

Universidad Estatal a Distancia
Vicerrectoría de Docencia
Escuela de Ciencias Naturales y Exactas
Sistema de Estudios de Posgrado
Maestría en Administración de Servicios de Salud Sostenibles

Consecuencias en el costo de los servicios personales y en el funcionamiento de la farmacia debidas al no retiro de medicamentos por los pacientes hipertensos y diabéticos en la farmacia del Hospital Dr. Enrique Baltodano B., en los meses de octubre a diciembre, 2004.

Raquel Arroyo Aguilar

Jessie Núñez Rivas

Trabajo final para optar por el grado de Maestría en Administración de Servicios de Salud Sostenibles

INDICE

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	3
MARCO CONTEXTUAL	3
CAPÍTULO I: Marco Contextual	4
1.1. Antecedentes	4
1.1.1.- Antecedentes internacionales.	4
1.1.3.- Antecedentes locales	8
1.2.- Justificación.....	10
1.3.- Delimitación y Formulación del problema:	14
1.4.-Objetivo General.....	15
1.5.- Objetivos Específicos:	15
1.6.- Hipótesis.	16
CAPÍTULO II: Marco Teórico	18
2.1.- Administración:	18
2.2- Las principales teorías administrativas y sus principales enfoques	18
2.3.- Proceso administrativo:.....	21
2.3.1.- Planificación estratégica:.....	22
2.3.2.- Organización:	22
2.3.3.- Asignación de personal:	23
2.3.4.- Coordinación:.....	23
2.4.- Diagrama de flujo:	24
2.5.- Manual de Procedimientos:	24
2.6-Proceso de Dispensación de Medicamentos de la CCSS:	25
2.7-Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus:	27
2.8-Tratamiento farmacológico de la Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus:	29
2.9-Normativa del no retiro de medicamentos en C.C.S.S.:.....	30
2.10.-Cumplimiento Terapéutico.....	29
2.11-Costos de la Asistencia Sanitaria:	34
CAPÍTULO III	37
DISEÑO METODOLÓGICO	37
CAPÍTULO III: Diseño Metodológico	38
3.1.- Tipo de estudio.....	38
3.2.- Área de Estudio	38
3.3.- Unidades de análisis o Sujetos/ Objeto de estudio	38
3.3.1.- Población en estudio.....	39
3.4.- Fuentes de información primaria y secundaria.	42
3.5.- Identificación, descripción y relación de las variables.....	42
3.6.- Operacionalización de las variables.....	44
3.7.- Selección de técnicas e instrumentos.....	47
3.8.- Plan de tabulación.....	47

3.9.- Resultados esperados, alcances, limitaciones	47
<i>RESULTADOS</i> CAPÍTULO IV: Resultados	49
<i>CAPÍTULO IV: Resultados</i>	50
4.1- Producción de recetas (cupones) del Servicio de Farmacia.....	50
4.2.- Costos en servicios personales del no retiro de medicamentos por los pacientes hipertensos y diabéticos.....	51
4.3- Causas del no retiro de los medicamentos por los pacientes hipertensos y diabéticos.....	54
4.4.- Principales factores que limitan el cumplimiento del tratamiento en pacientes hipertensos y diabéticos.....	55
<i>CAPÍTULO V</i>	64
<i>ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS:</i>	64
<i>CAPÍTULO V: Análisis y discusión de los resultados</i>	65
<i>CAPÍTULO VI</i>	70
<i>CAPÍTULO VII: Conclusiones</i>	71
<i>BIBLIOGRAFÍA CITADA</i>	78
<i>BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA</i>	81
<i>Cuestionario</i>	85

LISTA DE CUADROS

<i>Cuadro No. 1: Relación porcentual asignación presupuestaria medicamentos: Efectivo y No Efectivo vs presupuesto total HEBB 2004.....</i>	<i>12</i>
<i>Cuadro No.2: Relación porcentual asignación presupuestaria medicinas Efectivo vs asignación presupuesto materiales y suministros HEBB 2004.....</i>	<i>12</i>
<i>Cuadro No.3: Relación porcentual asignación presupuestaria medicinas No Efectivo vs materiales y suministros no efectivo HEBB 2004</i>	<i>13</i>
<i>Cuadro N° 4 Factores que favorecen el incumplimiento terapéutico.....</i>	<i>32</i>
<i>Cuadro N° 5 : Cantidad de recetas producidas y reintegradas según mes de estudio, Servicio de Farmacia del H.E.B.B. de octubre a diciembre del año 2004</i>	<i>50</i>
<i>Cuadro N° 6: Cantidad de recetas por técnico de farmacia y profesional farmacéutico de la División Ambulatoria del Servicio de farmacia del H.E.B.B, de octubre a diciembre del 2004</i>	<i>51</i>

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1: Distribución porcentual de la población entrevistada según la razón por la cual no retira su tratamiento farmacológico. Servicio de Farmacia. Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño, de octubre a diciembre del 2004.	55
Grafico N° 2: Distribución porcentual de la población entrevistada según temas explicados sobre Hipertensión Arterial. Servicio de Farmacia. Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño. de octubre a diciembre del 2004.	56
Grafico N° 3: Distribución porcentual de la población entrevistada según los temas explicados de Diabetes Mellitas. Servicio de Farmacia. Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño. de octubre a diciembre del 2004.	57
Gráfico N° 4: Distribución porcentual de la población entrevistada sobre los sitios de consulta de octubre a diciembre del 2004.....	59
Gráfico N° 5: Evaluación del Servicio de Farmacia del Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño, según la opinión de la población de estudio. Liberia, 2004.....	60
Grafico N°6: Razones por las cuales los pacientes hipertensos y diabéticos desearían retirar los medicamentos en otro sitio.	62

RESUMEN EJECUTIVO

Para determinar las implicaciones en los costos de servicios personales y el funcionamiento de la farmacia del H.E.B.B. de Liberia por el no retiro de los medicamentos de los pacientes hipertensos y diabéticos, se realizó el presente estudio sobre ese aspecto durante los meses de setiembre a noviembre del 2004. Se establecieron los siguientes objetivos específicos: 1) Cuantificar el volumen de recetas no retiradas y los costos en servicios personales de los funcionarios involucrados en el proceso de preparación de recetas y reintegro de los medicamentos no retirados por los pacientes hipertensos y diabéticos; 2) Analizar la organización y el funcionamiento de la farmacia en la preparación y el reintegro de los medicamentos no retirados por los pacientes hipertensos y diabéticos; 3) Identificar las causas por las cuales no retiran sus medicamentos los pacientes hipertensos y diabéticos, 4) Identificar los principales factores que limitan el cumplimiento del tratamiento en los pacientes hipertensos y diabéticos.

Es un estudio exploratorio y transversal, de tipo cuali-cuantitativo, que tiene como referencia tres unidades de estudio: a) los usuarios con DM y HTA que no retiraron los medicamentos en los meses de estudio, a quienes se les aplicó un cuestionario para identificar las causas del no retiro. El procesamiento de los datos se efectuó por medio del paquete estadístico SPSS (versión 10.0); b) la organización de la farmacia que permite analizar el impacto del fenómeno en el funcionamiento del Servicio de Farmacia; c) los costos en los servicios personales que den a conocer las implicaciones económicas de la preparación y el reintegro de las recetas.

Según un cuestionario aplicado a 200 pacientes hipertensos y diabéticos que no retiraron sus medicamentos, se encontró que el 73.4% corresponde a mujeres y el 26.6% a hombres, con edad promedio de 57 años. En cuanto al nivel de instrucción, la mayoría de los entrevistados cursó la primaria (lo que corresponde al 73.4%) y saben al menos leer y escribir. El 82.5% de la población del estudio pertenece a un nivel socioeconómico bajo, con un promedio de ingreso económico de $\text{¢}88.300.00$.

mensual. De los 200 pacientes considerados en este estudio, el 46% presenta Hipertensión Arterial, el 31% es Diabético y el 23% presenta ambas enfermedades.

Las cuatro principales causas por el no retiro de los medicamentos son: a) olvido; b) por no tener tiempo para ir a la farmacia a retirarlos; c) por tener suficiente medicamentos en la casa y d) por las largas filas que se hacen en las ventanillas de atención de la farmacia.

En cuanto a los costos en servicios personales (salarios) para la preparación y el reintegro de las recetas no retiradas por los pacientes HTA y DM, se determinó un costo aproximado de ¢9.075.490 al año, cifra que permitiría pagar el salario de tres técnicos en farmacia o un profesional farmacéutico, lo que aliviaría la falta de recurso humano en el servicio.

Asimismo, en materia de las implicaciones en el funcionamiento y la organización del Servicio de Farmacia ante el no retiro de medicamentos por los pacientes DM y HTA, se dedujo que el impacto es considerable al aminorar el desempeño del servicio, interfiriendo con la necesidad de dar asistencia expedita y pronta a todos los usuarios.

Por los resultados encontrados, se recomienda realizar acciones o intervenciones en educación continua dirigida a los pacientes hipertensos y diabéticos, motivando no sólo el retiro oportuno de los medicamentos, sino también en el uso apropiado, ajustado a la participación médica.

A la Directora del Servicio de Farmacia se recomienda realizar campañas de educación a dichos pacientes, que incluyan temas sobre la Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus e importancia del cumplimiento del tratamiento. También se debe estimular y proporcionar las condiciones necesarias para la Atención Farmacéutica. Para disminuir los costos implicados con la preparación y reintegro de recetas, se recomienda instaurar el sistema normado por la institución para el despacho de copias de pacientes crónicos, así como hacer del conocimiento de las autoridades su-

periores del hospital esta investigación y los resultados encontrados en ella, para gestionar las soluciones a los problemas identificados.

INTRODUCCIÓN

La C.C.S.S. es la principal institución que tiene bajo su responsabilidad la prestación de servicios médicos a la población costarricense.

Dentro de estas prestaciones, se encuentra los servicios farmacéuticos, que están relacionados con los medicamentos y destinados a apoyar las acciones de salud que demanda la comunidad.

La institución cuenta con una red de farmacias ubicadas estratégicamente en todo el país. De esta forma, los Servicios de Farmacia constituyen el nivel o núcleo operativo que brinda los servicios farmacéuticos a la población que solicita asistencia sanitaria.

Las farmacias de la C.C.S.S. están bajo la autoridad y responsabilidad de un(a) Director(a) Farmacéutico(a), que vela por el desarrollo armónico y coherente del servicio con su centro de salud, evalúa y documenta los beneficios que se derivan de los servicios que preste con el objeto de lograr eficacia (1). Cada farmacia está organizada de acuerdo con el tipo y la complejidad del establecimiento de salud en que esté ubicada.

En el Hospital Dr. Enrique Baltodano B. de Liberia, el Servicio de Farmacia está dividido en dos áreas: Despacho de Recetas de Consulta Ambulatoria y la Atención de Hospitalizados.

El área de Consulta Ambulatoria tiene dentro de sus funciones la preparación y dispensación de las recetas de pacientes que acuden a la Consulta Externa del Hospital y del Área de Salud, así como el reintegro de los medicamentos que no sean retirados por los pacientes. La mayor confección de recetas corresponde a la Consulta Externa y, consecuentemente, allí se despacha un volumen mayor de me-

dicamentos, lo cual consume las dos terceras partes del personal para tareas afines a estas actividades.

Como punto importante, se debe señalar que se ha venido observando, a partir de los últimos meses del año 2004, un incremento de la producción de recetas, así como el no retiro de los medicamentos de pacientes crónicos. Este hecho no se conoce a fondo ni se dispone de medidas correctivas para lograr contrarrestar esta situación. Ante este panorama, se pretende explorar los efectos en los costos por servicios personales y las implicaciones en el funcionamiento de la farmacia debidas al no retiro de medicamentos por los pacientes hipertensos y diabéticos en la Farmacia del H.E.B.B de Liberia en los meses de octubre, noviembre y diciembre del 2004, con el propósito de contribuir a mejorar esta situación.

CAPÍTULO I
MARCO CONTEXTUAL

CAPÍTULO I: Marco Contextual

1.1. Antecedentes

1.1.1.- Antecedentes internacionales.

Para intentar conocer estudios o investigaciones sobre este tema, se pensó en países de la Región de las Américas similares a Costa Rica. Varios de ellos como Cuba, Panamá y México, tienen un sistema de salud similar al de Costa Rica; sin embargo, no se logró identificar estudios sobre reintegros de medicamentos no retirados por los pacientes en las farmacias oficiales o institucionales de estos países.

Después de haber realizado la consulta al Centro de Información de Medicamentos (CIMED) de la Facultad de Farmacia de la Universidad de Costa Rica, no se encontró algún país que reporte el problema del reintegro de medicamentos preparados que no retiran los usuarios.

Se consultaron, a través del correo electrónico, diferentes instituciones internacionales de salud, tales como el Instituto de Seguro Social de los Trabajadores del Estado (ISSTE) de México, el Sistema Nacional de Salud de Chile, la FUNSALUD de México, los Servicios Nacionales de Salud de Colombia, el Sistema de Salud de España y la IMSS de México. Se investigó en la biblioteca de la Organización Panamericana de la Salud, “Library PAHO ORG”. Sin embargo, no fue posible encontrar información sobre el reintegro de medicamentos que no retiran los pacientes. Esta situación pareciera muy particular del sistema de salud de la CCSS y de sus sistemas internos de trabajo.

1.1.2.- Antecedentes nacionales.

En la farmacia de la Clínica San Rafael de Puntarenas, la Dra. Maureen Moulton Allen dirigió un estudio sobre los tratamientos abandonados de agosto a septiembre de 1980. En dicho período se atendió un total de 33.703 pacientes y se despacharon un total de 80.963 recetas. De estos pacientes, 236 abandonaron su tratamiento. En su mayoría, eran asegurados directos y del género femenino, que viven en Puntarenas centro. Se encontró que estos pacientes consultaron por enfermedades del aparato digestivo, ginecologías y virales (gripe). (3)

Este estudio dio lugar a varias recomendaciones en general, sin especificar el responsable para realizarlas:

1) Enviar una lista mensual a los patrones de los asegurados que abandonan sus tratamientos, para que estos estimen lo conveniente. A los médicos generales, se les recomendó no recetar medicamentos cuando un paciente lleve orden de internamiento. También se pretendió prescribir medicamentos al paciente sin tener el resultado de un examen cuyo reporte es clave para la prescripción.

2) A los asegurados, se les recomendó no consultar con diferentes médicos por el mismo padecimiento, pues se generan varias recetas médicas de los mismos medicamentos.

3) Al Departamento de Drogas y Estupefacientes del Ministerio de Salud Pública, se recomendó incluir una contraseña en la receta de psicotrópicos para retirar los medicamentos (3)

4) Para la farmacia de la Clínica San Rafael, se propuso implementar un mecanismo que mejore el despacho de las recetas, buscando obtener un tiempo promedio de 20 minutos para la entrega. (3)

En el Hospital Max Peralta, en el año 2003, se realizó una investigación titulada *Evaluación de las Estrategias Gerenciales Implementadas por la Farmacia de la Consulta Externa del Hospital Max Peralta Jiménez, para disminuir el abandono de tratamiento por parte de los pacientes crónicos ambulatorios en el período comprendido desde 1 de febrero al 30 de mayo del 2003*, elaborada por Glenda Víquez Arley.

En dicho estudio se analizaron los resultados de las estrategias gerenciales establecidas para la disminución de las recetas no retiradas por los pacientes. Según los resultados, los pacientes que presentan un diagnóstico de fondo de hipertensión arterial, seguido por los pacientes con asma bronquial e hipotiroidismo y diabetes mellitus, son los que siguen esta práctica. (4)

Los datos obtenidos muestran que un 20 % de los pacientes han abandonado por completo su tratamiento. El 13.3 % que no retiró los medicamentos fue debido a un desbalance entre la dosis prescrita y la que realmente consume el paciente, por lo que tienen almacenado medicamento por el doble de tiempo que lo indicado en la receta. (4) Sin embargo, se evidenció que la causa más frecuente del no retiro de los medicamentos se debe a que caduca la receta. También la pérdida de los documentos solicitados para la entrega de la receta en la farmacia contribuye con esta situación.

En vista de los resultados, se recomendó reforzar y mantener los programas de educación continua del personal involucrado en la atención del paciente. Otros aspectos a poner en práctica mencionados en el estudio son: impartir charlas dirigidas a los pacientes con el fin de educarlos y concientizarlos sobre la importancia de su tratamiento, llevar un control más estricto de estos pacientes en el tarjetero de la farmacia y asesorar al médico para que realice una prescripción exacta con el fin de que los pacientes no almacenen medicamentos en sus casas.

