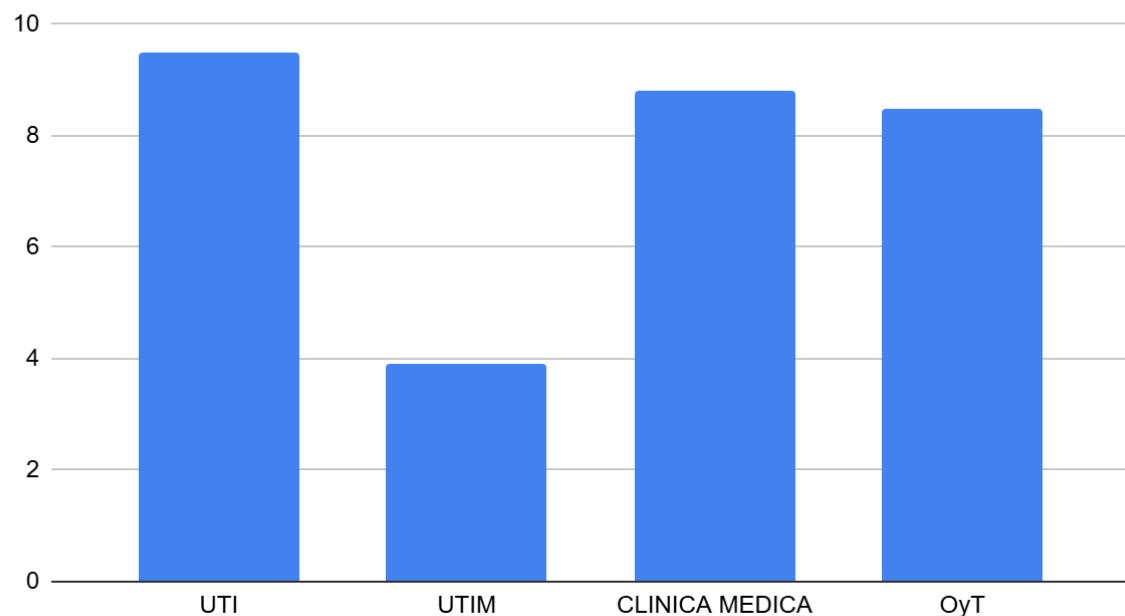


Gráfico 2. Porcentaje de discrepancias halladas por sala.

Discusión

Los errores de medicación son indicadores de calidad en la asistencia sanitaria, por lo que su detección y análisis de causas, pueden ayudar a la prevención sistemática, mejorando así la calidad del proceso asistencial².

Según el relevamiento realizado hemos detectado diferencias entre la prescripción médica y la transcripción por parte de enfermería en más de un 30% de los pacientes analizados. De los resultados obtenidos podemos observar que las áreas informatizadas (UTI, OyT, Clínica Médica) presentan un mayor porcentaje de discrepancias respecto a las áreas no informatizadas (UTIM), creemos que esto puede adjudicarse a que en las salas informatizadas las indicaciones médicas se actualizan de forma diaria, e incluso se modifican durante la jornada laboral de forma manual razón por la cual el servicio de enfermería no logra actualizar la tarjeta en tiempo y forma generando mayor cantidad de discrepancias entre prescripción y tarjeta. Por el contrario de las indicaciones electrónicas, las manuales no se realizan de forma diaria por lo que si bien para el análisis de este trabajo se observa una tasa menor de discrepancias, las mismas están asociadas a prescripciones desactualizadas. Estas prescripciones, que pueden mantenerse iguales durante días o semanas, conllevan a una tasa menor de confección de tarjeta por lo que será más difícil encontrar discrepancias relacionadas entre prescripciones y tarjetas. Esto, si bien al momento de realizar el análisis del trabajo podría considerarse como un dato positivo, en realidad se asocia a una constante falta de actualización de la prescripción lo que

repercute directamente en la calidad de atención hacia el paciente, pudiendo a su vez arrastrar errores en la prescripción durante más tiempo.

Además hemos detectado que más del 55% de las discrepancias observadas corresponden a errores significativos y un 4,4% a errores serios siendo estos posibles causas de fallas de tratamiento, aparición de efectos adversos o incluso complicaciones graves para el paciente.

Las causas de estas discrepancias pueden estar asociadas a prescripciones verbales, suspensión de medicamentos por parte del médico sin aviso a enfermería, prescripciones ilegibles o realizadas en un lugar incorrecto de la historia clínica, mala comunicación, falta de stock y reemplazo por una alternativa terapéutica sin realizar la prescripción de forma correcta, entre otras. Estas discrepancias repercuten directamente en la calidad de atención de los pacientes así como en la posibilidad de cometer errores por parte del servicio de farmacia a la hora de realizar la dispensación de los medicamentos, evidenciando la necesidad de optimizar el proceso de medicación en nuestra institución.

La dispensación de medicamentos por parte de farmacia así como la administración por parte de enfermería debe estar sujeta siempre a la prescripción médica, siendo este el correcto proceso de medicación según la normativa vigente en nuestro país. Para definir un circuito de dispensa estandarizado en nuestra institución primero debemos implementar un sistema de prescripción médica único, siendo el sistema electrónico utilizado en las salas de UTI y Clínica Médica el elegido para replicar en aquellas salas que hasta el momento no cuentan con el mismo. Una vez implementado en las salas faltantes el paso siguiente sería implementar un módulo electrónico de registro de administración por parte de enfermería evitando de esta forma realizar la transcripción de la prescripción entendiendo que para implementar dicho módulo se requiere de la adquisición de bienes que el hospital hoy no cuenta

Conclusión

La prescripción médica constituye el eje central de la comunicación entre el equipo médico, la farmacia y el personal de enfermería. Por consiguiente, es imprescindible establecer un formato estandarizado, claro y conciso, que se aplique de manera uniforme en toda la institución, eliminando cualquier intermediario que pueda comprometer la integridad de la información y facilitando de esta forma la correcta dispensación y administración de los medicamentos. De esta forma se podría disminuir la tasa de error asociada tanto a las prescripciones como a la consecuente administración de medicamentos, pudiendo así generar una mejora en la calidad de atención a nuestros pacientes.

Anexo I:

Tabla 1. Adaptación de lo propuesto por Overhage¹⁷ para estimar la probabilidad de prolongar la estancia debido a los PRM. El factor de multiplicación es el que se usa para calcular los costos evitados

Gravedad del daño evitado por la IF	PRM	Probabilidad de incrementar la estancia	Factor de multiplicación
Potencialmente letal	A- Medicamentos de estrecho IT indicados a dosis de al menos 10 veces la recomendada. B- Dosis bajas o insuficientes de drogas de soporte vital. C- Eventos adversos evitables e interacciones entre medicamentos de estrecho IT.	60%	0,6
Seria	A- Vías de administración que puedan llevar a toxicidad severa. B- Indicación de altas dosis (4 a 9,9 veces el valor recomendado) de medicamentos de estrecho IT. C- Detección de concentraciones sericas en rango potencialmente tóxico. D- Indicación de drogas que puedan exacerbar la condición del paciente. E- Eventos adversos evitables e interacciones entre medicamentos de amplio IT. G- Medicamentos de amplio IT indicados a dosis de al menos 10 veces la recomendada. F- Indicación médica que pueda llevar a la dispensa de una droga equivocada.	40%	0,4
Significativa	A- Indicación de altas dosis (1,5 a 3,9 veces el valor recomendado) de medicamentos de estrecho IT. B- Indicación de dosis subterapéuticas para la condición del paciente. C- Indicación de altas dosis (1,5 a 9,9 veces el valor recomendado) de medicamentos de amplio IT. D- Duplicidad terapéutica. E- Intervalo pológico inapropiado o incompleto. F- Omisión de medicamento en la indicación médica.	10%	0,1
No significativa	A- Indicación de medicamentos no incluidos en las guías terapéuticas del hospital. B- Prescripción ilegible, ambigua o abreviaturas no estandarizadas. C- Forma farmacéutica inapropiada para la condición del paciente. D- Información clínica incompleta en la indicación médica.	0%	0

IF: intervención farmacéutica; IT: índice terapéutico; PRM: problema relacionado con medicamentos.

Bibliografía

1. Merino de la Hoz F. Enfermería clínica I. Tema 2.2: Etapas y errores en la administración de medicamentos.
2. Rivas R E, Rivas L A, Bustos M L. Errores en prescripción y transcripción de medicamentos endovenosos en Servicios Pediátricos, Hospital Dr. Hernán Henríquez Aravena. Temuco, 2008–2009.

3. ³Scolari MJ, Byró PS, Apestegui MJ, Primerano FA. Evaluación clínica y económica de las intervenciones farmacéuticas en un hospital de la comunidad. Buenos Aires (AR): Hospital Británico de Buenos Aires; 2022.



Fortalecimiento del capital humano en un servicio de Farmacia Hospitalaria mediante Planes de Desarrollo Individual

Gabriela Lemonnier gabriela.lemonnier@gmail.com

Hospital de alta complejidad en red El Cruce, Dr. Néstor Kirchner

Resumen

Este trabajo presenta un proyecto de elaboración de un Plan de Desarrollo Individual (PDI) para los integrantes del Servicio de Farmacia del Hospital El Cruce, en un contexto organizacional caracterizado por la complejidad y el cambio constante. El PDI se plantea como una herramienta estratégica para fortalecer competencias técnicas y blandas, aumentar la motivación, mejorar la satisfacción laboral y alinear el crecimiento profesional con los objetivos institucionales. La propuesta combina entrevistas, encuestas, grupos focales y observación directa para identificar necesidades, diseñar acciones personalizadas y evaluar progresos. Su implementación requiere liderazgo participativo, objetivos claros, acompañamiento cercano y reconocimiento de logros. Entre los beneficios esperados se destacan la reducción del ausentismo, la retención del talento, el fortalecimiento del trabajo en equipo y la mejora en la calidad del servicio y la seguridad del paciente.

Palabras claves:

Plan de Desarrollo Individual, Farmacia Hospitalaria, Liderazgo, Motivación laboral

Summary

This paper presents a project for the development of an Individual Development Plan (IDP) for the members of the Pharmacy Service at El Cruce Hospital, within an organizational context marked by complexity and constant change. The IDP is proposed as a strategic tool to strengthen technical and soft skills, increase motivation, improve job satisfaction, and align professional growth with institutional goals. The approach combines interviews, surveys, focus groups, and direct observation to identify needs, design tailored actions, and assess progress. Its implementation requires participatory leadership, clear objectives, close support, and recognition of achievements. Expected outcomes include reduced absenteeism, improved talent retention, stronger teamwork, and enhanced service quality and patient safety.

Key words:

Individual Development Plan, Hospital Pharmacy, Leadership, Work motivation

Introducción

El liderazgo es un elemento clave para guiar equipos, alcanzar objetivos organizacionales y mantener un ambiente laboral positivo. Los líderes deben adaptar su estilo según el estado del equipo y el contexto en que trabajan. Durante los años 90, se definió el concepto VUCA —Volátil, Incierto, Complejo y Ambiguo— para describir entornos dinámicos. Sin embargo, fenómenos recientes como la pandemia, la crisis energética y los desajustes políticos hicieron necesario un nuevo enfoque, BANI —Frágil, Ansioso, No-lineal e Incomprendible—, que refleja mejor la complejidad actual. Según Jamais Cascio, prever se vuelve una estrategia crítica en momentos de gran estrés, que resalta la importancia de contar con una hoja de ruta clara para orientar a los miembros de la organización, mantener su motivación y optimizar su desempeño.