En la Clínica Dr. Carlos Durán Cartín, en el año 2001, el Dr. Luís Fernando Arroyo Marín, en conjunto con la Dra. María Libia Salas S, Directora del Servicio de Farmacia, realizaron un estudio titulado *Causas del no retiro de medicamentos del Servicio de Farmacia de la Clínica Dr. Carlos Durán Cartín*. En dicha investigación se analizaron las causas (factores externos e internos) por las cuales los pacientes después de haber entregado la receta en el Servicio de Farmacia, no se presentan a retirar los medicamentos. Además el trabajo estableció el grado de conocimiento que tiene el paciente sobre los medicamentos prescritos y su importancia en el cumplimiento de su tratamiento. (5)

El 76 % de los pacientes correspondió a mujeres en una edad promedio de 48 años; se demostró que no retiraron los tratamientos por olvido o porque manifestaron que tenían más en sus casas. Se encontraron otras causas, como la dependencia de algunos pacientes para que les retiren sus tratamientos.

Dentro de las conclusiones y las recomendaciones, se propuso brindar educación al paciente sobre la importancia del cumplimiento del tratamiento prescrito. Los pacientes entrevistados sugirieron que se implemente en ese Servicio de Farmacia un sistema que les permita recordar el retiro de los medicamentos a través de rótulos, así como disminuir los tiempos de espera y ampliar el horario de atención.

En el Servicio de Farmacia del Hospital San Juan de Dios se realizó un estudio titulado *Causas de no retiro de medicamentos en los pacientes ambulatorios*, durante los meses de marzo y abril del 2002. Según los antecedentes que se anotan en dicho estudio en 1997, el 4,3% de los medicamentos no fueron retirados. En el año 2001, este porcentaje fue de 2,27%. Se mencionan las siguientes causas del no retiro de medicamentos: tiempos prolongados de espera de entrega de medicamentos (más de tres horas), acumulación de medicamentos en el hogar (pacientes poli consultantes), presencia de reacciones adversas (pacientes que presentan una reacción muy seve-

ra o molesta, no van a seguir tomando los medicamentos o puede que lo hagan a menor dosis, por lo que tiene medicamentos para más tiempo), incumplimiento terapéutico (que el paciente no tenga buena adherencia al tratamiento), abandono de tratamiento, escasos recursos económicos que le impidan al paciente trasladarse a retirar sus medicamentos, actitud del paciente hacia su enfermedad y tratamiento, acumulación de recetas prescritas por el médico para cada mes, información inadecuada sobre las Normas de Atención del Servicio al paciente ambulatorio en la Farmacia de Consulta Externa, discapacidad física o mental, ausencia de ayuda de familiares o personas allegadas a los pacientes mayores y lugar de residencia.(6).

Es importante mencionar que de los estudios antes descritos, ninguno aporta información sobre las consecuencias financieras y de organización del trabajo en las farmacias.

1.1.3.- Antecedentes locales

En la farmacia del HEBB, no se ha realizado hasta el momento un estudio sobre las implicaciones financieras y organizacionales del reintegro de recetas preparadas no retiradas por los pacientes. En dos oportunidades se han conformado comités de calidad integrados por funcionarios del mismo servicio. Sin embargo, los temas estudiados han sido en relación con el sistema de copias de tratamientos crónicos; como resultado, se ha modificado el sistema, desde la distribución interna del personal hasta el manejo de las recetas que los pacientes deben de presentar a la farmacia para luego retirarlas. No obstante, no se han analizado las causas por las cuales el paciente deja de retirar sus medicamentos, a pesar de los múltiples esfuerzos que se han efectuado para mejorar el sistema de preparación y la entrega de los medicamentos.

En el año 1998, la directora del hospital le sugiere a la Jefatura de la Farmacia que se implemente un sistema para las recetas de pacientes crónicos, en donde el día de la cita médica, el paciente entregue todas las recetas que el médico le ex-

tiende y la farmacia las prepare con antelación, para que el día que le corresponda retirarlas según una boleta que se le entrega, se presente con sus documentos a la farmacia. Sólo este cambio provocó que los tiempos de espera para el despacho de medicamentos pasaran de cuatro horas a una hora (11).

Ese mismo año, 1998, se formó un Comité de Calidad Total que realizó un análisis sobre los tiempos de espera del despacho de medicamentos en la Consulta Externa de la Farmacia. Como acciones derivadas del trabajo se dieron recomendaciones de organización del personal, la distinción de recetas urgentes (adulto mayor, niños, mujeres embarazadas, personas de lugares lejanos) y de no urgentes para darles un servicio más rápido, quedando establecido un tiempo de espera de una hora para receta corriente y de media hora para la receta urgente. Además, quedaron establecidos dos monitoreos por año, para asegurar que se mantengan los tiempos pactados en el Compromiso de Gestión. (11)

En el año 2003 se capacitó otro grupo del personal de farmacia en Calidad Total y desarrollaron un trabajo respecto del problema del no retiro de medicamentos por pacientes crónicos. De allí surgieron unas modificaciones al sistema de despacho de recetas establecido desde el año 2003. Se propuso utilizar una sola receta validada por el médico por un máximo de 8 meses. Este proyecto pretendía motivar a los pacientes a retirar mensualmente las recetas que se preparan en la farmacia, pero sin conocer verdaderamente las causas del no retiro. Este estudio se enfocó hacia la búsqueda de mejoras para el sistema existente. (12)

La información que dispone el Servicio de Farmacia del HEBB nos ilustra que la producción de recetas en los últimos seis años ha tenido un aumento significativo. En el año 1998 el promedio mensual de producción de recetas fue de 40.000, en el 2002 fue de 56.587 y para el 2003, se concluyó con un promedio de 62.250. Para el año 2004, se llegó a un promedio de 70.000 recetas, manteniéndose constante el número de funcionarios del Servicio de Farmacia durante este tiempo. (8)

Lo anterior contrasta con la falta de personal técnico y profesional, pues según la regla del Ministerio de Salud, debe haber un técnico de farmacia por cada 2.500 recetas y un farmacéutico(a) por cada 10.000 recetas. En el año 2003, en la división de consulta ambulatoria de la farmacia había 11 técnicos y un farmacéutico para un total de 49.485 recetas de esta división, lo que mostró un faltante de 9 técnicos y 4 farmacéuticos(as). A partir de septiembre 2003, la Dirección General del Hospital autorizó dos auxiliares con ocho horas diarias, de lunes a viernes por tiempo extraordinario, mientras asignan plazas nuevas para Farmacia.(9)

En conjunto con el aumento de la demanda de los servicios de la farmacia, aumentan también las recetas no retiradas de pacientes crónicos, hecho que se constata con una pequeña entrevista que se le realizó a la Directora de Farmacia, Dra. Teresita Chacón Ramírez, la cual nos facilitó datos del 2004 en donde, por ejemplo, en el mes de febrero se preparó un total de recetas de pacientes crónicos de 13.228 y en el mes marzo fue de 18.749; de éstas no se retiraron 1.257 y 3.374, respectivamente lo que corresponde a 9.5% y 18% de la producción de recetas de pacientes crónicos. Del total de recetas no retiradas por los pacientes, en general el 7% corresponde a pacientes hipertensos y diabéticos, según muestreo realizado en el mes de mayo del 2004. (10)

1.2.- Justificación.

El Hospital Dr. Enrique Baltodano B de Liberia es un hospital regional. Brinda servicios de salud a la población correspondiente a los cantones de Liberia, Abangares, Cañas, Tilarán, Bagaces, La Cruz y Carrillo, además del cantón de Upala de la provincia de Alajuela y de los cantones de Nicoya, Santa Cruz, Nandayure y Hojancha, de la provincia de Guanacaste. Cuenta con una dotación de 203 camas, tiene tres salas de operación debidamente equipadas y dos salas para expulsivo.

Dispone de especialidades médicas en Medicina Interna, Terapia Crítica y Cuidados Intensivos, Cardiología, Dermatología, Psiquiatría, Cirugía General, Oftalmología, Otorrinolaringología, Ortopedia, Urología, Vascular Periférico, Pediatría, Neonatología, Ginecología, Urgencias y Medicina General. Como servicios de apoyo tiene Psicología, Nutrición, Trabajo Social, Laboratorio, Rayos X, Ultrasonido y Farmacia.

En el área de la Atención Primaria, el cantón de Liberia dispone de nueve EBAIS, de los cuales dos son itinerantes. Para el año 2004, el total de la población del Área de Salud fue de 51244, con una distribución bastante similar entre ambos sexos. De las consultas, 11% corresponde a Hipertensión Arterial (HTA), constituyendo la causa de consulta más importante en los últimos tres años; en segundo lugar se encuentran las infecciones respiratorias (9.32%) y en tercer lugar la Diabetes Mellitus (DM) (3.74%). La prevalencia de pacientes con HTA es de 5.7% y de 3.6% de DM constituyéndose en el Área de Salud y del Hospital como prioridades de morbilidad. (2)

El Servicio de Farmacia está organizado en dos áreas: a) consulta ambulatoria y b) consulta hospitalaria. Brinda servicios farmacéuticos a nivel ambulatorio para la Consulta de Medicina General y de Especialista, con un total de cinco profesionales en Farmacia y 18 técnicos.

El gerente del Servicio de Farmacia tiene la responsabilidad de formular el presupuesto anual del servicio, donde existen dos cuentas que, a través de la historia, han representado las asignaciones más importantes: los medicamentos y los servicios personales. (7)

En cuanto a los medicamentos, se dispone de dos tipos de presupuesto: el efectivo y el no efectivo. El presupuesto efectivo es el presupuesto que se elabora a nivel de cada unidad ejecutora, de acuerdo con sus necesidades (así se estipula en

el Plan Anula Operativo). Es manejado directamente a nivel de unidad, constituye un instrumento indispensable de planificación a corto plazo y responde a la necesidad de administrar eficiente y eficazmente los escasos recursos.

El presupuesto no efectivo, dentro de la institución, se conoce también como Materiales y Suministros en Especie. Corresponde a aquellos materiales que se despachan mensualmente de las existencias del Almacén General de la CCSS. Para efectos locales, no se considera como un gasto de efectivo.

El HEBB para el ejercicio del 2004, tuvo una asignación general de presupuesto de ¢8.818.622.000,00. En cuanto a la asignación de medicinas del presupuesto efectivo, partida 2203, tuvo un total de ¢30.000.000,00 y del presupuesto no efectivo, partida 2254, le correspondió ¢442.850.000,00. (7)

A continuación se detallan los cuadros de relaciones porcentuales según las asignaciones presupuestarias del Efectivo y No Efectivo en esta Unidad:

Cuadro No. 1
Relación porcentual asignación presupuestaria medicamentos: Efectivo y No Efectivo vs presupuesto total HEBB 2004

Asignación total de presupuesto	Asignación en Medicinas Efectivo	Relación porcentual
¢8.818.622.000,00	¢30.000.000,00	0.34%
Asignación total de presupuesto	Asignación en Medicinas No Efectivo	
¢8.818.622.000,00	¢442.850.000,00	5.80%

Fuente: Informe de la Oficina de Presupuesto del HEBB, 2004.

Cuadro No.2
Relación porcentual asignación presupuestaria medicinas Efectivo vs asignación presupuesto materiales y suministros HEBB 2004.

Asignación total de materiales y suministros Efectivo	Asignación en Medicinas Efectivo	Relación porcentual
¢562.388.500,00	¢30.000.000,00	5%

Fuente: Informe de la Oficina de Presupuesto del HEBB, 2004.

Cuadro No.3
Relación porcentual asignación presupuestaria medicinas No Efectivo vs materiales y suministros no efectivo HEBB 2004

Asignación total materiales y suministros No Efectivo	Asignación en Medicinas Efectivo	Relación porcentual
¢643.700.000,00	¢442.850.000,00	65%

Fuente: Informe de la Oficina de Presupuesto del HEBB, 2004.

Como se puede apreciar, los medicamentos además de jugar un papel fundamental en las acciones de prevención, diagnóstico, tratamiento, recuperación y rehabilitación de los pacientes, constituyen cifras importantes del presupuesto total del hospital.

En cuanto a la asignación presupuestaria para el Servicio de Farmacia (salarios, remuneraciones por vacaciones, pagos de incapacidades, tiempo extraordinario, etc), no se pudo determinar los montos que representa del presupuesto hospitalario, debido a que la Oficina de Presupuesto no cuenta con esta información por servicio. (7).

La relevancia de las cifras anteriores motiva el estudio sobre el fenómeno de los medicamentos no retirados por los pacientes hipertensos y diabéticos y sus consecuencias en los costos y en el funcionamiento del Servicio de Farmacia, pues conlleva a una ineficiencia de los recursos asignados. Partimos de lo útil que debe de ser este trabajo para el gerente que tiene la responsabilidad y necesidad de implementar estrategias de mejora en el cumplimiento terapéutico, con el fin de producir una mejor utilización de los recursos asignados y mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes, fomentando un uso racional de medicamentos.

Este tema constituye un desafío para el farmacéutico, en el rol que demanda la sociedad moderna en cuanto al uso racional de medicamentos y a la atención farmacéutica, ambos pilares concordantes con una economía sostenible en un país en desarrollo.

Se espera que este estudio sea un documento de consulta para futuras investigaciones y que contribuya a ampliar el conocimiento. La información recopilada de diferentes fuentes bibliográficas y del paciente le confieren el valor teórico, el cual servirá para influir de manera positiva en la población en estudio y en las personas que lo consulten.

El conocimiento de las causas por las cuales los pacientes no retiran sus medicamentos en el Servicio de Farmacia del H.E.B.B, puede sugerir cambios en la organización del trabajo, los horarios de atención, la atención en las ventanillas, los servicios farmacéuticos brindados, etc., que disminuyan el no retiro de medicamentos, y se pueden extrapolar los resultados a las farmacias de la institución por ser una problemática aparentemente generalizada

Se considera que esta investigación es viable, ya que, cuenta con el apoyo y aprobación de la Dirección Médica y de la Dirección de la Farmacia. Además, las investigadoras poseen el conocimiento teórico sobre la problemática y las técnicas de investigación necesarias.

1.3.- Delimitación y Formulación del problema:

El proceso de preparación y el reintegro posterior de los medicamentos que no retiran los pacientes, causa que se destine casi el 50% del personal de la División Ambulatoria del Servicio de Farmacia para estas tareas, desconociéndose tanto los costos económicos que implica como las causas por las cuales los pacientes no retiran sus medicamentos.

Esta situación motiva a plantear la siguiente interrogante: ¿Cuáles son las implicaciones en los costos de los servicios personales y en el funcionamiento de la farmacia, que se generan por el no retiro de los medicamentos por los pacientes hipertensos y diabéticos durante un período de octubre a diciembre del 2004 en la Farmacia del HEBB?

1.4.- Objetivo General:

Cuantificar los costos financieros en la cuenta de servicios personales y en el funcionamiento de la farmacia por el no retiro de los medicamentos de los pacientes hipertensos y diabéticos en la farmacia del HEBB, en los meses de octubre, noviembre y diciembre 2004, con el propósito de proponer estrategias para mejorar el cumplimiento fármaco terapéutico por parte de los usuarios y de reorganizar los procesos de trabajo.

1.5.- Objetivos Específicos:

1. Cuantificar el volumen de recetas no retiradas y los costos en servicios personales de los funcionarios involucrados en el proceso de preparación de recetas y reintegro de los medicamentos no retirados por los pacientes hipertensos y diabéticos.

2. Analizar la organización y el funcionamiento de la farmacia para la preparación y el reintegro de los medicamentos no retirados por los pacientes hipertensos y diabéticos.

3. Identificar las causas por las cuales no retiran sus medicamentos los pacientes hipertensos y diabéticos.

4. Identificar los principales factores que limitan el cumplimiento del tratamiento en los pacientes hipertensos y diabéticos.

1.6.- Hipótesis.

El no retiro de medicamentos por los pacientes hipertensos y diabéticos adscritos al Hospital Dr. Enrique Baltodano B. de Liberia tiene consecuencias significativas en el costo de servicios personales y el funcionamiento de la farmacia.

CAPÍTULO II
MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO II: Marco Teórico

2.1.- Administración:

La administración es un proceso dinámico, por medio del cual el gerente logra los objetivos estipulados por su servicio de farmacia. Para ello, es necesario recurrir tanto a recursos materiales como humanos, los cuales deben organizarse de una manera armoniosa para que las metas definidas puedan alcanzarse satisfactoriamente. La administración consiste en planear, organizar, ejecutar y controlar para determinar el logro de los objetivos, utilizando los recursos tanto humanos como materiales.