En un entorno tan cambiante, la capacitación y el desarrollo profesional son pilares fundamentales. El desarrollo de las personas no solo mejora el desempeño individual y colectivo, sino que también fomenta la innovación, fortalece la cultura organizacional y prepara a la empresa para enfrentar retos futuros. Incrementa la satisfacción y el compromiso de los empleados, favoreciendo la retención del talento y contribuyendo a la sostenibilidad y competitividad a largo plazo. En este sentido, la implementación de Planes de Desarrollo Individual (PDI) se convierte en una herramienta clave. Estos planes permiten un diálogo abierto, promueven la formación y la práctica profesional, y generan un compromiso mutuo entre los empleados y la organización.

Desde el marco conceptual, las teorías de liderazgo resultan fundamentales, ya que influyen directamente en el desarrollo de los equipos. El liderazgo transformacional busca inspirar y motivar para generar cambios positivos, mientras que el liderazgo situacional enfatiza la adaptación del estilo de liderazgo según las necesidades del equipo. Por otro lado, la evolución organizacional planteada por Frederic Laloux describe la transición de estructuras rígidas y jerárquicas hacia organizaciones más planas y orientadas al equipo, culminando en las organizaciones TEAL, que promueven la autogestión, la plenitud y el propósito evolutivo, priorizando el desarrollo humano como factor central de éxito.

La motivación de los empleados también es un elemento clave. La Pirámide de Maslow plantea la jerarquía de necesidades, desde las básicas hasta la autorrealización. Para que un PDI sea efectivo, debe considerarse no sólo la formación, sino también el reconocimiento de logros, la asignación de nuevos retos y la alineación de metas individuales con los valores personales y profesionales del trabajador. Asimismo, el modelo de gestión por competencias de McClelland y Morin permite identificar las habilidades necesarias para desempeñar con éxito un puesto, considerando saber, saber hacer y querer hacer.

Finalmente, los procesos de retroalimentación, como el feedback y el feedforward, son esenciales para mejorar el desempeño y orientar el desarrollo futuro. La gestión del cambio, por su parte, es imprescindible para que los empleados puedan adaptarse a nuevos desafíos, tecnologías o estructuras organizacionales,

asegurando que estén preparados para enfrentar un entorno dinámico y complejo. En conjunto, estas herramientas y enfoques refuerzan la importancia de invertir en el desarrollo de las personas como estrategia clave para el éxito organizacional.

El Hospital de Alta Complejidad en Red El Cruce Dr. Néstor Carlos Kirchner S.A.M.I.C. es un efector público de referencia regional, provincial y nacional, cuya misión se centra en mejorar la salud de las personas considerando determinantes socioambientales y respetando sus derechos. Su modelo de gestión prioriza la calidad, la seguridad del paciente y la innovación, implementando gestión por procesos, gestión del recurso humano por competencias y gestión presupuestaria por programas.

Dentro de este contexto, el servicio de Farmacia Hospitalaria cumple un rol fundamental, garantizando la seguridad y efectividad de la terapia farmacológica. En el servicio trabajan más de 60 personas, farmacéuticos y técnicos, distribuidos en diversos perfiles acorde al puesto de trabajo. Cada perfil cuenta con un descriptivo de puesto que especifica competencias y niveles requeridos, lo que permite identificar áreas de mejora y planificar estrategias de desarrollo.

Por todo lo antes dicho, nos planteamos el siguiente objetivo:

Realizar un Plan de Desarrollo Individual para cada miembro del Servicio de Farmacia con el objetivo de promover el crecimiento integral del empleado y su alineación con las necesidades estratégicas de la organización

Presentación de lo observado

El proyecto surge en coherencia con la misión del Hospital, que promueve la gestión del recurso humano por competencias, la calidad consolidada y la humanización hacia pacientes y empleados. La implementación de un PDI en el servicio de Farmacia representa una oportunidad de mejora para fortalecer el desempeño, las habilidades y la satisfacción del equipo, en línea con los estándares de calidad y seguridad institucionales.

La propuesta contempla una serie de acciones prácticas:

- Realizar una reunión general de sensibilización donde se presentará el proyecto, la finalidad del mismo y los pasos a seguir
- Diseñar una encuesta inicial, para establecer el punto de partida
- Realizar dicha encuesta y medir los resultados
- Definir un modelo estructurado de PDI
- Establecer un cronograma de entrevistas que abarque a todos el personal
- Realizar dichas entrevistas
- Evaluar la necesidad de tratar algunos temas con la conformación de grupos focales

- Acompañar todo el proceso con la observación directa de los empleados durante su jornada laboral
- Compartir resultados siempre que sea necesario
- Realizar entrevistas de feedback y feedforward
- Repetir encuesta para medir progresos

Se emplearán distintas técnicas de recolección de la información que permitan conocer las necesidades, fortalezas y motivación de la persona. La **entrevista individual** facilita información detallada y personalizada, genera confianza, fortalece la relación empleado-supervisor y permite identificar áreas de mejora y necesidades de capacitación. Las **encuestas o cuestionarios**, cerrados o abiertos, recopilan datos de muchos empleados de manera rápida y pueden ser anónimos para obtener respuestas sinceras. Los **grupos focales (focus group)** exploran percepciones y experiencias sobre temas específicos, aportando información cualitativa útil para la distribución de tareas, asistencia a capacitaciones o protocolos especiales. Por último, la **observación directa** analiza la interacción del personal, su rol en el equipo, la organización de tareas y el compromiso diario, ofreciendo un panorama realista del desempeño. Combinadas, estas técnicas permiten construir un diagnóstico integral que sustenta la planificación del desarrollo individual y mejora el desempeño colectivo del servicio de farmacia.

La implementación de un PDI efectivo requiere un proceso estructurado y colaborativo, basado en cinco pasos principales:

1. **Evaluación y análisis de necesidades:** Identificar fortalezas, debilidades, habilidades, conocimientos y experiencia de cada colaborador, para determinar sus necesidades de desarrollo en relación con los objetivos profesionales, el puesto y las expectativas de la organización.
2. **Establecimiento de objetivos:** Definir metas claras y alcanzables siguiendo el criterio SMART (específicos, medibles, alcanzables, relevantes y con plazos determinados).
3. **Creación del plan de acción:** Detallar las actividades, recursos y tiempos necesarios para cumplir cada objetivo.
4. **Seguimiento y evaluación:** Monitorear el progreso, proporcionar retroalimentación constructiva y ajustar el plan según sea necesario.
5. **Reconocimiento de logros:** Celebrar avances y reconocer el esfuerzo del colaborador, reforzando su motivación y compromiso con el desarrollo profesional.

Este enfoque asegura que el PDI sea personalizado, efectivo y genere mejoras tanto individuales como colectivas dentro del equipo.

Discusión

Para implementar exitosamente este proyecto es fundamental que el proceso sea claro, accesible y alineado con los objetivos individuales y organizacionales.

Entre las principales recomendaciones se destacan: **fomentar la participación activa** del personal a través de jornadas de sensibilización que expliquen el propósito y la metodología; **establecer objetivos claros y medibles** para asegurar avances alcanzables y **promover un ambiente de apoyo** en el que los superiores acompañen al equipo, resuelvan dudas, ajusten cargas de trabajo y garanticen tiempo para la formación.

La implementación del PDI puede enfrentar algunas dificultades como son: la **resistencia al cambio**, que debe abordarse con comunicación clara sobre beneficios y oportunidades; la **falta de tiempo** debido a la alta demanda del servicio, lo que requiere priorizar lo importante sobre lo urgente, como plantea Covey y **problemas en la evaluación de competencias**, especialmente las intangibles, que pueden mitigarse con el apoyo y capacitación del área de Recursos Humanos

Para dar continuidad al PDI se proponen las siguientes iniciativas complementarias:

- Desarrollar un sistema estandarizado de evaluación de competencias que permita seguimiento más preciso
- Implementar programas de bienestar y salud integral que contemplen aspectos físicos y emocionales de los empleados
- Realizar capacitaciones periódicas en habilidades blandas, fomentando el aprendizaje compartido y la mejora de las relaciones dentro del equipo.

Los resultados esperados de un PDI incluyen mejoras en el desempeño individual y colectivo, aumento de la motivación y satisfacción laboral, reducción del ausentismo, mayor retención de talento y fortalecimiento de habilidades de trabajo en equipo y liderazgo, impactando directamente en la calidad del servicio y la seguridad del paciente.

Bibliografía

1. Cascio, J. (2020). *Facing the Age of Chaos (BANI)*. Medium.
2. Laloux, F. (2014). *Reinventing Organizations: A Guide to Creating Organizations Inspired by the Next Stage of Human Consciousness*. Nelson Parker.
3. Maslow, A. H. (1943). *A Theory of Human Motivation*. Psychological Review, 50(4), 370–396.
4. McClelland, D. C. (1973). *Testing for Competence Rather Than for Intelligence*. American Psychologist, 28(1), 1–14.

5. Morin, L. (2004). *La gestión por competencias: un balance de la investigación*. Revista Internacional de Ciencias Sociales, UNESCO.
6. Covey, S. R. (1989). *Los 7 hábitos de la gente altamente efectiva*. Paidós.
7. Sinek, S. (2009). *Start With Why: How Great Leaders Inspire Everyone to Take Action*. Portfolio.



Experiencia y resultados de una Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias Hospitalaria

Marcela Rousseau, Farmacéutica, Mg en Farmacoepidemiología

rousseau.marcela@gmail.com

Graciela Demirdjian, Médica Pediatra. Mg en Efectividad Clínica

Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan.

Resumen

La Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias Hospitalaria (UETS) cuenta desde 2019 con un Sector de Evaluación de Medicamentos que evalúa todas las solicitudes de medicamentos de alto precio o alto riesgo. Los informes realizados no son vinculantes. También realiza evaluaciones proactivas

Objetivo :Analizar producción y tiempos de respuesta, costo anual por paciente, recomendaciones, aceptación por parte de la dirección y resultados en los pacientes de los medicamentos incorporados durante los últimos cinco años.

Metodología Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan. Diseño: descriptivo, retrospectivo Población: pacientes del hospital. Se analizó la proporción de informes completos y rápidos, la tasa de rechazo, el tiempo de respuesta, el costo anual por paciente y resultados clínicos en los pacientes

Resultados El Sector de Evaluación de Medicamentos elaboró 24 informes (el 56 % fueron completos), el 76 % correspondió a alto precio y el 96 % fueron aceptados por la dirección. La mediana del tiempo de respuesta fue de 106 días (rango: 5 a 511). Las recomendaciones incluyeron aprobaciones para afecciones restringidas (36 %) y rechazos (21 %). El costo anual estimado por paciente osciló entre USD 1.757 y USD 314.265. El seguimiento de seis medicamentos durante un mínimo de dos años en 44 pacientes que cumplieron con las recomendaciones de uso restringido y no presentaron resultados clínicos que justificaran la desinversión.

Conclusiones

A pesar de las recomendaciones no vinculantes, la aceptación fue alta.

Los informes clínicos de los resultados de los pacientes permitieron la revisión de las decisiones tomadas.

Palabras claves: Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, medicamentos alto costo, selección de medicamentos, hospital

Summary

Since 2019, the Hospital Health Technology Assessment Unit (UETS) has had a Drug Evaluation Sector that assesses all requests for high-priced or high-risk medications. The reports produced are not binding. It also conducts proactive evaluations.

Objective: To analyze production and response times, annual cost per patient, recommendations, management acceptance, and patient outcomes for medications added during the last five years.

Methodology: Juan P. Garrahan Pediatric Hospital. **Design:** descriptive, retrospective. **Population:** hospital patients. The proportion of complete and timely reports, the rejection rate, response time, annual cost per patient, and clinical outcomes were analyzed.

Results: The Drug Evaluation Sector produced 24 reports (56% were complete), 76% of which were for high-priced drugs, and 96% were accepted by management. The median response time was 106 days (range: 5 to 511). Recommendations included approvals for restricted conditions (36%) and rejections (21%). The estimated annual cost per patient ranged from USD 1,757 to USD 314,265. Six drugs were followed for a minimum of two years in 44 patients who met the restricted-use recommendations and did not present clinical outcomes justifying discontinuation.