Todos los recursos son importantes, pero realmente las personas ocupan el primer lugar de importancia, por lo que su selección, desarrollo personal, motivación y estimulación de la creatividad para alcanzar los objetivos del Servicio de Farmacia, deben ser una preocupación para un gerente. El logro de sus metas depende de la planeación, la organización, la ejecución y el control de los recursos tanto materiales como humanos que tenga a disposición un gerente. Así mismo, es indispensable que el gerente esté alerta a cambios que conducen al logro de los objetivos planteados en el Servicio de Farmacia. (13)

2.2- Las principales teorías administrativas y sus principales enfoques

El período de la administración clásica o científica está caracterizado por Frederick Winslow Taylor (1856-1915) y por Henri Fayol (1841-1925). Henri Fayol propone, mediante su teoría clásica, la previsión y la investigación en torno a la función de la gerencia para lograr los objetivos empresariales a través de la producción de bienes, de compra, venta o cambio, de generación de capital, de conservar bienes y trabajadores, de estadísticas.

Fayol indica que las funciones administrativas difieren de las otras funciones de la empresa, y se encuentran repartidas proporcionalmente entre todos los niveles jerárquicos (26). Este autor describe catorce principios administrativos; algunos de ellos aún siguen vigentes. A continuación se enumeran (26):

- Determinación de tareas especializadas para garantizar la eficiencia.
- Equilibrio de autoridad y responsabilidad
- Asegurar la disciplina para lograr los objetivos
- Cada empleado debe recibir órdenes de un solo jefe
- Una sola dirección para cada grupo de actividades con un solo objetivo
- Subordinación de los intereses individuales a los de la empresa
- A trabajo igual, salario igual
- Centralización de la autoridad en la alta jerarquía
- Cadena escalar
- Un lugar para cada cosa y cada cosa en su lugar
- Equidad para lograr lealtad
- Estabilidad en el cargo
- Fomento de la iniciativa
- Armonía y espíritu de equipo

En síntesis, la teoría clásica se enfoca en el estudio de la estructura de la organización y las funciones administrativas como principales elementos de la administración; así mismo, las personas que conforman la organización se consideran elementos mecánicos de la empresa.

Por otra parte, Frederick Winslow Taylor propone, mediante su teoría científica, la aplicación de métodos de la ciencia a la solución de problemas administrativos con el fin de alcanzar la eficiencia en las empresas (26). Su preocupación principalmente era aumentar la eficiencia de la industria a través, inicialmente, de la racionalización del trabajo operario. De allí el énfasis en el análisis y en la división del

trabajo operario, toda vez que las tareas del cargo y el ocupante constituyen la unidad fundamental de la organización. En este sentido, el enfoque de la administración científica es un enfoque de abajo hacia arriba (del operario hacia el supervisor y gerente) y de las partes (operarios y sus cargos) para el todo (organización empresarial). Predomina la atención en el trabajo, en los movimientos necesarios para la ejecución de una tarea, en el tiempo-patrón determinado para su ejecución; ese cuidado analítico y detallado permitía la especialización del operario y la reagrupación de los movimientos, operaciones, tareas, etc. (13)

Ambas teorías constituyen las bases del llamado enfoque clásico tradicional de la administración. (13) Sin embargo, posteriormente se reveló la importancia de considerar al hombre como núcleo de la organización, por lo que se inicia el período neoclásico de la administración, en el que se destacan figuras como Henry Lawrence Gantt (1861-1919), Frank Gilbreth (1868-1924), Elton Mayo (1880-1949) y Douglas McGregor, y el cual se caracteriza por lo siguiente (26):

- Importancia de las funciones administrativas en la aplicación de la administración
- Flexibilidad en la aplicación de los principios administrativos
- Orientación de los esfuerzos al logro de los objetivos comunes
- Especificación y diseño de instrumentos administrativos operacionales
- Desarrollo de teorías de la motivación que propugnen conductas productivas
- Importancia del enfoque de proceso al aplicar la administración
- Desarrollo y aplicación de nuevas formas de organización
- Búsqueda de teorías que apoyen la administración por objetivos
- Desarrollo de formas y estilos para la programación
- Búsqueda de la óptima eficiencia.

A principios del siglo XX, se presentan nuevas teorías, entre ellas:

- Teoría estructuralista: supone que la estructura derivada proviene del análisis interno de la totalidad a partir de los elementos que la conforman.
- Teoría del comportamiento o conductismo: considera que el hombre es el elemento central de las organizaciones.
- Teoría del desarrollo organizacional: considera cuatro variables de estudio: la organizacional, el entorno social, los grupos sociales y el desarrollo.
- Teoría de sistemas: se basa en que todo fenómeno es parte de otro mayor; las partes que conforman el todo están íntimamente relacionadas de una manera que no es determinada sino probabilística.
- Teoría de la toma de decisiones: incluye un proceso científico para solucionar problemas en las siguientes etapas: identificación del problema, análisis de la situación, investigación de las posibles soluciones y sus consecuencias, selección de la solución, ejecución de la decisión y evaluación de los resultados.
- Teoría de las contingencias: sostiene que la eficiencia de las organizaciones no se alcanza con un solo modelo administrativo, es decir, que decidir qué modelo debe explicarse depende del diagnóstico de la situación, considerando las variables internas y externas.
- Administración de la calidad: concibe al hombre como un ser racional, creativo y activo. El hombre es capaz de crear, cambiar, innovar y pensar; la organización se concibe como una interacción constante hacia un objetivo común (26).

2.3.- Proceso administrativo:

El proceso administrativo comprende planificación, organización, asignación de personal, coordinación, dirección, rendición de cuentas, presupuestación, control, evaluación y reajustes adecuados y oportunos. (13). Para fines de esta investigación, se revisan y comentan los subprocesos que aclaren la comprensión del funcionamiento del Servicio de Farmacia.

2.3.1.- Planificación estratégica:

La planificación es una función y un subproceso del proceso administrativo, que tiene como objetivo y razón de ser identificar, analizar y escoger entre las opciones presentes, la que mejor satisfaga las expectativas de los clientes. La planificación es necesaria en cada subdivisión de la organización del Servicio de Farmacia para lograr realizar sus funciones específicas. En la implantación de un proceso de planificación tienen que establecerse, entre otros, ciclos y fases de recolección de información, preparación de diagnósticos sobre desempeños anteriores, identificación de oportunidades y recursos disponibles, identificación de los desafíos y amenazas que se enfrentan, identificación de las fortalezas y debilidades con las que se cuentan. (13)

2.3.2.- Organización:

Así como con la planificación, cuando se habla de organización, se deben identificar y sopesar las distintas alternativas viables, por ejemplo, en términos de sus relaciones costo / beneficio. A este nivel corresponde el diseño de las subdivisiones estructurales requeridas y, dentro de éstas, los puestos de trabajo necesarios para el alcance de los objetivos del Servicio de la Farmacia.

Además, el mantenimiento actualizado del organigrama, la diagramación y actualización continua de los distintos flujos de procesos, y la integración de éstos en los flujos correspondientes a los distintos sistemas en funcionamiento dentro del servicio son igualmente importantes. También es función de organización el diseño y mantenimiento actualizado de los distintos manuales de organización y procedimientos requeridos en el Servicio de Farmacia como un todo y dentro de cada una de sus subdivisiones estructurales. (13)

2.3.3.- Asignación de personal:

Se describe como asignación de personal: “atraer, retener, y asignar a los puestos establecidos de trabajo las personas más idóneas y con el mayor potencial personal de crecimiento profesional y humano, disponibles en el mercado de trabajo al alcance del servicio de farmacia” (13). Para poder llevar a cabo el subproceso, se hace necesario conocer, en primer lugar, la descripción y especificación de puestos de trabajo. En segundo lugar, y simultáneamente, se requiere "vivenciar" la visión y misión del servicio en su plan estratégico, para que, en la escogencia del personal para los distintos puestos de trabajo, se tenga también en cuenta la evolución que dichos puestos probablemente experimentarán en la medida que la Farmacia alcance su visión de futuro y en la realización de su misión. (13)

2.3.4.- Coordinación:

El personal, una vez asignado a sus tareas, requiere de la coordinación para lograr la articulación e integración operativa en forma efectiva. Coordinación es, consecuentemente, “un proceso continuo a través del cual se asegura que los distintos individuos o empleados a los que se les asignaran tareas a cumplir articulen e integren entre sí sus diferentes actividades, insumos y productos”.(13)

Tiene que asegurarse, concretamente, que cada empleado o equipo de trabajo conformado por necesidades específicas del Servicio de Farmacia, reciba en tiempo y forma los insumos que necesita, de otros empleados o equipos de trabajo. Y, que, a su vez, esos empleados o equipos de trabajo entreguen, también en tiempo y forma, aquellos de sus productos que otros empleados y equipos necesitan como insumos para sus propios procesos. (13)

Para el logro de esta coordinación así definida, pueden utilizarse series de instrumentos y series de combinaciones de estos. Entre los instrumentos, podemos

mencionar manuales, normas, reuniones periódicas y ocasionales de trabajo, sistemas de recompensas y sanciones, sistemas de sugerencias, formación de equipos entrelazados de trabajo, planes, cronogramas, agendas, entre otros (13).

2.4.- Diagrama de flujo:

El diagrama de flujo muestra la representación gráfica de cómo se desarrolla un procedimiento, con la particularidad de mostrar el recorrido de los documentos de un funcionario a otro, o de un departamento a otro. Cuando se cuenta con la descripción del procedimiento se elabora el flujograma en sí, donde todos los símbolos por utilizar se agrupan en un formato columnar. En la parte superior de éste se especificarán, de acuerdo con el orden de participación, todos los nombres de los puestos o de las unidades que intervienen en el proceso. (13)

2.5.- Manual de Procedimientos:

Un manual de procedimientos es un documento oficial que describe los procesos, los trámites o las rutinas de trabajo para obtener un determinado servicio. Detalla en secuencia lógica las distintas operaciones o pasos de que se compone un trámite, indicando quién, cómo, dónde, cuándo y para qué ha de realizarse. Según las fuentes consultadas, el manual de procedimientos favorece una serie de acciones tales como:

1. Uniformar y controlar el cumplimiento de rutinas de trabajo, y evitar su alteración arbitraria; simplificar la determinación de responsabilidades por faltas o errores.

2. Enseñar el trabajo al nuevo empleado.

3. Aumentar la eficiencia de los empleados al indicarles qué deben hacer y cómo hacerlo.
4. Facilitar la supervisión del trabajo.
5. Ayudar a la coordinación del trabajo y evitar duplicaciones y lagunas.
6. Constituir una base de datos para el análisis posterior del trabajo y el mejoramiento de los sistemas, procedimientos y métodos.
7. Reducir los costos al aumentar la eficiencia general (13)

2.6-Proceso de Dispensación de Medicamentos de la CCSS:

En la división de Consulta Externa de los Servicios de Farmacia de la CCSS, el proceso de dispensación de medicamento abarca desde el momento que es recibida la receta hasta que los medicamentos son entregados al paciente. Ese proceso conlleva:

1-Recibo de la receta: el paciente debe de entregar con su receta el carné de asegurado y la orden patronal al día. El encargado de ventanilla recibe los documentos, revisa y anota la hora de ingreso de la receta. Desprende la contraseña y se la entrega al paciente junto con los documentos y pasa la receta a la revisión inicial; además, clasifica las recetas en urgentes y no urgentes, es decir, separa las recetas de pacientes que viven lejos, mujeres embarazadas o adultos mayores, para prepararlas con prioridad.

2-Revisión inicial de la receta: el farmacéutico(a) revisa la receta, las dosis, las indicaciones, la cantidad, el cumplimiento de reglamentación de prescripción y detecta posibles contraindicaciones, incompatibilidades, inexistencia de medicamentos, para lo cual sugiere posibles sustituciones. El farmacéutico anota en la receta otras indicaciones especiales que deben rotularse, para procurar un mejor uso de los medicamentos.

3-Rotulado de etiquetas: los técnicos o auxiliares bajo la supervisión de la (el) farmacéutica (o) digitan el nombre completo del paciente, nombre genérico del

medicamento con su fuerza y presentación, indicaciones para su uso, indicaciones especiales, cantidad y fecha de despacho. Deben indicarse estos datos en etiquetas autoadhesivas.

4-Preparación de recetas: los auxiliares o técnicos de Farmacia preparan las recetas de acuerdo con la cantidad y el medicamento indicado; a este último se le adhiere la etiqueta con las indicaciones. Lo anterior lo realizan bajo la supervisión de la (el) farmacéutica (o).

5- Revisión final: realizada por el farmacéutico. Se corrobora que la receta esté correctamente preparada: se revisa la receta, el rotulado de la etiqueta, los medicamentos y las cantidades preparadas. Firma la receta autorizando su despacho.

6- Empaque y entrega de medicamentos: se colocan los medicamentos en bolsas plásticas, con las contraseñas de la receta respectiva, y se trasladan a la ventanilla para entregarlos al paciente, el cual es llamado por parlante por uno de los funcionarios. En caso de que el paciente no se encuentre en sala de espera en ese momento, el técnico o auxiliar procede a trasladar los medicamentos a los estantes donde se ordenan.

7- Los medicamentos preparados se mantienen tres días hábiles para su retiro según las disposiciones institucionales. Después de los tres días, se reintegran a la existencia del despacho de la farmacia. (1)

8- Proceso de reintegro de recetas no retiradas por los pacientes: después de los tres días hábiles que permanecen los medicamentos listos para el retiro por los pacientes, se procede a retirarlos de los estantes para el reintegro al inventario de la farmacia. Tal proceso consta de los pasos que a continuación se describen:

8.1. Una vez retirados los medicamentos de los estantes, el técnico de Farmacia encargado del proceso, por medio del Sistema de Apoyo a Farmacia (SAF)- el cual es el programa de cómputo de los Servicios de Farmacia de la institución- debe, a

través de la opción de reintegro de recetas no retiradas, incluir las cantidades de medicamentos que se devolverán al inventario de la farmacia.

8.2. Posteriormente, se desembolsan los medicamentos y al mismo tiempo se separan por productos, por ejemplo, tabletas aparte de líquidos, cremas, etc.

8.3. Las recetas reintegradas con su respectiva colilla se guardan en una bolsa con la fecha del día que se preparó y del día que se reintegró, y se almacenan en un cajón hasta el final de mes, ya que, luego se colocan con las demás recetas del mes que se concluye.

8.4. Se procede a quitar la etiqueta adherente hasta donde se pueda, en el caso que los medicamentos permitan remojar la etiqueta para suavizarla. Si no es posible, se le pega una etiqueta en blanco para tapar la etiqueta anterior. En caso de los comprimidos que se encuentran precontados (productos que se empaquetan en las cantidades que más se indican con el fin de agilizar el llenado de los recetas) se deben rembolsar.

8.5. Se colocan todos los medicamentos en su respectivo lugar.

2.7-Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus:

Para mejor ilustración del lector, se describen las generalidades de las enfermedades que presentan los pacientes incluidos en la investigación.

Son enfermedades crónicas, que no pueden curarse, pero sí pueden controlarse con un buen manejo integral de todos los factores que influyen en ellas. Estos factores son modificables, ya que se puede trabajar para lograr disminuir la progresión de la enfermedad y sus complicaciones, pudiendo tener una mejor calidad de vida. Generalmente, estas enfermedades pasan inadvertidas por muchos años, por lo que el diagnóstico con frecuencia se establece cuando el individuo manifiesta síntomas y complicaciones. (14,15)

Diversos factores inciden en la presencia de estas patologías, como: el envejecimiento, el sedentarismo, la obesidad, la adquisición de hábitos inadecuados de alimentación con alto contenido de grasa, carbohidratos y reducida cantidad de fibra. También intervienen factores genéticos y ambientales en dichas etiologías. (14,15).

La Diabetes Mellitus es un desorden metabólico de etiología múltiple, caracterizado por la elevación persistente de los niveles de glucosa en sangre (hiperglicemia), junto a alteraciones en el metabolismo de carbohidratos, grasas y proteínas (14).

La Diabetes Mellitus se clasifica en:

1. Diabetes Mellitus tipo 1: se distingue por procesos auto inmunes, en donde la diabetes es causada por una destrucción de la célula pancreática, lo que conduce a la deficiencia absoluta de insulina. Sus primeras manifestaciones pueden ser alrededor de la pubertad, cuando ya la función se ha perdido en alto grado y la insulino terapia es necesaria para que el paciente sobreviva (14).

2. Diabetes Mellitus tipo 2: se presenta en personas con grados variables de resistencia a la insulina, pero también existe una deficiencia de insulina que puede ser predominante o no. El aumento de la edad, de peso y la falta de actividad física están relacionados con este tipo de diabetes.(14)

Dentro de las complicaciones más comunes en la Diabetes Mellitus están la retinopatía, la nefropatía, neuropatía, enfermedad cardiovascular y úlceras de pies.

El objetivo de la terapia tanto farmacológica como no farmacológica es la normalización de las cifras de glicemia, para así eliminar los síntomas, prevenir las complicaciones tanto agudas como crónicas y, por ende, reducir la morbimortalidad derivada de la enfermedad. (14).