Conclusions: Despite the non-binding recommendations, acceptance was high.

Clinical reports of patient outcomes allowed for a review of the decisions made.

Keywords: Health Technology Assessment Unit, high-cost drugs, drug selection, hospital

Introducción

La Evaluación de Tecnología Sanitaria (ETS) se define como la Evaluación sistemática de las propiedades, efectos y/u otros impactos de las tecnologías sanitarias (TS), comprende un proceso multidisciplinario que utiliza métodos explícitos para determinar el valor de una tecnología sanitaria en diferentes puntos de su ciclo de vida. El propósito es informar la toma de decisiones para promover un sistema de salud equitativo, eficiente y de alta calidad .

Las tecnologías sanitarias están representadas por medicamentos, dispositivos y procedimientos médicos y quirúrgicos usados en la atención médica, así como a los sistemas de organización, administración y soporte dentro de los cuales se proporciona dicha atención. Incluye también prácticas y procedimientos clínicos, instrumental médico, productos farmacéuticos y sistemas de organización

La ETS tiene como objetivo otorgar información científica de calidad para la toma de decisiones acerca de las tecnologías sanitarias y promover un sistema de salud equitativo, eficiente y de alta calidad mediante la asignación adecuada de los recursos, basada en el análisis sistemático de la mejor evidencia científica disponible. Puede aplicarse en diferentes puntos del ciclo de vida de una tecnología de salud, es decir, antes

de la comercialización, durante la aprobación del mercado, después de la comercialización, hasta la desinversión de una tecnología de salud y se caracteriza por ser formal y transparente .

A diferencia de la instancia de aprobación de medicamentos por parte de una agencia del medicamento (FDA, ANMAT, EMA), que se hace en base a estudios que demuestran eficacia, y seguridad, sin establecer comparaciones, la ETS se basa cotejar el valor sanitario de la TS entre varias disponibles según consideraciones de relación eficacia, la seguridad, la calidad y el costo .

Los niveles de decisión en ETS comprenden distintos niveles de decisión: el nivel macro comprende altos niveles de decisión, ej. a nivel de un ministerio e involucra las políticas de salud puede abarcar países, provincias, regiones sanitarias; el nivel meso se refiere a instituciones de salud, ej. hospitales y el nivel micro es la decisión en la práctica médica con el paciente .

La ETS tiene mayor injerencia en políticas públicas e instituciones, en el nivel micro, ETS se manifiesta principalmente en las Guías de práctica clínica basadas en la evidencia5.

El Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan es un centro pediátrico de alta complejidad de tercer nivel de atención, con más de 500 camas de las cuales 120 corresponden a cuidados críticos, posee programas únicos en Argentina en un hospital público como ECMO, trasplante hepático, renal, cardiaco, células hematopoyéticas, enfermedades del metabolismo, oncología y otros. En este contexto es frecuente el pedido de incorporación de TS de alto costo que requieren análisis integrales con procesos que faciliten la toma de decisión. Para ello se realiza un análisis completo de la evidencia científica mediante la realización de informes breves o completos de ETS por parte de la Unidad de Evaluación de Tecnología Sanitaria (UETS) que son el “puente” para facilitar las decisiones finales a cargo de la dirección del hospital .

La UETS se creó en 2019 en el Hospital Garrahan, con una coordinación a cargo de una médica metodóloga y dos sectores: uno Sector de Evaluación de Medicamentos y otro de Evaluación de equipos y tecnologías médicas a cargo de farmacéuticas .

El Sector de Evaluación de Medicamentos de la UETS analiza la incorporación de nuevos medicamentos o resuelve cuestiones no relacionadas a la incorporación como causas de amparos judiciales o revisión de la seguridad. También realiza evaluaciones proactivas, como análisis anuales del gasto en medicamentos de farmacia, la variabilidad del uso de medicamentos, la sobreutilización, las tendencias de consumo, la intercambiabilidad entre biosimilares y la farmacovigilancia.

El Sector de Evaluación de Medicamentos de la UETS como parte de la política de calidad de la institución revisa periódicamente su actuación y el impacto obtenido en los pacientes.

Los objetivos del estudio son analizar la producción y tiempos de respuesta, el costo anual por paciente de los medicamentos evaluados, la proporción de recomendaciones de rechazo, la aceptación por parte de la dirección y los resultados en los pacientes con los medicamentos incorporados durante los últimos cinco años por parte de la Coordinación de evaluación de medicamentos de la UETS.

Material y Métodos

Estudio descriptivo observacional llevado a cabo desde marzo de 2019 a diciembre de 2024 con datos propios de la UETS en el Hospital Garrahan.

El proceso de incorporación de medicamentos en el hospital al Formulario Farmacoterapéutico sigue un procedimiento estandarizado: la primera solicitud se envía al Comité de Farmacia y Terapéutica, que realiza una evaluación de pertinencia inicial. Todas las solicitudes de incorporación de medicamentos de alto costo o alto riesgo o aquellas que tuvieran un impacto organizacional significativo se envían a la UETS para su revisión sistemática, ésta confecciona informes de ETS que pueden recomendar la aprobación del medicamento, la incorporación bajo condiciones restringidas, la utilización bajo protocolos específicos, o su rechazo. Por sus características e inmediatez, los informes de ETS pueden ser breves o completos (ver figura 1).

Los informes de ETS no son vinculantes, pero son el sostén para respaldar la toma de decisiones por parte de la Dirección.

Se analizó la proporción de informes completos y rápidos con sus correspondientes recomendaciones elaborados por el Sector de Evaluación de medicamentos de la UETS en respuesta a la solicitud de incorporación, según las siguientes definiciones:

Aprobación o incorporación: la evidencia de eficacia y seguridad es lo suficientemente alta y su costo-efectividad conveniente para recomendar su aprobación de incorporación.