La Hipertensión Arterial se define como el resultado de un aumento persistente de la presión arterial. El incremento de la tensión del fluido sanguíneo contra las paredes de las arterias puede causar daño importante en las arterias del corazón, cerebro, el riñón y los ojos, considerados como los principales órganos blancos. Como consecuencia, la circulación de la sangre del corazón al resto del organismo se dificulta, pues debe movilizarse a través de arterias afectadas o incluso dañadas (16).

Pese a la continua amenaza que representa la presión sanguínea elevada, usualmente no se acompaña de síntomas. El 25% de los pacientes presenta algunos síntomas, pero el 75% se entera que tiene la enfermedad por casualidad, usualmente en consulta de otra patología. Cuando la sintomatología se presenta, es posible que el paciente sufra de sensación de ahogo, cansancio, dolor de cabeza, zumbidos, opresión torácica, edema en pies y mareo. En la hipertensión arterial encontramos como complicaciones de la enfermedad arteriosclerosis, cardiopatía hipertensiva, enfermedad renal y enfermedad cerebro-vascular. (14,15).

2.8-Tratamiento farmacológico de la Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus:

El tratamiento de la Diabetes Mellitus se basa en tres pilares: dieta, ejercicio físico y medicación. Tiene como objetivo mantener los niveles de glucosa en sangre dentro de la normalidad para minimizar el riesgo de complicaciones asociadas a la enfermedad. En muchos pacientes con diabetes tipo II no sería necesaria la medicación si se controlase el exceso de peso y se llevase a cabo un programa de ejercicio físico regularmente. Sin embargo, es necesaria con frecuencia una terapia sustitutiva con insulina o la toma de fármacos hipoglicemiantes por vía oral.

En la Hipertensión Arterial, los cambios en el estilo de vida, incluidos los cambios dietéticos y ejercicio, son lo más importante en el control de la Tensión Arterial, pero a menudo hace falta una combinación de terapias, incluidos los medicamentos. Independientemente de la causa de la HTA, hay un amplio abanico de medicamen-

tos para tratarla, que suelen emplearse en etapas, hasta encontrar el plan personal de medicamentos que funciona en cada paciente hipertenso (14,15).

2.9-Normativa del no retiro de medicamentos en C.C.S.S.:

El no retiro de medicamentos preparados para los pacientes, es una situación que se contempla en el Manual de Funcionamiento de Farmacia, elaborado por la sección de Farmacia de la CCSS (1). Estos medicamentos deben reintegrarse a las existencias físicas de la farmacia, lo cual se menciona en los artículos del mismo manual como una norma de carácter obligatorio de la Dirección de Farmacia.

De esa manera, el artículo 22 del capítulo V del despacho de la receta apunta que los medicamentos preparados para los pacientes que no sean retirados en el término de tres días hábiles, serán reintegrados a la existencia de la farmacia; cuando se trata de recetas prescritas en el Servicio de Urgencias o Medicina extemporánea, el reintegro se puede hacer en 24 horas.

Por su lado, el Art. 26 del Capítulo III: Devolución de Mercadería del Departamento de Almacén y Distribución, sostiene que los medicamentos que no sean retirados por los pacientes en el término de tres días hábiles, deben reintegrarse a la existencia, siendo responsabilidad del Director de Farmacia la ejecución de esta norma, anotándose en el expediente del paciente el NO RETIRO DE MEDICAMENTOS, por medio de un sello, al igual que los medicamentos no retirados de los pacientes atendidos en las consultas de emergencias y consulta extemporánea, los cuales deben reintegrarse a la existencia después de 24 horas, anotándose en el expediente del paciente el NO RETIRO DE MEDICAMENTOS.

Para ello, al despachar una receta, una vez preparados y rotulados, los medicamentos se colocarán en una bolsa plástica cerrada con grapa; a esta bolsa se agregará la receta engrapada. Cuando el paciente retira sus medicamentos, se desprende la receta y se contabiliza. En el caso de no retiro, la receta se registrará co-

mo trabajo efectuado, pero se anula en razón de que no hubo salida de medicamentos, devolviendo estos al recetario de inmediato.

2.10-Cumplimiento terapéutico:

La efectividad del tratamiento de las enfermedades crónicas como la Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus depende principalmente de dos factores: la eficacia del tratamiento prescrito y el grado de cumplimiento del paciente con dicho tratamiento.

El cumplimiento del tratamiento puede considerarse uno de los mayores problemas en la práctica clínica. Se estima que, en EE.UU., al menos un 10% de los ingresos hospitalarios se debe a la falta de tratamiento por parte del paciente. Son numerosos los estudios que han tratado de cuantificar su magnitud, estimando que en los tratamientos de larga duración (hipertensión, diabetes, asma, entre otros) el incumplimiento puede llegar a un 50%(17, 18)

No existe un consenso uniforme en la definición de cumplimiento terapéutico. El más aceptado es la propuesta por Haynes en 1976, como el grado en que la conducta de un paciente, en relación con la toma de la medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, coincide con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario (18). Se han propuesto otros términos para referirse a cumplimiento como: *drug defaulter*, *patient drop out* o alianza terapéutica, observancia, adhesión, adherencia, cooperación, concordancia y colaboración, reflejando el mismo concepto pero dando otro matiz. Sin embargo, los términos cumplimiento e incumplimiento siguen siendo los más usados en la práctica médico-farmacéutica.

Por observación diaria en el ejercicio de nuestras funciones, se identifican algunas causas frecuentes de incumplimiento tales como:

- No adquirir en la farmacia la medicación prescrita: situación muy común en el paciente asintomático, que considera innecesario el tratamiento.

- Tomar una dosis incorrecta o bien tomar la dosis adecuada pero a intervalos incorrectos: muy frecuente en enfermedades como hipertensión, hipercolesterolemia, epilepsia. Generalmente se debe a que el paciente experimenta una mejoría en su salud, o bien la intención de beber alcohol, el temor a la aparición de efectos adversos, el empeoramiento del estado de salud o la no percepción de la necesidad de cumplir el tratamiento.

- Olvido de una o más dosis: es muy frecuente en ancianos. Realmente es un olvido involuntario, el cual se ve agravado por la polifarmacia, la asistencia por parte de varios médicos diferentes, la falta de comprensión del régimen posológico, las deficiencias en el etiquetado de los medicamentos y los propios impedimentos físicos del paciente.

- Interrumpir el tratamiento antes de tiempo: el paciente decide suspender su tratamiento debido a sus propias creencias, circunstancias personales y la información disponible(17,18).

La falta de cumplimiento de los tratamientos tiene consecuencias muy importantes, tanto clínicas como socioeconómicas: falta de respuesta terapéutica, interferencia en la relación sanitario- paciente, valoración errónea de la efectividad real del tratamiento, almacenamiento de los medicamentos no consumidos en botiquines caseros, repercusiones económicas, riesgo de aparición de efectos secundarios, toxicidad, dependencia y tolerancia (18). Basterra(1999) ha señalado más de 200 factores que se relacionan con el cumplimiento, los cuales se ordenan en seis grandes grupos como se observa en el siguiente cuadro:

Cuadro N° 4

Factores que favorecen el incumplimiento terapéutico

Características del paciente	<p>Actitud despreocupada hacia la enfermedad y/o terapia</p> <p>Escaso grado de conocimiento de la enfermedad y/o terapia</p> <p>Desconfianza en la eficacia al tratamiento</p> <p>Enfermedad percibida como poco grave</p> <p>Desconocimiento de las consecuencias</p> <p>Edades extremas</p> <p>Nivel educacional bajo, inestabilidad emocional, depresión</p>
Características de Terapia	<p>Politerapia</p> <p>Pautas posológicas complejas y/o incómodas</p> <p>Incomprensión del régimen</p> <p>Tratamientos crónicos</p> <p>Aparición de efectos secundarios</p> <p>Costo de medicación</p>
Características de la enfermedad	<p>Poco sintomática</p> <p>Patologías crónicas, recurrente y/o recidivante</p> <p>Enfermedad leve y/o ausencia de complicaciones</p>
Características del entorno familiar y social	<p>Existencia de problemas de comunicación interfamiliares</p> <p>Poca cooperación de familiares</p> <p>Soledad</p> <p>Escasa supervisión de la toma de medicación</p>
Características de la estructura sanitaria	<p>Burocracia asistencial</p> <p>Cambios de médicos</p> <p>Dificultad de acceso a los centros sanitarios</p> <p>Costo de la asistencia</p>
Características del profesional sanitario: médico y /o farmacéutico	<p>Desconfianza o poca cooperación entre el paciente y el profesional</p> <p>Aptitudes y actitudes negativas en el profesional</p> <p>Pocas instrucciones claras y sencillas, lenguaje muy técnico</p>

Fuente: Basterra, M. "El cumplimiento Terapéutico". Pharmaceutical Care España, 1999, p.99.

2.11-Costos de la Asistencia Sanitaria:

El costo se define como el consumo de un recurso que, de otra forma, podría haber sido usado para otro propósito. Los costos son valorados en términos monetarios y se estiman multiplicando las cantidades de recursos utilizados por el costo unitario de los recursos a precios constantes.

En los servicios de salud se provocan gastos considerables, derivados del tratamiento y manejo de las complicaciones, así como los costos asociados a la pérdida de productividad de las personas afectadas (19).

Desde la perspectiva social, los costos incluyen: costos sanitarios, costos soportados por el paciente y sus familias y costos soportados por el resto de la sociedad o externos. Según la imputabilidad, los costos se podrían clasificar en:

1) Los costos directos son los asociados causalmente con el proceso, como consultas (tiempo de personal monetariamente o salarios de personal), suministros, médicos, pruebas diagnósticas, medicamentos, hospitalizaciones, uso de bienes de equipos, servicios de hostelería, gastos generales (calefacción, luz), viajes de los pacientes y familiares, costos resultantes de actividades asistenciales de la familia, etc. En general a todos los costos fijos (no varían según la actividad como la calefacción y la luz) y variables (varían según la actividad, como tiempo de personal) se les denomina costos directos. Los costos directos también pueden dividirse en sanitarios (salarios, personal sanitario, consumo de medicamentos, suministros de hospitales, amortización de tecnologías sanitarias), no sanitarios (desplazamiento para buscar atención, alojamientos extraordinarios, dietas especiales, apoyo doméstico, apoyo social) y negativos (aquellos evitados por la intervención por ejemplo, estancias hospitalarias, cirugía y tratamientos evitados)(19).

2) Los costos indirectos son los asociados al impacto sobre otros sectores, como pérdidas productivas por tiempos de desplazamiento, de espera, de tratamiento o de rehabilitación, salarios perdidos debido a la ausencia de trabajo, etc.

3) Los costos externos, son los que experimentan personas no involucradas directamente. En la mayor parte de los casos, los efectos son demasiado pequeños y no merecen su inclusión en los análisis. (19)

Es útil distinguir tres etapas en el cálculo de costos: identificación, medida y valoración. Identificar consiste en listar los recursos probables empleados en una intervención tan explícitamente como sea posible, de forma que se puedan tomar decisiones sobre la estructura del estudio. Esta decisión depende de la perspectiva del estudio. La medida se refiere a la identificación del cambio de recursos incluidos en el estudio. Típicamente serán cantidades entradas o salidas de trabajo (días cama, tiempo en quirófano, prescripciones), pero pueden también incluir tiempo de los pacientes o cuidadores. Valoración de recurso empleado: si existen los precios y pueden ser asumidos para reflejar costos, entonces estos pueden ser multiplicados para las unidades relevantes de uso de servicios (como días de hospitalización por costo diario) para producir costos totales.

Sin embargo, existen dos problemas: los precios no existen a menudo para los cambios relevantes y los precios no reflejan el valor de los recursos. La teoría económica sugiere que los precios reflejarán el valor de los recursos sólo en el caso de mercados competitivos, situación que se aplica en parte de la economía general y es difícil en la asistencia sanitaria (19). Según la Oficina de Presupuesto del Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño de Liberia, los costos de la receta producida por el servicio de Farmacia, se obtienen a través del Sistema de Información Gerencial (SIG), el cual es un instrumento desarrollado por la Organización Panamericana de la Salud, en estrecha colaboración con técnicos nacionales de distintos países de la Región de las Américas. El SIG 3.0 es un programa computacional que facilita la elaboración de cuadros e indicadores para el análisis de la productividad institucional y los procesos de programación, presupuestación y desarrollo institucional, con el fin de iniciar un proceso tendiente a obtener en forma continuada y sistemática los costos de los distintos servicios de salud y determinar los niveles de eficiencia lo-

grada en la producción de estos servicios (7). En el cálculo del costo de la receta, se alimenta el programa con el gasto personal, los gastos administrativos, gastos de proveeduría, entre otros. El total de los gastos se divide entre la producción del Servicio de Farmacia, obteniéndose el costo de la receta (7).

Se estima que los costos de la asistencia médica se aumentan en las enfermedades crónicas como diabetes Mellitus e Hipertensión. A nivel del HEBB, no se tienen cifras específicas sobre estas dos enfermedades, pero se mantienen estimaciones generales.

CAPÍTULO III
DISEÑO METODOLÓGICO

CAPÍTULO III: Diseño Metodológico

3.1.- Tipo de estudio.

El presente es un estudio exploratorio y transversal que se realizó en un período definido de tiempo y un lugar específico para realizar la recolección de los datos que posteriormente se analizaron. Se considera que este estudio es de tipo cuali-cuantitativo por tratarse de casos de pacientes diabéticos e hipertensos que no retiraron los medicamentos. Por medio de una entrevista a profundidad sobre el tema (la observación participativa de los procesos llevados a cabo en la farmacia), se identificaron las causas del no retiro de medicamentos. Se cuantificaron los costos y se determinó el impacto financiero derivado del trabajo del personal del Servicio de Farmacia, tanto en la preparación de las recetas como en el proceso de reintegro de aquellas que no son retiradas.

3.2.- Área de Estudio

Esta investigación se realizó en la Farmacia del HEBB de Liberia, ubicada en la Región Chorotega.

3.3.- Unidades de análisis o Sujetos/ Objeto de estudio

La investigación se realizó tomando como referencia las siguientes unidades de estudio:

1. El usuario con HTA y DM que no retiró los medicamentos en los meses de octubre, noviembre y diciembre del 2004 en la Farmacia del HEBB.
2. La cantidad de recetas de tratamientos para la HTA y DM que los pacientes no retiran.

3. Identificar las causas por las cuales los pacientes hipertensos y diabéticos no retiraron los tratamientos.
4. La organización de la farmacia, para identificar la forma en que está organizado y dividido el personal para realizar el trabajo y verificar el impacto en su funcionamiento.
5. Los costos, para determinar los gastos que genera en cuanto a las horas laboradas por el personal para realizar la preparación de recetas y el reintegro de los medicamentos no retirados.

3.3.1.- Población en estudio.

El universo lo constituyeron los pacientes y las recetas no retiradas de hipertensos y diabéticos adscritos al HEBB de Liberia y sus consecuencias en la organización, el funcionamiento y los costos del personal de Farmacia para realizar dichos procesos.

3.3.2 Selección de la muestra.

Para efectos de identificar las causas del no retiro de medicamentos, se tomó en cuenta lo siguiente:

1. Promedio mensual de recetas despachadas, según los antecedentes observados: 70.000.
2. Porcentaje promedio mensual de no retiro de medicamentos por parte de pacientes hipertensos y diabéticos según lo observado: 7%.
3. Población: 4900 recetas por mes / 14 700 recetas para los meses de octubre, noviembre y diciembre.
4. Determinación de la muestra.
5. La unidad de muestreo utilizada tanto para conocer las causas por las cuales el paciente no retiró los medicamentos para la hipertensión y diabetes, y la producción de recetas. Se hizo un muestreo aleatorio sin reemplazo y sistemático.

Por medio del cuestionario se pretendió determinar las causas del no retiro de los medicamentos, aplicándolo a una muestra, cuyo tamaño se determinó utilizando una fórmula estadística para determinación de tamaños de muestra, tal como se detalla a continuación:

Paso 1:

$$n_0 = \left[\frac{Z_{\alpha/2} \sqrt{PQ}}{d} \right]^2 \Rightarrow n_0 = \left[\frac{1.96 \sqrt{50 \times 50}}{7} \right]^2 = 196$$

- Donde:
- n_0 simboliza el tamaño de muestra en el paso 1
 - $Z_{\alpha/2}$ es una variable normal utilizada para designar el nivel de Confianza del estudio, que en este caso es de un 95%, para un Valor Z de 1.96
 - P % de personas que no retiran debido a la poli consulta (se estima que ésta es la causa más frecuente por la que no retiran los medicamentos los pacientes hipertensos y diabéticos) para estos efectos se utilizó 50%:
 - Q es igual a $100 - P$
 - d simboliza el error máximo que tendría la muestra, que en este caso se definió en un 7%.

La obtención de la muestra es un proceso en dos pasos; sin embargo, el paso 2 es opcional y depende de que, al calcular la fracción de muestreo dividiendo n_0 entre N (tamaño de la población), esta resulte mayor que 0.05; si este es caso, se recurre al paso 2; caso contrario, el tamaño de la muestra quedaría según fue obtenido en el paso 1.

Una vez recogidos los datos, se ajustó el tamaño de la muestra, específicamente en lo referente a valores de P y Q, los cuales se obtuvieron de la pregunta 24 del cuestionario. Estos valores resultaron en 13% y 87%, que al ser aplicados retrospectivamente en la fórmula, resultó en un error máximo (d) de 5%. La información se obtuvo de registros del Servicio de Farmacia, expedientes médicos y a través de la aplicación de una entrevista a los pacientes que no retiraron sus tratamientos.

Como se mencionó anteriormente, se utilizó el muestreo sistemático, el cual consiste en un muestreo aleatorio en el que los elementos de la muestra se escogen a intervalos determinados a partir de un arranque aleatorio inicial. Primero se debe ir numerando las recetas por estudiar; una vez hecho esto, se procede de la siguiente manera:

Muestreo sistemático:

1. Se calcula una constante K cuya fórmula es la siguiente:

$$K = N / n = 14\,700 / 200 \cong 74$$

2. Se escoge un número al azar entre 1 y 74, que va a ser el punto de arranque.

Arranque: 52

Muestra	Cálculo	No. de muestra
1	-	52
2	52 + 74	126
3	126 + 74	200
4	200 + 74	274
5	274 + 74	348
6	348+74	422

Es importante citar que el tamaño de muestra con el que se trabajó probablemente excedió el tamaño, requerido para las especificaciones de error y confiabi-

lidad establecidas; esto sucedió por haber asignado valores de 50% a los parámetros P y Q definidos en la fórmula para tamaño de muestra anteriormente indicada.

Una vez que se obtuvo la receta del usuario que no retiró, se indagaron en el expediente los datos de cada paciente (dirección y/o teléfono), y se realizó la visita para aplicar el cuestionario. En caso de que no se localizar al usuario, se hizo otra selección aleatoria para reemplazo, por ejemplo, si la persona correspondiente a la selección 200 no pudo ser localizada, se procedió a identificar a la receta 201; si tampoco se pudo, se procedió con la 199, y así sucesivamente, 202 ó 198, hasta que se localizó a alguna persona a la que se le pudo hacer la entrevista.

3.4.- Fuentes de información primaria y secundaria.

Las fuentes de información primaria estuvieron constituidas por: 1) los pacientes hipertensos y diabéticos que hacen uso del Servicio de Farmacia, 2) la planilla del personal que labora en el Servicio de Farmacia, 3) recetas no retiradas, 4) organización mensual del trabajo de la Consulta Ambulatoria de la Farmacia. Las fuentes secundarias de información las constituyeron los libros de administración, de costos, revistas, Internet y otras.

3.5.- Identificación, descripción y relación de las variables.

- **Costo de servicios personales:** Valor monetario en servicios personales en colonias que genera la preparación y reintegro de las recetas no retiradas.
- **Organización:** se refiere a todos los procesos y tareas que se realizan en forma planeada y organizada en la Farmacia para lograr los objetivos establecidos.
- **No retiro de medicamentos:** los medicamentos preparados para los pacientes que no son retirados en el término de tres días hábiles, y son reintegrados a la existencia de la farmacia; cuando se trata de recetas prescritas en el Servicio de

Urgencias o Medicina Extemporánea, el reintegro se puede hacer en 24 horas. La relación de las variables es que al aumentar las recetas reintegradas (variable independiente) aumentan los costos y tareas realizadas por funcionarios (variables dependientes) en el proceso de reintegro.

3.6.- Operacionalización de las variables.

Problema de investigación:

¿Cuáles son las implicaciones en los costos de los servicios personales y en el funcionamiento de la farmacia, que se generan debido al no retiro de sus medicamentos por los pacientes hipertensos y diabéticos durante un período de octubre a diciembre del 2004 en la farmacia del HEBB?

Objetivo General:

Cuantificar los costos financieros en la cuenta de servicios personales y en el funcionamiento de la farmacia por el no retiro de los medicamentos de los pacientes hipertensos y diabéticos en la farmacia del HEBB, en los meses de octubre, noviembre y diciembre 2004, con el propósito de proponer estrategias para mejorar el cumplimiento fármaco terapéutico por parte de los usuarios y de reorganizar los procesos de trabajo.

Obj. Especifico	Variable	Def. Conceptos	Dimensiones	Def. dimensiones	Indicadores	Instrumentos	Fuentes de información
Cuantificar el volumen de recetas no retiradas y los costos en servicios personales de los funcionarios involucrados en proceso de preparación de recetas y reintegro los de medicamentos no retirados por los pacientes hipertensos y diabéticos.	Volumen de recetas Costo de servicios personales	Cantidad de recetas reintegradas mensualmente. Valor monetario en colones del tiempo del personal asignado a la preparación y reintegro de las recetas.	Receta médica Recurso humano	Prescripción de medicamentos extendida por el médico. Funcionarios de la farmacia, técnicos y profesionales.	Cantidad de cupones mensuales no retirados Salario promedio mensual / técnico de farmacia Salario promedio mensual / profesional farmacéutico	Hoja de cotejo Hoja de cotejo	Registro de recetas no retiradas. Oficina de Recursos Humanos del Hospital Dr. E.B.B. Planilla de los funcionarios de la farmacia.

Obj. Especifico	Variable	Def. Conceptos	Dimensiones	Def. dimensiones	Indicadores	Instrumentos	Fuentes de información
Analizar la organización de la farmacia para la preparación y el reintegro de los medicamentos no retirados por los pacientes hipertensos y diabéticos.	Organización	Distribución del personal y tareas, para lograr los objetivos planteados.	Organigrama	División del trabajo para preparación y reintegro de medicamentos.	Duración en horas realizando preparación de la receta	Hoja de cotejo*	Registro de la medición de los tiempos
					Duración en horas realizando el reintegro de recetas no retiradas.	Hoja de cotejo*	Registro de la medición de los tiempos
			Asignación de personal.	Asignación de técnico para preparar o reintegrar los medicamentos.	Numero de recetas de pacientes reintegradas por día.	Hoja de cotejo*	Registro de recetas reintegradas
					Numero de recetas mensuales por técnico	Hoja de cotejo*	Informes mensuales de la producción de recetas en farmacia
			Manual de Procedimientos	Documento oficial que describe los procesos, trámites o rutinas de trabajo.	Cumplimiento de la descripción de los procesos de preparación y reintegro de recetas	Hoja de cotejo	Informes mensuales de producción de recetas en farmacia
							Registro de las observaciones de los procesos de preparación y reintegro de recetas.

Obj. Especifico	Variable	Def. Conceptos	Dimensiones	Def. dimensiones	Indicadores	Instrumentos	Fuentes de información
Señalar las causas por las cuales no retiran sus medicamentos los pacientes hipertensos y diabéticos y el incumplimiento terapéutico.	Causas del no retiro	Motivos por los cuales los pacientes no retiran sus medicamentos	Incumplimiento terapéutico	Falta de información o concientización respecto a la importancia de cumplir con el tratamiento.	Cantidad de pacientes que lo consideren como causa.	Entrevista	Usuario
			Sistema de copias	Sistema preparación y entrega tratamientos crónicos	Idem	Entrevista	Usuario
			Tiempo de espera	Duración en horas del despacho de una receta.	Idem	Entrevista	Usuario
			Olvido involuntario	Omisión del retiro o toma de medicamento	Idem	Entrevista	Usuario
			Pérdida de documentos	Extravío de documentos que se solicitan para el retiro de medicamentos	Idem	Entrevista	Usuario
			Horario de Atención	Horario y días establecidos para el retiro de los medicamentos	Idem	Entrevista	Usuario

Obj. Especifico	Variable	Def. Conceptos	Dimensiones	Def. dimensiones	Indicadores	Instrumentos	Fuentes de información
Identificar los principales factores que limitan el cumplimiento del tratamiento en los pacientes hipertensos y diabéticos.	Factores que limitan el cumplimiento del tratamiento	Elemento que contribuye al incumplimiento del tratamiento	Características del paciente	Factores sociodemográficos e individuales del paciente.	Cantidad de pacientes que le detectan el factor presente.	Entrevista	Usuario
			Características del régimen terapéutico	Cualidades del régimen terapéutico	Cantidad de pacientes que le detectan el factor presente.	Entrevista	Usuario
			Características de la enfermedad.	Tipo de enfermedad en cuanto su sintomatología y cronicidad.	Cantidad de pacientes que le detectan el factor presente.	Entrevista	Usuario
			Características de la estructura sanitaria	Cualidades del centro de salud en cuanto a acceso, horario de atención, etc.	Cantidad de pacientes que se detecta el factor presente.	Entrevista	Usuario
			Características del profesional sanitario: médico y/o farmacéutico	Elementos presentes en la relación entre el profesional y el paciente	Cantidad de pacientes que se detecta el factor presente.	Entrevista	Usuario

3.7.- Selección de técnicas e instrumentos.

Para determinar el volumen de recetas no retiradas se realizó un conteo diario de las mismas, y se empleó una hoja de cotejo para establecer un registro de los pacientes que no retiraron los medicamentos.

Para obtener información con relación a la organización y costos de servicios personales se utilizará una hoja de cotejo y la observación del cumplimiento del Manual de Normas y Procedimientos del Servicio de Farmacia, en los procesos involucrados en la preparación y reintegro de las recetas, así como, la información obtenida en la Oficina de Presupuesto del HEBB.

Para la caracterización de las causas del no retiro de medicamentos e identificación de los principales factores que limitan el cumplimiento del tratamiento, la información se obtendrá mediante el empleo de un cuestionario, el cual se aplicó por las investigadoras. El cuestionario esta estructurado de tal forma que permita obtener información confiable y de gran validez para lograr cumplir con los objetivos de la investigación.

3.8.- Plan de tabulación

El cuestionario que se aplicó fue precodificado, se hizo una base de datos y para tabular se utilizó un paquete estadístico. La tabulación de los datos se efectuó con el paquete SPSS (Statistic Package Socials Sciences o Paquete Estadístico para Ciencias Sociales), para lo cual se confeccionaron tablas de frecuencias para las características cualitativas y medidas de posición y variabilidad para las preguntas cuantitativas. La presentación de los datos se llevó a cabo textualmente y mediante cuadros y gráficos estadísticos.

3.9.- Resultados esperados, alcances, limitaciones.

Se esperaba dentro de los resultados determinar los costos financieros en las cuentas de servicios personales y en el funcionamiento de la farmacia debidos al no retiro de los medicamentos por lo pacientes hipertensos y diabéticos, así como identificar las causas por las cuales los pacientes no retiraron dichos tratamientos, con el

propósito de generar recomendaciones que faciliten y promuevan el retiro por parte de estos.

Por otra parte, se pretendió analizar el funcionamiento y la organización de la farmacia para la preparación y el reintegro de los medicamentos.

Dentro de las limitaciones que se pudieron presentar estaba que la información suministrada en las entrevistas no fuera confiable; lo que generaría un probable sesgo, es decir, que no se obtuviera la información real de las entrevistas.

Al analizar los costos, se esperaba examinar detenidamente el proceso de preparación y reintegro de las recetas de pacientes hipertensos y diabéticos, en cuanto a distribución del personal y asignación de tareas y tiempo empleado. El hecho de no contar con investigaciones similares, es decir, que analicen los costos que generen los procesos antes mencionados, se convirtió en una limitación para este estudio, pues no fue posible establecer ninguna comparación al respecto. Además, el presupuesto del hospital está en montos globales y no está dividido por servicios, lo que limitó realizar relaciones que permitieran obtener el monto de lo gastado en estos procesos.

3.9 Cronograma

FECHA	ACTIVIDAD
02 Mayo - 30 Agosto, 2004	I Fase: Elaboración y aprobación del protocolo
21 Agosto – 30 Setiembre, 2004	II Fase: Diseño y aplicación de técnicas e instrumentos.
01 Octubre – 30 Diciembre, 2004	III Fase: Muestreo y recolección de la información.
Enero – Febrero, 2005.	IV Fase: Tabulación y análisis de la información
Marzo y Abril, 2005.	V Fase: Elaboración del informe final.

CAPÍTULO IV
RESULTADOS

CAPÍTULO IV: Resultados

Esta investigación es pionera en cuanto a las implicaciones en los costos en servicios personales y el funcionamiento del Servicio de Farmacia debidos al reintegro de los medicamentos no retirados por los pacientes, por lo que los resultados encontrados no se comparan con otros trabajos realizados tanto en el ámbito nacional como internacional; sin embargo, los resultados respecto de las causas por las cuales no retiraron los medicamentos como los factores que limitaron el cumplimiento del tratamiento fueron similares a los reportados en la literatura.

4.1. Producción de recetas (cupones) del Servicio de Farmacia

Cuadro N° 5
Cantidad de recetas producidas y reintegradas según mes de estudio,
Servicio de Farmacia del H.E.B.B. de octubre a diciembre 2004

Mes	Producción mensual de la División Ambulatoria	Cantidad recetas reintegradas	Porcentaje de recetas reintegradas
Octubre	60860	6299	10.3
Noviembre	61476	6010	9.7
Diciembre	54606	5660	10.3
Promedio	58980	5989	10.1

Fuente: Informes mensuales del Servicio de Farmacia, 2004.

Como se observa en el cuadro N° 5, el 10% del total de la producción de recetas mensuales no fue retirado por los pacientes en general. Según estudios anteriores del Servicio de Farmacia, del 10%, corresponde 7% a los pacientes DM y HTA.

Cuadro N° 6

Cantidad de recetas por técnico de farmacia y profesional farmacéutico de la División Ambulatoria del Servicio de Farmacia del H.E.B.B, de octubre a diciembre 2004

Mes	Producción mensual de Div.Ambulatoria	Cantidad de recetas por técnico	Cantidad de recetas por farmacéutico	Norma establecida recetas/técnico*	Norma establecida recetas/farmacéutico*
Octubre	60860	4681	60860	2500	10000
Noviembre	61476	4728	61476	2500	10000
Diciembre	54606	4200	54606	2500	10000

Fuente Informes mensuales del Servicio de Farmacia, 2004.

(*)Norma del Ministerio de Salud

Es importante señalar que el parámetro establecido con referencia a los recursos humanos, en las farmacias de la institución, exige un farmacéutico por cada diez mil recetas (cupones) y un técnico por cada dos mil quinientas recetas (cupones).

4.2.- Costos en servicios personales del no retiro de medicamentos por los pacientes hipertensos y diabéticos.

4.2.1.- Costo mensual en servicios personales (salarios) de los funcionarios que laboran en la división de Consulta Ambulatoria del Servicio de Farmacia

Salario de Trece Técnicos de Farmacia:	ϕ 3.490.911,50
Salario de Un farmacéutico(a):	+ <u>ϕ 703.934,10</u>
Subtotal:	ϕ 4.194.845,60
Cargas Sociales (26.83%):	+ <u>ϕ 1.125.477,00</u>
Total:	ϕ 5.320.322,60

4.2.2.- Costo en servicios personales (salarios) por receta (cupón):

Para fines del presente estudio, se efectuaron los siguientes cálculos que permitieron determinar los costos económicos en los servicios personales (salarios), en

la preparación y el reintegro de las recetas no retiradas por los pacientes DM y HTA.

Con los datos del cuadro N° 5 y el costo mensual en servicios personales (salarios), se determinó el costo de cada receta (cupón) reintegrado.

Para ello se calculó el costo aproximado en Servicios Personales (salarios) por receta (cupón) producida, lo cual llegó al siguiente monto:

$$\text{¢ } 5.320.322.60 / 58980 \text{ cupones} = \text{¢ } 90.20.$$

Al obtener costo por cupón y conocer la cantidad de las recetas reintegradas mensuales por pacientes con DM y HTA, se calculó el costo en servicios personales (salarios) aproximado por recetas reintegradas de pacientes DM y HTA:

$$\text{¢ } 90.20 * 4192 \text{ cupones} = \text{¢ } 378.145,50 \text{ por mes.}$$

Debido a que la receta reintegrada debe ser primero preparada para luego incorporarla al inventario, se consideró un doble costo:

$$\text{¢ } 378.145.50 * 2 = \text{¢ } 756.290,90 \text{ por mes.}$$

En síntesis:

Cada cupón (receta) reintegrado costó $\text{¢ } 90,20 * 2 = \text{¢ } 180.40$.

El costo mensual en Servicios Personales (salarios) de los cupones (recetas) reintegradas de los pacientes DM y HTA fue de: $\text{¢ } 756.290,90$.