Uso restringido: existe evidencia de eficacia y seguridad, pero por diferentes razones: alto riesgo, eficacia tomada por extrapolación de estudios en adultos, alto costo/efectividad se posicionan con recomendaciones precisas de uso que pueden ser: poblaciones con factores de riesgo o refractariedad a tratamientos previos. Estas recomendaciones se explicitan con detalle en el informe, ej con scores o diagnósticos determinados que deben cumplir los pacientes para su utilización.

Uso bajo protocolo de investigación: para los casos de muy escasa evidencia y donde exista la factibilidad de generar la evidencia necesaria en el hospital, se puede recomendar (sujeto la aprobación de Dirección) que el solicitante elabore un protocolo de investigación que se remite a la UETS para ser evaluado por el Comité de Revisor de Ética e Investigación (CREI) para su aprobación. La Coordinación de Investigación también puede solicitar a la UETS informes técnicos sobre estudios de nuevos medicamentos y otras nuevas tecnologías que se presentan por la vía protocolos de investigación, la incorporación al formulario farmacoterapéutico aprobados para esta categoría queda supeditada los resultados del estudio que son analizados por la UETS junto a la nueva evidencia aparecida durante ese periodo para la reevaluación en un nuevo informe de ETS

No incorporación: la evidencia de eficacia y seguridad es lo suficientemente alta para NO recomendar su aprobación de incorporación8.

Se analizaron también los informes surgidos por otros motivos distintos a la incorporación y sus causas, el tiempo de respuesta de cada evaluación por parte de la UETS, si se trató de informes completos cuando se realiza una valoración sistemática y detallada de una TS o breves: son versiones resumidas de los informes completos, destinados a entregar información clave de manera rápida a tomadores de decisiones9 ; la naturaleza de pertenecer o no al grupo de alto precio según la siguiente definición interna:

- Medicamentos de alto precio unitario: cuyo precio por unidad de dispensación se encuentre por encima de un valor a designar según mercado.
- Medicamentos de alta valorización por consumo anual: todos aquellos medicamentos adquiridos por el hospital cuya valorización del consumo acumulado del año anterior se encuentre dentro del ranking de los primeros 50 medicamentos6.

También se estudiaron el grado de aceptación por parte de la dirección de los informes y el costo anual por paciente de cada medicamento analizado en pesos argentinos (\$) y dólares estadounidenses (UDS).

Para aquellos medicamentos analizados con anterioridad a 2 años (Vedolizumab, ustekinumab, brosumab, dinutuximab, letermovir y brosumab) se analizaron los resultados clínicos en los pacientes de acuerdo a: respuesta completa, respuesta parcial, no respuesta, no evaluable o muerte. Esta información fue solicitada a cada médico especialista solicitante del medicamento.

Resultados

En cinco años, el Sector de Evaluación de Medicamentos de la UETS elaboró 24 informes (el 56 % fueron completos). De estos, el 76 % correspondió a medicamentos de alto costo y el 96 % fueron aceptados por la dirección. La mediana del tiempo de respuesta fue de 106 días, rango: 5 a 511 (Tabla 1). El detalle de los informes de ETS realizados según los años de publicación puede verse en la figura 2.

Las recomendaciones incluyeron aprobaciones para situaciones médicas restringidas (36 %) y rechazos (21 %) motivado por problemas de seguridad, falta de evidencia de eficacia o alto impacto presupuestario.

Los informes de ETS relacionados a la incorporación fueron: Trametinib, Gadoxetato, Terapia para COVID 19, Cisapride, Ruxolitinib, Vedolizumab, PIMS COVID 19, Emicizumab, Deferasirox, Belimumab, Immunoglobulina G SC, Letermovir, Dinutuximab, Ustekinumab y Brosumab, de los cuales se recomendó la no incorporación de Trametinib por falta de evidencia y Cisapride, por cuestiones de seguridad, aun en el uso restringido para Reflujo Gastroesofágico Severo. Todos constituyan medicamentos de alto costo, con excepción de Cisapride y terapia inicial COVID 19.

Los informes de ETS no relacionados a la incorporación que involucraron situaciones de alto costo fueron: sistemas de automatización de la farmacia (se trató de un análisis de equipos disponibles y su priorización para automatizar la distribución de medicamentos), Vosoritide (informe breve y luego completo) niservimab, maralixibat e Impacto Presupuestario de Medicamentos de Alto Costo. Los informes de vosotiride y maralixibat fueron realizados para responder a amparos judiciales como entidad de consulta de juzgados que piden opinión formal al Hospital Garrahan, sin que fueran solicitados para nuestros propios pacientes. Otros informes de ETS no relacionados a la incorporación de otro carácter fueron: amikacina en monitoreo plasmático en enfermedad fibroquística del páncreas y problemáticas de biosimilares en surfactante pulmonar y hormona de crecimiento.

Los informes realizados a pedidos de la dirección por inquietudes propias fueron: los relacionados con la problemática de los biosimilares y el monitoreo plasmático de amikacina en enfermedad fibroquística del páncreas.

Por iniciativa propia con acuerdo de la dirección se realizaron los Impacto Presupuestario de Medicamentos de Alto Costo, sistemas de automatización de la farmacia, terapia de COVID 19 y PIMS COVID 19.

En la figura 3 puede observarse la distribución de las recomendaciones de los informes respecto a su calidad de alto precio o no alto precio. Todas las recomendaciones de uso restringido, un 40 % de las de aprobación y un 20 % las de no aprobación corresponden a alto costo.

El costo anual estimado por paciente de los medicamentos evaluados osciló entre ARS 10.528 y ARS 304.837.050 (USD 1.757 y USD 314.265), correspondiendo a los de mayor costo año paciente a Burosumab (UDS 163 000) y Dinutuximab (UDS 171 000)

El seguimiento durante un mínimo de dos años incluyó seis medicamentos con un total de 44 pacientes, que cumplieron con las recomendaciones de uso restringido, tuvieron respuestas completas y parciales, siendo el ruxolitinib el de peor respuesta (FIG 4)

Discusión

La tarea de ETS hospitalaria referida a medicamentos permite realizar decisiones más rápidas y ajustadas a la realidad local evitando inversiones innecesarias y priorizando las TS de mejor valor . En nuestra experiencia hemos tenido tiempos de respuesta muy variables que se debieron a la urgencia y a las solicitudes coexistentes en un mismo momento, las respuestas se programaron siempre en base a la urgencia de la respuesta.