El costo anual de cupones (recetas) en Servicios Personales (salarios) de los pacientes DM y HTA fue de:

$$\text{¢ } 756.290,90 * 12 \text{ meses} = \text{¢ } 9.075.490,80.$$

4.2.3.- Cálculo de los tiempos necesarios en el proceso de la preparación y el reintegro de la receta:

1. Tiempo para la preparación de copias de pacientes crónicos: 9 horas por día, requiere de 3 técnicos y 1 farmacéutico. Cuando el trabajo diario de la farmacia lo permite, se asigna más personal, a como también se recurre a tiempo extraordinario para llevarla a cabo.
2. Tiempo para reintegro de recetas: 4 horas diarias de lunes a sábado, trabajo que requiere de un técnico. Este tiempo se mide desde que inicia el proceso hasta que termina, para fines útiles de la investigación.
3. Tiempo promedio de la preparación de la receta:
 - 3.1. Tiempo promedio entre el recibo y la revisión de la receta en ventanilla de atención: 2 minutos
 - 3.2. Tiempo promedio entre la revisión inicial y el digitado de la receta: 20 minutos
 - 3.3. Tiempo promedio entre el digitado y el llenado-etiquetado de la receta: 20 minutos
 - 3.4. Tiempo promedio entre el etiquetado y la revisión final de receta: 10 minutos
 - 3.5. Tiempo promedio entre la revisión final y el empaque de la receta: 10 minutos
 - 3.6. Tiempo promedio entre el empaque y el llamado de receta: 10 minutos
 - 3.7. Tiempo promedio entre el llamado y la entrega de la receta: 10 minutos

En la observación del proceso de preparación y reintegro de las recetas se pudo constatar que los procedimientos se realizaban conforme el Manual de Procedimientos y Normas de la Farmacia. Además, existieron roles de trabajo mensuales con la distribución del personal, en los cuales se observó, como se indicó anteriormente, que estuvo asignado un técnico de Farmacia para el reintegro de recetas, con cuatro horas diarias, tres técnicos y un farmacéutico para la preparación de recetas de los pacientes crónicos.

Sin embargo, esta organización del trabajo limitaba la realización de otras labores que involucraban atención directa a los clientes del servicio como lo fue el caso de las ventanas de recepción y entrega de recetas, lo cual provocó que las filas

de espera aumentarían considerablemente y los tiempos de espera se prolongarían. Esto, por consiguiente, ocasionó un impacto negativo en la satisfacción del usuario.

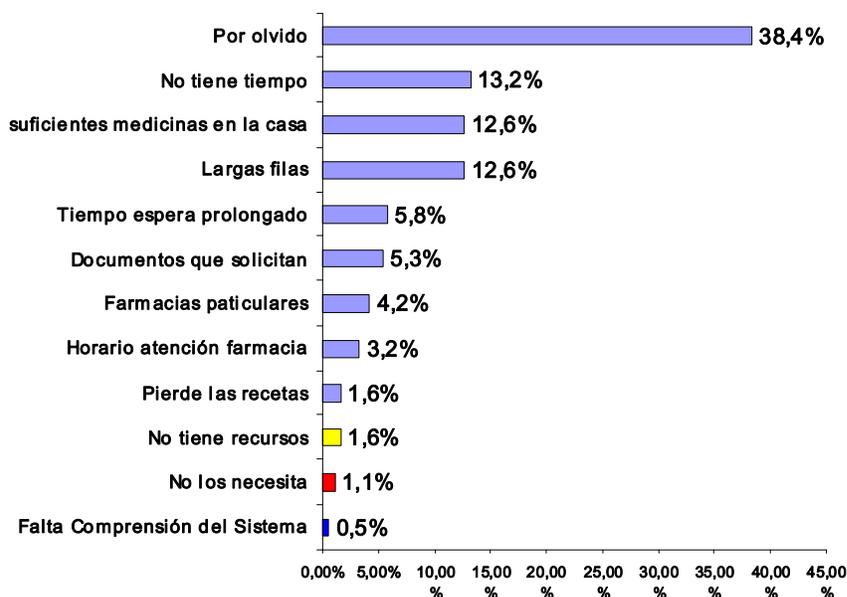
4.3.- Causas del no retiro de los medicamentos por los pacientes HTA y DM:

La mayoría de los pacientes entrevistados no aceptaron el hecho de que no retiraban sus medicamentos (57.6%). Sin embargo, los pacientes que sí afirmaron no retirar los, tuvieron como causa de este hecho las siguientes:

1. Por olvido (38.4%)
2. No tiene tiempo para retirar los (13.2%)
3. Tiene suficientes medicamentos en la casa (12.6%)
4. Las filas tan largas en las ventanillas de atención de la farmacia para el retiro de los medicamentos (12.6%)

Gráfico N° 1

Distribución porcentual de la población entrevistada según la razón por la cual no retira su tratamiento farmacológico, Servicio de Farmacia, Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño, de octubre a diciembre del 2004.



Fuente: Construcción de la base de datos del presente estudio.

4.4.- Principales factores que limitan el cumplimiento del tratamiento en pacientes hipertensos y diabéticos.

Para identificar los factores que limitaban el cumplimiento del tratamiento en los pacientes hipertensos y diabéticos, se tomó en cuenta la clasificación de Basterra, M. (18).

De los 200 pacientes considerados en este estudio, se observó que 46% presentó Hipertensión Arterial, 31% era diabético y 23% presentaba ambas enfermedades.

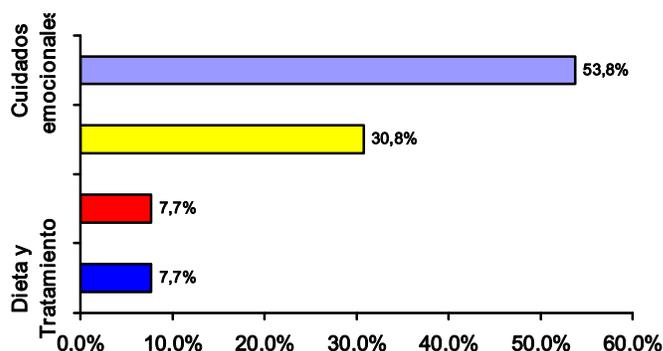
Respecto de las características del paciente, entre las personas que no retiraron medicamentos, 73.4% correspondió a mujeres y 26.6% a hombres, con edad promedio de 57 años. En cuanto al nivel de instrucción, se observó que la mayoría de los entrevistados cursó la primaria, lo que corresponde a 73.4%, que les permite al menos leer y escribir. Un 82.5% de la población del estudio pertenecía a un nivel so-

cioeconómico bajo con un promedio de ingreso económico de ¢88.300.⁰⁰ mensual.

El motivo principal de la consulta en el hospital Baltodano fue por Hipertensión Arterial con 43,5% del total de la población entrevistada, y 32,5% por Diabetes Mellitus. Como se observa, ambas enfermedades conciernen a las “patologías silentes”, crónicas, con poca sintomatología y de alto índice de incumplimiento, factor clasificado en las características de la enfermedad.

Entre los pacientes atendidos por Hipertensión Arteria, un 68.3% indicó no haber recibido explicación sobre esta enfermedad, mientras que 31.7% aseguró haber recibido alguna explicación.

Gráfico N° 2
Distribución porcentual de la población entrevistada según temas explicados sobre Hipertensión Arterial, Servicio de Farmacia, Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño, de octubre a diciembre del 2004.



Fuente: Base de datos del presente estudio.

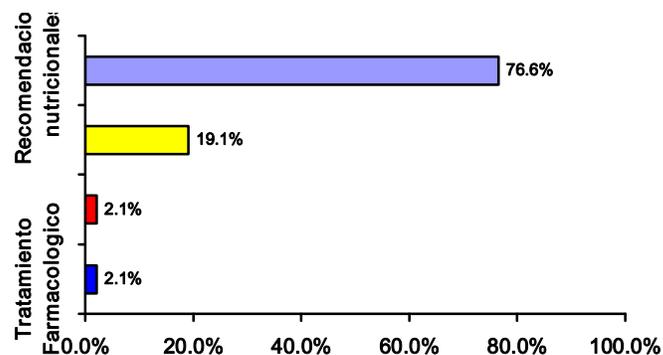
Los pacientes hipertensos entrevistados afirmaron haber recibido explicación sobre los “cuidados emocionales” (53.8%), recomendaciones nutricionales (30.8%) y recomendaciones en cuanto al ejercicio (7.7%). Es importante resaltar que son muy pocos los que han recibido educación sobre temas relacionados con tratamiento farmacológico (7.7%). En cuanto al nivel de comprensión, los pacientes aseveraron haber comprendido “todo” o “casi todo”.

Los datos indicaron que la mitad de las personas recibieron alguna explica-

ción sobre HTA cada 36 semanas o menos, mientras que la cuarta parte de los hipertensos recibió esta información cada veinticuatro semanas o menos, y que un 10% adquirió esta información en periodos que oscilaban entre 696 semanas o más. El periodo más frecuente en que recibieron alguna información los pacientes sobre HTA fue cada 24 semanas.

Por otra parte, de los pacientes que padecían Diabetes Mellitus, un 66.3% respondió no haber recibido educación o explicación sobre su enfermedad, mientras que 33.7% afirmó no haber recibido explicación hasta ese momento.

Gráfico N° 3
Distribución porcentual de la población entrevistada según los temas explicados de Diabetes Mellitus, Servicio de Farmacia, Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño, de octubre a diciembre del 2004.



Fuente: Construcción de la base de datos del presente estudio

El 76.6% de los pacientes entrevistados afirmaron haber recibido alguna explicación sobre Diabetes Mellitus, por parte de un funcionario referente a recomendaciones nutricionales. Asimismo, una parte de los pacientes respondieron haber recibido información sobre la dieta que deben seguir y los cuidados de las uñas y las heridas (19.1%). En cuanto al tratamiento farmacológico y el ejercicio se observa que son pocos los pacientes que han recibido educación al respecto (2.1%). Los pacientes entrevistados manifiestan que el nivel de comprensión de la educación y/o explicación recibida fue "todo" y/o "casi todo".

Los pacientes indicaron que recibieron explicaciones sobre la enfermedad cada 260 semanas o menos; la cuarta parte recibió información, aproximadamente, cada 104 semanas o menos. En ambos casos, el tiempo en que los pacientes adquirieron estas explicaciones tuvo una alta variabilidad, lo que indica poca consistencia en la información recibida, por lo menos en lo que respecta del tiempo en que se recibieron dichas informaciones.

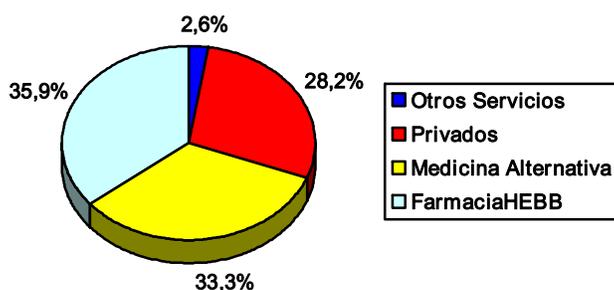
En relación con los hallazgos encontrados, se observa un escaso grado de conocimiento de la enfermedad y la terapia. Además, la educación y las instrucciones respecto del tratamiento han sido casi nulas y la participación del farmacéutico no se evidenció. Estos factores limitantes se pueden clasificar dentro de las características del paciente y del profesional sanitario, según Basterra, M (18).

De los 200 pacientes encuestados, sólo 117 respondieron la pregunta relacionada con la visita a otros centros, con el siguiente resultado:

La mayoría de los pacientes no visitaron otro servicio de salud diferente del de C.C.S.S. para controlar su enfermedad (50.5%) y sólo 8% de los pacientes sí visitaron un servicio privado. Los pacientes que acudieron a un servicio privado, afirmaron que lo hicieron por control de la Hipertensión Arterial (47.6%), seguido de un 4.8 % de los pacientes que acudió para control de la Diabetes Mellitus y un 9.5% de los pacientes llegó para controlar ambas enfermedades.

En cuanto a la medicina alternativa (medicina natural, acupuntura, entre otros), 15.0% de los pacientes aseguró visitar algún centro, mientras que los restantes manifestaron que no (43.5%) o no respondieron (41.5%). El motivo principal por el cual los pacientes utilizaron la medicina alternativa fue para controlar la Hipertensión Arterial (81.3%). Los pacientes que acudieron a controlar ambas enfermedades correspondieron a 6.3% y de último, están los pacientes que asistieron por Diabetes Mellitus (3.1%). Solo dos pacientes afirmaron haber visitado otro servicio diferente de los servicios privados y de la medicina alternativa. El motivo de los dos pacientes que afirmaron haber acudido a otro servicio fue el control de la Diabetes Mellitus.

Gráfico N° 4
Distribución porcentual de la población entrevistada sobre los lugares que visita para la consulta médica de octubre a diciembre del 2004.

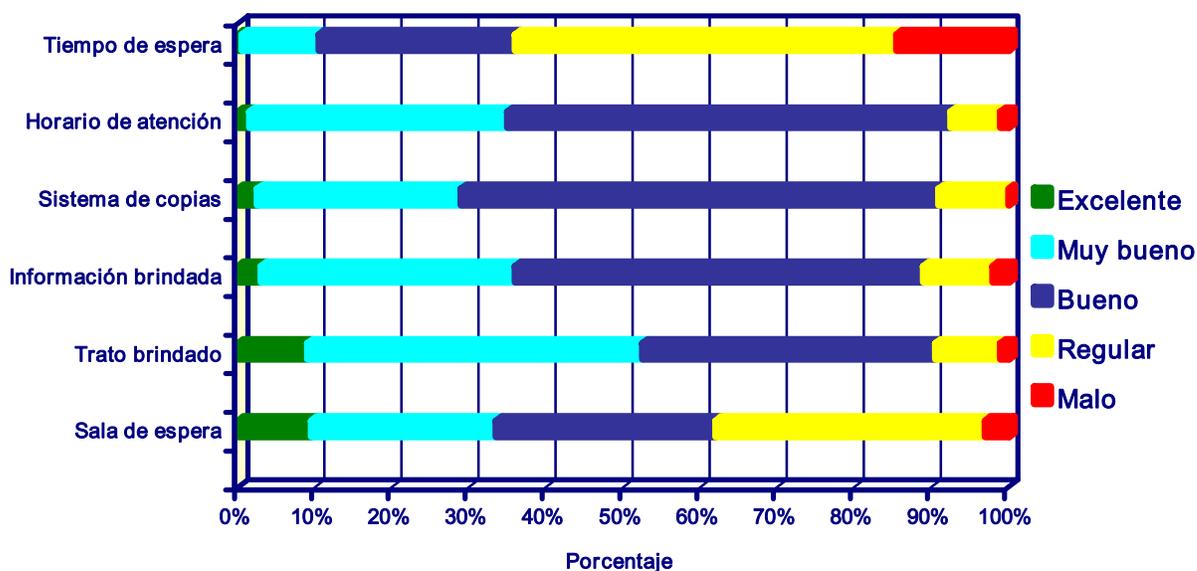


Fuente: Construcción de la base de datos del presente estudio.

En el gráfico anterior se muestra la preferencia de los pacientes en cuanto a diferentes lugares a los que asiste para la consulta, por ejemplo, los pacientes señalaron en primer lugar a los servicios brindados en el Hospital y Área de Salud de Liberia (35.9%), seguido por la medicina alternativa (33.3%), luego los servicios privados (28.2%) por último otros servicios (2.6%).

Los datos anteriores se pueden convertir según Basterra, en características del paciente, debido a su escepticismo ante la eficacia del tratamiento; en características del régimen terapéutico, por la búsqueda de otras alternativas para controlar su enfermedad debido a la politerapia, tratamientos crónicos, pautas posologías complejas e incómodas, incomprensión del régimen, etc. Además, se pueden clasificar como parte de las características de la estructura sanitaria, en donde la burocracia asistencial y la dificultad de acceso ocasionan que los pacientes asistan a otros centros de salud diferentes de C.C.S.S.

Gráfico N° 5
Evaluación del Servicio de Farmacia del Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño, según la opinión de la población de estudio. Liberia, 2004.(Barra 100%)



Fuente: Construcción de la base de datos del presente estudio.

Los pacientes entrevistados, en su mayoría, calificaron el trato brindado en las ventanillas de atención al cliente de la farmacia como muy bueno (45.5%). Indicaron como causas de la calificación la buena atención (55%) y la amabilidad del personal de Farmacia (25%), a pesar de que unos pacientes señalaron trato desigual (4%) y personal poco cordial (6%).

Aparte, en cuanto al horario de atención del Servicio de Farmacia, los pacientes consideraron que era bueno (57.1%), muy bueno (33.8%), regular (6.6%), excelente (1.5%) y malo (1.0%). Los pacientes estimaron que el horario de atención en el Servicio de Farmacia para el retiro de sus medicamentos era adecuado (81.9%);

sin embargo, otros opinaron que el horario no era lo suficientemente amplio y que además coincidía con el horario de sus trabajos (11.9%), ante lo cual no les daba tiempo para retirar sus medicamentos. Asimismo, otros pacientes consideraron que los horarios eran muy cortos (6.2%).

En cuanto al tiempo de espera para la entrega de medicamentos en la farmacia, se puede observar que fue el parámetro más preocupante de todos, porque los consultados lo consideraron regular (un 49.0% de los entrevistados); además, un porcentaje no despreciable (14.5%) lo calificó como malo. Lo anterior lo atribuyeron los pacientes al tiempo prolongado (78.6%), es decir, que se tardan mucho para entregar los medicamentos.

Por otra parte, en el gráfico N°5 se muestra cómo los pacientes consideraron la información brindada por el personal del Servicio de Farmacia como buena (53.3%), muy buena (33.0%), regular (9.0%), excelente (3.0%) y mala (2.0%). En cuanto a la información impresa en las etiquetas adheridas a los medicamentos, la mayoría de los pacientes aseveró que la información era comprensible (38.7%), era clara y precisa (35.5%) y suficiente (9.5%). Fueron pocos los pacientes que indicaron atributos de la información como faltante (7.2%), con errores (3.6%), equivocada (2.6%) y muy compleja (1.5%).

El sistema de preparación y la entrega de recetas - copias de tratamientos crónicos consiste en: el paciente entrega todas las recetas extendidas por el médico en la ventanilla de recepción de recetas en el Servicio de Farmacia. El funcionario de la farmacia le entrega una boleta con las fechas de retiro por mes junto con la contraseña. Las recetas se quedan en Farmacia, las cuales se preparan con anticipación, de manera que cuando el paciente se presente a la farmacia, sus medicamentos están acomodados en el estante respectivo.

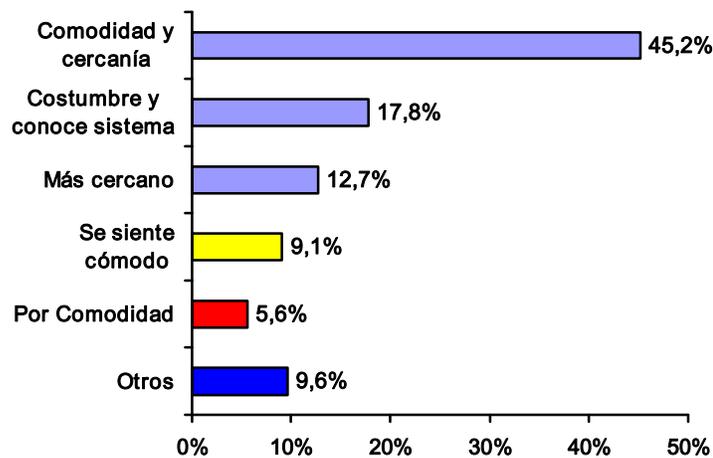
En relación con el sistema descrito anteriormente, los pacientes opinaron en su mayoría que el sistema era bueno (60.8%), muy bueno (26.6%), regular (9.0%) y excelente (2.5%). Los pacientes aseguraron no tener problemas con el sistema

(27.8%); otros mencionaron que la dificultad del sistema estaba en la pérdida de los documentos requeridos para retirar los medicamentos (16.7%); algunos, aseveraron que era bueno y práctico (12.1%); otro porcentaje, opinó que era más fácil (8.1%), un porcentaje menor dijo: que se tenía mejor control de los medicamentos (7.6%) y pocos consideraron que el sistema de copias tradicional (el paciente presenta la receta el día que le corresponde según fecha indicada por detrás de la receta) era mejor que el actual (4.0%).

Sobre la comodidad de la sala de espera, los pacientes opinaron que era regular (38.5%), buena (28.5%) y muy buena (24.0%). Lo anterior evidencia la inconformidad de los pacientes por la sala de espera del nuevo edificio donde se encuentra ubicado el Servicio de Farmacia, puesto que es más pequeña y cuenta con menos espacios para las filas en las ventanillas de atención y menos asientos que la anterior. La queja fundamental de los pacientes fue referente a la ausencia de asientos en la sala de espera (40.2%); otros, opinaron que era amplia (18.1%). Sin embargo, algunos señalaron que había pocos asientos y que el espacio era reducido (11.6%). Esto significa que ambas opciones se pueden unir, lo que en conjunto da un total de 51.6%. Otros pacientes entrevistados consideraron que la sala de espera era pequeña (5.0%), e incluso que había hacinamiento (1.5%). Después de preguntar a los pacientes si les gustaría retirar los medicamentos en otra farmacia, 68.3% respondió que sí lo haría, mientras que una minoría afirmó que no (31.7%). Expusieron como las principales causas de su decisión al cambio: más comodidad y cercanía (44.5%), por costumbre y conocimiento del sistema de la farmacia de C.C.S.S (17.5%) y por estar más cercano (12.5%).

Gráfico N°6

Causas por las cuales los pacientes hipertensos y diabéticos desearían retirar los medicamentos en otro lugar.



Fuente: Construcción de la base de datos del presente estudio.

Un 35.0% de los pacientes coincidió en que les gustaría retirar sus medicamentos en una farmacia privada de preferencia, o bien, en una farmacia privada autorizada por la C.C.S.S. (30.5%), principalmente por la comodidad y la cercanía.

Respecto de la opinión del Servicio de Farmacia, los resultados pueden clasificarse, según Basterra, como características de la estructura sanitaria y como características del profesional farmacéutico, debido a que los consultados señalaron que el Servicio de Farmacia tenía una sala de espera muy incómoda y los tiempos de espera eran muy largos. Además, afirmaron que no existe la participación del farmacéutico en la educación del paciente crónico.

CAPÍTULO V

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

CAPÍTULO V: Análisis y discusión de los resultados

Las repercusiones económicas de la preparación y el reintegro de las recetas en la cuenta presupuestaria de servicios personales son significativas, ya que, el costo de las recetas reintegradas equivale a un 14% de la planilla mensual del personal del Servicio de Farmacia. De acuerdo con los datos obtenidos, dicho proceso representa un costo de ¢9.075.490 al año para cubrir el pago de salarios, lo cual puede ser invertido de manera eficiente en el pago del salario para tres técnicos, o bien, para un profesional en Farmacia que podría aliviar el faltante de personal tanto técnico como profesional existente en el servicio.

El impacto que tiene la preparación y el reintegro de los medicamentos en la Farmacia se refleja en otros procesos de trabajo, lo cual es manifestado por los usuarios del Servicio en el cuestionario aplicado como, por ejemplo, tiempos de espera prolongados y largas filas, lo que hacen que el paciente permanezca más tiempo en la sala de espera, la cual les resulta incómoda y con pocos asientos. Asimismo, mantener personal en esos procesos le resta disponibilidad de recurso humano y equipo para realizar otras labores como la atención directa al paciente en el recibo de recetas y entrega de medicamentos y su preparación. En el caso del farmacéutico(a), ese tiempo puede ser dedicado al desarrollo de programas de educación, al seguimiento del tratamiento de los pacientes con HTA y DM, la participación en equipos interdisciplinarios como también tareas administrativas que permitan dar seguimiento a los objetivos del servicio.

Los factores limitantes para el cumplimiento terapéutico encontrados en el estudio en cuanto sexo, edad, nivel socioeconómico, nivel educativo, situación laboral entre otros, son semejantes a los reportados en otros estudios internacionales realizados por Libertad Martín Alonso (2003), por la Liga Española contra la Hipertensión Arterial (2005) y por Basterra Gararro (1999). Son coincidentes los resultados en cuanto que el sexo femenino presenta mayor porcentaje de no retiro de medicamentos que el sexo masculino, pero se aclara que estos resultados pueden estar dados porque, como es conocido, las mujeres suelen acudir en mayor número y con mayor

frecuencia a la consulta médica. Se observa, según los datos obtenidos en el presente estudio, que el nivel educacional y económico bajo son características del paciente que se asocian al incumplimiento.

En los estudios anteriores, se menciona que los niños y ancianos presentan más problemas de incumplimiento. En los primeros se relacionan con el mal sabor y la dificultad de deglución de los medicamentos, y en los ancianos, con la presencia de trastornos mentales, de memoria, motores o visuales. En la muestra del presente estudio, no fueron incluidos niños y la edad promedio de los pacientes que no retiraron medicamentos correspondió a 57 años.

Es importante resaltar que, en los estudios revisados, se menciona la poca influencia de los factores sociodemográficos, dándose un mayor peso a factores más complejos, como la propia personalidad del paciente, su actitud ante la enfermedad y su motivación para recuperar la salud, la percepción de la gravedad de la enfermedad, el conocimiento de ella y su terapia, la confianza en la eficacia del tratamiento y su aceptación (18).

En las Guías Institucionales para la Atención Integral en Enfermedades Crónicas no Transmisibles C.C.S.S., se menciona que el paciente diabético e hipertenso debe asistir a consulta médica por lo menos cuatro o tres veces al año (20), lo cual se cumple, ya que en el estudio se observa, según datos brindados por los pacientes, que asistían a consulta médica de tres a cuatro veces al año.

Referente a la educación recibida por los pacientes estudiados, se destaca que en los pacientes hipertensos, que representaban el mayor porcentaje de los pacientes que no retiraron sus medicamentos, un 68% no había recibido educación y de los que contestaron afirmativamente, solo se recuerdan de los cuidados nutricionales y emocionales. En el caso del total de los pacientes diabéticos, un 66% recordó haber recibido educación sobre los cuidados nutricionales. En los estudios mencionados anteriormente, un factor contribuyente al incumplimiento terapéutico,

es el escaso grado de conocimiento de la enfermedad y de la terapia, como también el desconocimiento de las consecuencias de la enfermedad siendo relevante en la investigación que los conocimientos sobre el tratamiento farmacológico, prácticamente en ambas enfermedades, no se mencionaron (18).

Los factores relacionados con el régimen terapéutico tienen una influencia determinante en el grado de cumplimiento de los tratamientos. Algunos casos señalados de incumplimiento por Basterra Gabarro (18), son la politerapia, la incompreensión de la terapia, la aparición de los efectos secundarios, con lo cual es definitivamente esencial la participación activa del profesional farmacéutico en el proceso educativo del paciente diabético e hipertenso para la consecución de varios fines: adecuar la terapia a su vida cotidiana, disminuir al mínimo los efectos secundarios, diseñar estrategias para evitar el olvido de la administración de los fármacos y el retiro de medicamentos de la farmacia, así como mejorar la adherencia al tratamiento. Algunos autores señalan que hasta el 60 – 64% de los tratamientos son mal interpretados por los pacientes (18).

Además, en las Guías Institucionales para la Atención Integral en Enfermedades Crónicas no Transmisibles de C.C.S.S., se menciona la educación como esencial para un buen autocontrol. Estos folletos ofrecen un programa de educación a cada paciente, en forma individual o en grupo, acompañado por su familia. También el equipo de salud debe vigilar por una educación que permita la adherencia al tratamiento, a través de la evaluación del seguimiento en sesiones conjuntas de análisis (20). En otros estudios revisados, se resalta la importancia de la educación para lograr la adherencia al tratamiento del paciente crónico. Es así como Glasgow, RE, Osteen, VL(21) Roter y Debra (22), y Clement, S (23) aseguran que las intervenciones donde se combinan componentes cognoscitivos, del comportamiento y afectivos logran cambios positivos en la actitud hacia la enfermedad; logran además la motivación para recuperar la salud, y la educación en el autocuidado de diabetes se asocia con menores hospitalizaciones provocadas por dicha enfermedad y sus complicaciones, reduciendo los costos sanitarios. (21,22, 23)

Es importante resaltar que un 58% de los pacientes entrevistados no aceptaron el hecho de no retirar sus medicamentos en la farmacia; esto podría estar indicando su actitud despreocupante en cuanto a su salud en general y al temor de ser identificado por la institución y que se tomen posibles represalias. Las causas más frecuentes por las cuales no retiran los medicamentos son el olvido, la falta de tiempo para ir a retirarlos a la farmacia, el tener suficiente en la casa y las largas filas para ser atendido en las ventanas. Estos resultados resultan coincidentes con los resultados de otros estudios a nivel nacional realizados por Herrera, F. (6), Víquez, G (4), Arroyo, L. F. (5) y otros.

Por otra parte, existen estudios con estrategias para que no se olvide retirar los medicamentos por parte de los pacientes, ya sea por medio de un recordatorio escrito que se le entregue al paciente (Arroyo, L. F 2001) o bien, por medio de llamadas telefónicas-(consideradas por la Liga Española contra la Hipertensión Arterial (2005),- las cuales son efectivas y relativamente baratas, si se toma en cuenta que el abandono de sus cuidados médicos probablemente resulta más costoso.

Otra razón por la cual los pacientes no retiraron los medicamentos fue por la falta de tiempo para retirarlos. La mayoría de ellos manifestaron que los días estipulados para el retiro de su tratamiento (tres días) no son suficientes. Además, indicaron que el horario de atención del Servicio de la Farmacia coincidía con el horario de trabajo de muchos, lo que le dificulta más el retiro de sus medicamentos. Estos resultados coinciden con los encontrados en los estudios de opiniones de los Servicios de Salud de C.C.S.S en la Revista de Ciencias Administrativas y Financieras de la Seguridad Social (27), en donde se señalan los tiempos de espera y la rapidez de atención como lo peor de los Servicios de Farmacia.

El tener suficientes medicamentos en la casa, podría deberse a muchos factores, algunos ya citados en los estudios anteriores: a) por asistencia a diferentes consultas médicas; b) a una subdosificación por parte del paciente; c) por tratarse de enfermedades “silentes” o poca sintomática; d) aparición de efectos secundarios; e) incompreensión del régimen terapéutico, etc. (18).

Asimismo, las largas filas para ser atendido es un denominador común en los estudios de satisfacción de los clientes de la Contraloría de Servicios del H.E.B.B. Estas largas filas que mencionaron los entrevistados se une a otro aspecto señalado por el Servicio de Farmacia y que se refiere a que cuenta con una sala de espera incómoda y con pocos asientos, aumentando la insatisfacción del cliente. Por otra parte, Basterra, en su artículo titulado “El cumplimiento terapéutico” (18), menciona como factores de la estructura sanitaria que favorecen el incumplimiento terapéutico: a) la dificultad de acceso a los centros sanitarios; b) la burocracia y c) el costo de la asistencia.

Otro aspecto apuntado por los encuestados fue la preferencia de retirar sus medicamentos en una farmacia privada autorizada por C.C.S.S que esté más cerca de su domicilio o trabajo y fuera más cómoda, ya que buscaban un servicio más expedito. A pesar de que la mayoría de los entrevistados indicó no utilizar la Medicina Alternativa ni la Medicina Privada para sus padecimientos, los que mencionaron que si acuden a la Medicina Alternativa concuerdan con el estudio de Roney y Ballesteros (25), pues la consideran efectiva y con menos efectos secundarios que la Medicina Alopática. Sin embargo, la confianza y la fe en nuestro sistema de salud se hacen evidentes al situarlo en primer lugar en comparación con la Medicina Privada y Alternativa.

CAPÍTULO VI
CONCLUSIONES

CAPÍTULO VI: Conclusiones

1- Los medicamentos preparados que no son retirados por los usuarios generan costos para el sistema sanitario. El costo económico por el pago de planilla de los funcionarios del Servicio de Farmacia asignados a la preparación y al reintegro de las recetas no retiradas por los pacientes, fue de ¢9.075.490 por año, sin determinar los costos en otros rubros como el costo de almacenaje de medicamentos, servicios básicos, máquinas, utensilios y materiales en general necesarios para el desarrollo de las tareas involucradas en la preparación y el reintegro de recetas.

2- Las consecuencias en la organización y el funcionamiento del Servicio de Farmacia, demanda un esfuerzo especial de los funcionarios para lograr el despacho de las recetas.

3- Del análisis de los resultados del presente estudio, se demuestra que las causas señaladas por los pacientes que no retiran sus medicamentos son principalmente las siguientes: a) desconocimientos generales sobre su tratamiento farmacológico; b) el uso de tratamientos no alopáticos paralelamente al tratamiento alopático, como la medicina natural y homeopatía; c) las características propias del paciente, d) las características de la estructura sanitaria, en este caso, la dificultad de acceso al Servicio de Farmacia.

Con base en lo anterior, las causas más relevantes que inciden en el no retiro del tratamiento por parte de los pacientes son: a) las particularidades propias del paciente (el olvido 39.4%), b) las causas para no usar el medicamento y las alternativas terapéuticas (tener suficiente medicamentos en la casa 16.9%) y c) por insatisfacción del Servicio de Farmacia (largas filas en las ventanillas de atención al cliente (15.5%), sala de espera poco espaciosa y con pocos asientos, tiempos de entrega de los medicamentos muy prolongados).