A pesar de las recomendaciones no vinculantes, la aceptación por parte de la gerencia fue alta (96 %), ya que autores como Sampietro et al consideran este valor mayo al 50 % .

Los costos elevados de los medicamentos evaluados requieren de la coordinación de cobertura con otras instituciones ya sea cobertura sanitaria o ministerios, ya que se dificulta la provisión por nuestro hospital, en

ese sentido la dirección del hospital define los procedimientos internos y coordina la comunicación con esas instituciones.

La judicialización de la salud es cada vez más alta no solo en Argentina, sino en la región, por ej. en Uruguay en 2024 se registraron 2.027 amparos judiciales por medicamentos y tratamientos, lo que representa un incremento del 26% respecto a los 1.610 amparos registrados en 2023 . En Argentina un informe que comprendió los años 2017–2022 de la Dirección de Medicamentos Especiales y Alto Precio reportó un total de 131 amparos activos al 31 de diciembre de 2022. De estos, el 62,3% correspondía a enfermedades poco frecuentes, el 24,6% a enfermedades oncológicas y el 13% a otras patologías . El hospital Garrahan no escapa a esta realidad por la alta complejidad de las patologías allí tratadas, entre ellas enfermedades poco frecuentes y oncológicas, por eso es consultado cada vez con mayor frecuencia por diversos Juzgados que reciben amparos para coberturas de medicamentos de alto costo, siendo el vosoritide para tratamiento de la acondroplasia el más requerido. Todas las respuestas se acompañan del informe de ETS realizado en UETS, que aún no recomienda su uso por la limitada evidencia científica en resultados claves de la patología.

Si bien la mayoría de los informes realizados fueron completos, los breves, generalmente se realizaron por pedido de la dirección para inquietudes puntuales ante el abastecimiento de medicamentos con alguna controversia Ej. biosimilaridad, nuevas coberturas ante virus sincicial respiratorio, y otros que hacen a la priorización de compra como la automatización de la farmacia en la distribución de medicamentos.

El informe sobre Impacto presupuestario medicamentos de alto costo resumió la problemática de los 10 medicamentos de alto impacto en el gasto del hospital y se propusieron estrategias para su abordaje principalmente a través de aumento de la adherencia a las recomendaciones de las Guías de Atención Pediátrica existentes y asegurar la situación actual y perspectiva futura de la cobertura de los bancos de drogas oncológicas, que por su retraso de entrega hizo necesario la compra por parte del hospital.

El seguimiento y los informes clínicos de los resultados de los pacientes permitieron la revisión de las decisiones tomadas, en la mayoría de los casos hubo respuesta completa o parcial a los tratamientos, solo en cuatro pacientes no se pudo hacer la evaluación por no haber cumplido el plazo razonable para considerar el resultado clínico. En el caso de ruxolitinib se utilizó en 11% de los trasplantados de células hemotopoyéticas refractarios a corticosteroides, el número de muertes ocurrió en pacientes muy resistentes al tratamiento de enfermedad injerto vs huésped, donde cinco pacientes fallecieron por infecciones y una por falla terminal de un órgano (intestino).

No obstante, queda pendiente el análisis detallado de los pacientes en base a escores propios de cada patología que se especifican en cada informe de ETS.

Conclusiones

La creación de un Sector específico de Evaluación de Medicamentos en la UETS de nuestro hospital ha permitido una incorporación de medicamentos en patologías complejas, resultó útil para otorgar información en decisiones que requieren decisiones rápidas, centró su acción principalmente en medicamentos de alto precio para lograr una utilización más racional y basada en la evidencia científica

Figura 1: Esquema de aprobación de medicamentos en el Hospital Garrahan

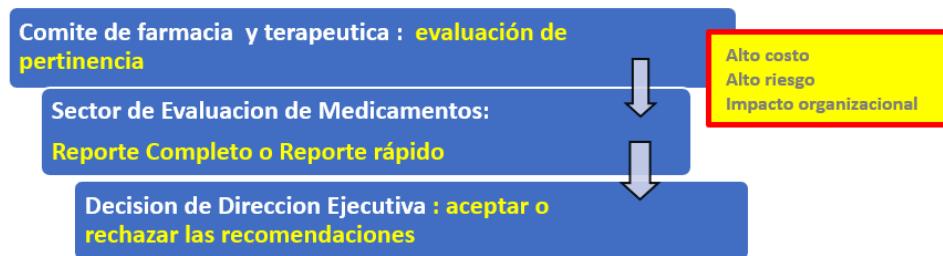


Tabla 1. Informes de ETS elaborados desde 2019 a 2024

Periodo de estudio : Marzo 2019-Diciembre 2024	
Número de informes ETS (Sector de Evaluación de medicamentos)	24
Reportes ETS completos	14 (56%)
Tiempo de respuesta	Mediana 106 días (rango 5-511)
Medicamentos de alto costo (N, %)	18 (76%)
Recomendaciones para rechazar incorporación o el amparo judicial (N, %)	5 reportes (21%)
Aceptación por la dirección	96%
Costo por paciente/año por fármaco evaluado	U\$S1757-314265 (\$105280-304837000)

Figura 3: Medicamentos de alto precio vs recomendaciones

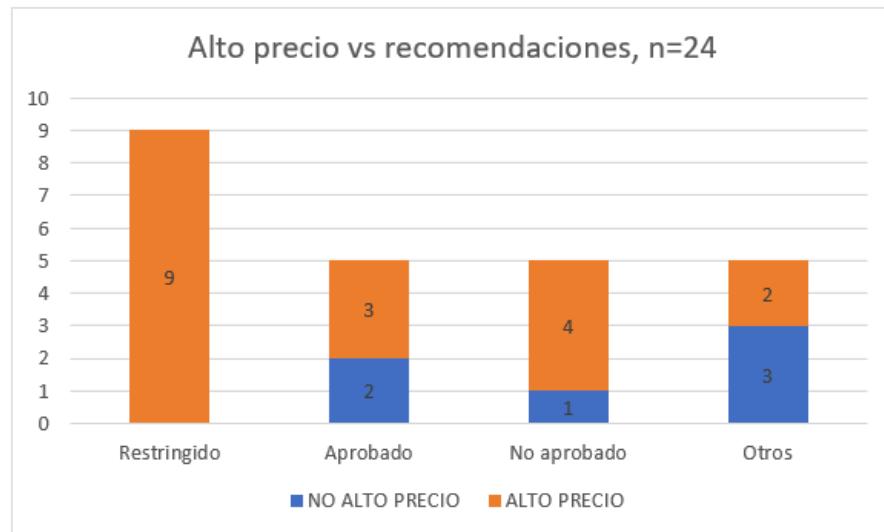
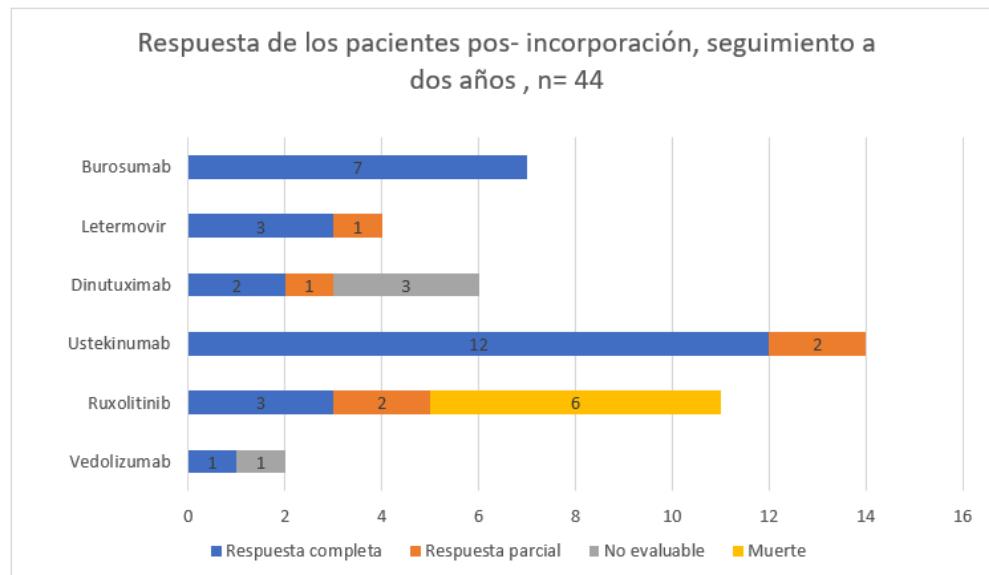


Figura 4: respuesta de los pacientes posincorporación, seguimiento a 2 años



Bibliografía

1. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. CADTH Health Technology Review Methods and Guidelines [Internet]. Ottawa (ON): CADTH; 2022 [citado Sep 24, 2025]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK571348/>
2. World Health Organization. Health technology assessment of medical devices [Internet]. Geneva: WHO; 2015 [citado Sep 24, 2025]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/162407>
3. Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. Fit for purpose: Findings and recommendations of the external review of the pan-Canadian health organizations. Ottawa (ON): Health Canada; 2017 [citado Sep 24, 2025]. Disponible en: <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/reports-publications/health-care-system/findings-recommendations-external-review-pan-canadian-health-organization.html>
4. Sampietro-Colom L, Martin J, editors. Hospital-based health technology assessment: The next frontier for health technology assessment. Cham (CH): Springer; 2017. 396 p.
5. Sampietro-Colom L, Martin J, editors. Hospital-based health technology assessment: The next frontier for health technology assessment. Cham (CH): Springer; 2017. p. 5-12.
6. Hospital de Pediatría S.A.M.I.C. "Prof. Dr. Juan P. Garrahan". Sitio web oficial [Internet]. Buenos Aires: Hospital Garrahan; [citado Sep 24, 2025]. Disponible en: <https://www.garrahan.gov.ar/>
7. Resolución 695/2018. Consejo de Administración. Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan. Julio 27, 2018
8. Disposición 152/2023. Dirección Médica Ejecutiva. Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan. Junio 9, 2023
9. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS). Módulo 1: Introducción a la evaluación de tecnologías sanitarias [Internet]. Zaragoza: IACS; 2020 [Sep 24 citado 2025]. Disponible en: <https://www.iacs.es/wp-content/uploads/2020/11/MODULO-1.pdf>
10. Di Bidino R, Lipska I, Kukla M, von Pinocci M, Papavero SC, Marchetti M, Sampietro-Colom L, Cicchetti A. The potential of the hospital-based Health Technology Assessment: Results of a world-wide survey. *Int J Technol Assess Health Care*. 2025 Mar 18;41(1): e19. doi: 10.1017/S0266462325000108. PMID: 40099540; PMCID: PMC12018856.
11. Sampietro-Colom L, Martin J, editors. Hospital-based health technology assessment: The next frontier for health technology assessment. Cham (CH): Springer; 2017. p. 45-50.
12. Magallanes A. Registran récord de juicios de amparo por medicamentos y tratamientos en 2024. El País [Internet]. 2025 Feb 21 [citado Sep 24, 2025]. Disponible en: <https://www.elpais.com.uy/informacion/salud/registran-record-de-juicios-de-amparo-por-medicamentos-y-tratamientos-en-2024>

13. Dirección de Medicamentos Especiales y Alto Precio. Informe del Registro de Amparos 2022 [Internet]. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación; 2023 [citado Sep 24, 2025]. Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/bancos/2023-09/informe-amparos-2022.pdf>