4- Se descarta que la causa principal del no retiro de medicamentos es la poli-consulta.

5- Se evidencia que, en su mayoría, los pacientes no tuvieron la suficiente información en relación con su enfermedad y la importancia de seguir el tratamiento; por ejemplo, según los resultados obtenidos en este estudio, existe un 46% del total de casos de HTA que no retiraron los medicamentos, quizá por el hecho de “sentirse bien”.

6- Se encontró que por cada dos pacientes DM que no retiran medicamentos, existen tres pacientes con HTA que omiten el retiro de su tratamiento.

7- De los pacientes que afirmaron no retirar los medicamentos, tres de cada diez pacientes aseguró que el motivo es el olvido.

8- En cuanto al trato recibido en el Servicio de Farmacia, se concluye que no fue un factor detonante para que el asegurado no retirara sus medicamentos. Nueve de cada diez catalogó el servicio entre bueno, muy bueno y excelente. Otro aspecto a favor de la Farmacia fue el horario establecido para la recepción de recetas y la entrega de los medicamentos. Poco menos del 95% de las opiniones fueron muy favorables al servicio.

9- El tiempo de espera para el retiro de los medicamentos, fue un factor crítico para 6 de cada 10 entrevistados. Lo anterior se refleja en los deseos que manifestaron, pues casi el 70% desearía retirar sus medicamentos en otros lugares (farmacias comunales).

10- Tres de cada cuatro recetas no retiradas procedían del EBAIS, lugar en donde es primordial que el profesional farmacéutico participe en los programas de educación sobre la importancia del cumplimiento terapéutico.

11- El resultado de la investigación reafirma el preocupante fenómeno que significa el incumplimiento terapéutico, el cual constituye un problema de salud pública de actualidad, tanto por su extensión como por sus consecuencias clínicas y socioeconómicas, en donde el papel del farmacéutico como gerente y profesional es primordial.

12- Esta investigación crea la necesidad de intervenir, de forma asertiva y expedita, en los aspectos relacionados con el uso racional de los medicamentos para los usuarios y las usuarias con Diabetes e Hipertensión Arterial, haciendo hincapié en la comprensión de la enfermedad y la importancia de cumplir con el tratamiento. Lo anterior debe unirse al apoyo y el compromiso de los mismos pacientes, sus familiares, el farmacéutico, el médico, los servicios de salud y el Estado.

13- La educación en temas relacionados con los medicamentos prácticamente no existe; sólo 7 de cada 100 de los encuestados con HTA y dos de cada 100 pacientes con DM refirieron haber recibido explicación por parte de los funcionarios de HEBB.

14- Se evidencia que existen factores que limitan el cumplimiento del tratamiento.

15- Los objetivos y los hallazgos de esta investigación no se pueden comparar con otros trabajos realizados tanto en el ámbito nacional como internacional, ya que no existen estudios semejantes en cuanto a costos en servicios personales de los funcionarios involucrados en el proceso de preparación y reintegro de las recetas.

16- Los resultados obtenidos en la presente investigación pueden coadyuvar en la toma de decisiones asertivas por parte de las autoridades correspondientes; además, pueden incentivar a futuros estudios sobre este tema.

17- Se comprueba la hipótesis planteada en esta investigación, pues realmente las cifras son relevantes y las implicaciones en la organización y del funcionamiento resultan impactantes.

CAPÍTULO VII
RECOMENDACIONES

CAPÍTULO VII: Recomendaciones

El no retiro de los medicamentos por los pacientes es un problema de salud pública, que requiere de una clara política nacional en el campo de la promoción del uso racional de los medicamentos por parte de los profesionales farmacéuticos, dentro de la institución de C.C.S.S.

Los servicios de salud deben desarrollar estrategias como las siguientes:

1. A nivel del Área de Salud de Liberia, por parte del médico encargado de cada EBAIS, en coordinación con Servicio de Enfermería y Farmacia, se recomienda:

- 1.1- Realizar campañas de promoción de la salud y uso racional de los medicamentos dirigidas a los pacientes hipertensos y diabéticos, con la participación del personal médico, de enfermería y farmacia.

- 1.2- Ofrecer servicios de salud con calidad y disponer del tiempo suficiente para la atención médica, con tal de lograr una mayor comunicación y empatía con el paciente; esto motiva; a cumplir con las indicaciones médicas e insta al paciente a cambiar su actitud hacia su enfermedad.

- 1.3-Incentivar el trabajo en equipo interdisciplinario y el cumplimiento de las normas institucionales de educación de las enfermedades crónicas no transmisibles, involucrando al farmacéutico en la educación del paciente para mejorar la adherencia al tratamiento.

2- Se recomienda a la Directora de la Farmacia realizar en el servicio, con el apoyo de los profesionales a su cargo, las siguientes acciones:

2.1- Debido a la complejidad del problema del no retiro de los medicamentos, se requiere, entre otras intervenciones o acciones, de una educación continua dirigida a los pacientes hipertensos y diabéticos, en los diferentes escenarios o secto-

res de intervención: hogares, centro de estudio, lugar de trabajo, áreas de recreación, centro de salud y en la comunidad en general.

2.2- Dentro de los temas educativos que se deben incluir están: generalidades de la Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus, importancia del cumplimiento del tratamiento, generalidades de los medicamentos usados en el tratamiento farmacológico, el auto cuidado y trámites administrativos (horario de atención, proceso de dispensación de la receta, requisitos para el despacho de la receta, tiempo disponible para retirar los medicamentos, entre otros).

2.3- Estimular y proporcionar las condiciones necesarias para la Atención Farmacéutica, con el fin de dar seguimiento farmacoterapéutico al paciente hipertenso o diabético, que se detecte, o que sea referido por un profesional médico o de enfermería con problemas de incumplimiento de la terapia farmacológica

2.4- Detectar a los pacientes que, por olvido, no retiran sus tratamientos, de manera que se desarrolle estrategias para evitarlo por medio de un recordatorio por parte del Servicio de Farmacia, por llamada telefónica o por medio de mensajes escritos que se depositen en el paquete de los medicamentos.

2.5- Para disminuir los costos implicados en la preparación y del reintegro de recetas, se recomienda instaurar el sistema normado por la institución para el despacho de copias de pacientes crónicos, en donde se prepara la receta el día que el paciente la presenta a la farmacia. (1)

2.6- Dar a conocer los resultados del estudio a las autoridades superiores del hospital para gestionar las soluciones a los problemas señalados por los pacientes entrevistados respecto de la atención en las ventanillas del servicio. Además, es importante que las autoridades correspondientes adquieran sillas para la sala de espera, así como asignación de recurso humano, tanto profesional como técnico, para brindar una mejor atención a los usuarios.

2.7- Se recomienda a la Directora del Servicio de Farmacia realizar una auditoria ambiental (Matriz de Evaluación de Factor Externo, MEFE), y una auditoria interna (Matriz de Evaluación del Factor Interno, MEFI). Por medio de la MEFE, se estudiaría el ambiente externo para valorar la tendencia de las condiciones también externas con el fin de lograr un desarrollo organizacional, conocer sus amenazas y oportunidades. La MEFI consistiría en hacer un análisis de la organización, con el propósito final de determinar sus capacidades internas mediante la identificación de las fortalezas y debilidades que posee.

2.8- Mejorar la imagen que tienen los usuarios del Servicio de Farmacia por medio de proyecciones a la comunidad, como por ejemplo, impartir charlas sobre uso adecuado de los medicamentos y otros temas de interés a través de los diferentes medios de comunicación como la radio y la televisión. Se debe mejorar, por ende, la participación activa de los profesionales en Farmacia en las Ferias de la Salud que se realizan, de acuerdo con lo programado, en las distintas escuelas de Liberia.

Las disposiciones anteriormente expuestas se proponen con el fin de disminuir el problema detectado a través de esfuerzos y mejoras en los procesos y sistemas de trabajo.

BIBLIOGRAFÍA CITADA

- 1- *Manual de Funcionamiento de las Farmacias*. Sección de Farmacia de C.C.S.S. 1990
- 2- Herrera, S. *Memorias del Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño*, 2004
- 3- Allen, M. *Causas del no retiro de medicamentos*. Farmacia Clínica San Rafael de Puntarenas. Puntarenas, Costa Rica, 1980.
- 4- Víquez, G. *Evaluación de las estrategias gerenciales implementadas en la Farmacia de la Consulta Externa del Hospital Dr. Max Peralta Jiménez, para disminuir el abandono de tratamiento por parte de los pacientes crónicos ambulatorios en el período comprendido desde 01 de febrero al 30 de mayo del 2003*. Universidad de Iberoamérica, San José, Costa Rica, 2003.
- 5- Arroyo, L. *Causas del no retiro de medicamentos del servicio de farmacia del la Clínica Dr. Carlos Durán Cartín*. Universidad Internacional de las Américas. San José, Costa Rica, diciembre, 2001.
- 6- Herrera, F. *Causas del no retiro de medicamentos*. Farmacia Hospital San Juan de Dios, 2003
- 7- *Informe de la Oficina de Presupuesto del H.E.B.B. Año 2004*.
- 8- Chacón, T. *Informe Anual Compromiso de Gestión*. Servicio de Farmacia del H.E.B.B. Año 2002

- 9- Chacón, T. *Informe Anual Compromiso de Gestión*. Servicio de Farmacia del H.E.B.B. Año 2003.
- 10- Entrevista con la Directora de la Farmacia H.E.B.B. Dra. Teresita Chacón R. Entrevistada por Raquel Arroyo y Jessie Núñez .Liberia, 10 de julio de 2004.
- 11- Corea, R y otros. *Proyecto de Mejoramiento Continuo de la Calidad: "Tiempo prolongado para el despacho de medicamentos"*. Servicio de Farmacia de H.E.B.B. Año1998.
- 12- Arroyo, R y otros. *Proyecto de Mejoramiento Continuo de la Calidad: "Porcentaje de no retiro de medicamentos de recetas copias de en la farmacia del Dr. E. B. B.*
- 13- Gutiérrez Ma. de los Ángeles y otros, comp. *Antología del curso: Gerencia de los servicios de salud*. UNED. 2003-2004.
- 14- Aschner, P y Arcos, E. *Guías ALAD 2000 para el diagnóstico y manejo de la Diabetes Mellitus tipo 2 con medicina basada en la evidencia*. Suplemento 1, edición extraordinaria. Pág. 1-47.
- 15- Aram, C y George, B. *The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure*. JAMA, May 21-2003-Vol289. No 19 USA.
- 16- Blanco, A y Mata, M..*Persistente y silencioso adversario*. Editorial UCR, Pág. 11-32. 2002
- 17- Consolini, A, "Mejorar el cumplimiento terapéutico: es mejor una dosis diaria?" (<http://www.euskadi.net/sanidad/cevime/datos/Infac>),Abril,2000.

- 18- Basterra, M, "El cumplimiento Terapéutico". *Pharmaceutical Care* España, 1999; :97-106.
- 19- Iñesta, A, comp. Antología del Curso Introducción a la Fármaco economía y sus aplicaciones en el ámbito sanitario. CENDEISSS. 2004
- 20- Gerencia de División Médica, Dirección Técnica de Servicios de Salud, Departamento de Medicina Preventiva, C.C.S.S. *Guías Institucionales para la atención integral en enfermedades crónicas no transmisibles*, 2002.
- 21- Glasgow, RE, Osten, VL. *Evaluating Diabetes Education*. *Diabetes Care* 15: 1422-1432, 1992.
- 22- Roter, Debra L, y otros. *Effectiveness of Interventions to improve Patient Compliance: A Meta-Analysis*. *Medical Care* 36:1138-1161, 1998.
- 23- Clement, S. *Diabetes Self-Management Education: A Technical Review*. *Diabetes Care* 18: 1204-1214, 1995.
- 24- Machuca, M y Fernandez-Llimós, F. *Respuestas sobre Atención Farmacéutica*. Grupo de investigación en Atención Farmacéutica Universidad de Granada, España.
- 25- Romero, J y Ballesteros, F. *Homeopatía alternativa*. *Revista de Ciencias Administrativas y Financieras de la C.C.S.S.* Volumen 8 (2), 2000.
- 26- Balderas, M. *Administración de los servicios de enfermería*. México. 4 edición.
- 27- Eduarte Ramírez, A. *Calidad en el servicio al cliente*. *Rev. cienc.adm.financ.segur.soc*, 1999, vol 7 No.1, p41-44, Iso. 1409-1259.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- 1- Arroyo, R y otros. *Proyecto de Mejoramiento Continuo de la Calidad: "Porcentaje de no retiro de medicamentos de recetas copias de en la farmacia del Dr. E. B. B.*
- 2- Allen, M. *Causas del no retiro de medicamentos.* Farmacia Clínica San Rafael de Puntarenas. Puntarenas, Costa Rica, 1980.
- 3- Aram, C y George, B. *The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure.* JAMA, May 21-2003-Vol289. No 19 USA.
- 4- Arroyo, L. *Causas del no retiro de medicamentos del servicio de farmacia del la Clínica Dr. Carlos Durán Cartín.* Universidad Internacional de las Américas. San José, Costa Rica, diciembre, 2001.
- 5- Aschner, P y Arcos, E. *Guías ALAD 2000 para el diagnóstico y manejo de la Diabetes Mellitus tipo 2 con medicina basada en la evidencia.* Suplemento 1, edición extraordinaria. Pág. 1-47.
- 6- Balderas, M. *Administración de los servicios de enfermería.* México. 4 edición.
- 7- Basterra, M, "El cumplimiento Terapéutico". *Pharmaceutical Care* España, 1999; :97-106.
- 8-Blanco, A y Mata, M.. *Persistente y silencioso adversario.* Editorial UCR, Pág. 11-32. 2002.
- 9- Chacón, T. *Informe Anual Compromiso de Gestión.* Servicio de Farmacia del H.E.B.B. Año 2002

- 10- Chacón, T. *Informe Anual Compromiso de Gestión*. Servicio de Farmacia del H.E.B.B. Año 2003.
- 11- Clement, S. *Diabetes Self-Management Education: A Technical Review*. Diabetes Care 18: 1204-1214, 1995.
- 12- Consolini, A, "Mejorar el cumplimiento terapéutico: es mejor una dosis diaria?" (<http://www.euskadi.net/sanidad/cevime/datos/Infac>),Abril,2000.
- 13- Corea, R y otros. *Proyecto de Mejoramiento Continuo de la Calidad: "Tiempo prolongado para el despacho de medicamentos"*. Servicio de Farmacia de H.E.B.B. Año1998.
- 14-Eduarte Ramírez, A. *Calidad en el servicio al cliente*. Rev. cienc.adm.financ.segur.soc, 1999,vol 7 No.1, p41-44, Iso. 1409-1259.
- 15- Entrevista con la Directora de la Farmacia H.E.B.B. Dra. Teresita Chacón R. Entrevistada por Raquel Arroyo y Jessie Núñez .Liberia, 10 de julio de 2004.
- 16- Gerencia de División Médica, Dirección Técnica de Servicios de Salud. Departamento de Medicina Preventiva, C.C.S.S. *Guías Institucionales para la atención integral en enfermedades crónicas no transmisibles*, 2002
- 17-Glasgow, RE, Osten, VL. *Evaluating Diabetes Education*. Diabetes Care 15: 1422-1432, 1992.
- 18- Gutiérrez Ma. de los Ángeles y otros, comp. Antología del curso: Gerencia de los servicios de salud. UNED. 2003-2004.
- 19- Herrera, F. *Causas del no retiro de medicamentos*. Farmacia Hospital San Juan de Dios, 2003

20- Herrera, S. *Memorias del Hospital Dr. Enrique Baltodano Briceño*, 2004

21- Iñesta, A, comp. Antología del Curso Introducción a la Fármaco economía y sus aplicaciones en el ámbito sanitario. CENDEISSS. 2004.

22- *Informe de la Oficina de Presupuesto del H.E.B.B. Año 2004.*

23- Machuca, M y Fernandez-Llimós, F. *Respuestas sobre Atención Farmacéutica*. Grupo de investigación en Atención Farmacéutica Universidad de Granada, España.

24- *Manual de Funcionamiento de las Farmacias*. Sección de Farmacia de C.C.S.S. 1990

25- Romero, J y Ballester, F. *Homeopatía alternativa*. Revista de Ciencias Administrativas y Financieras de la C.C.S.S. Volumen 8 (2), 2000.

26- Roter, Debra L, y otros. *Effectiveness of Interventions to improve Patient Compliance: A Meta-Analysis*. Medical Care 36:1138-1161, 1998

27- Víquez, G. *Evaluación de las estrategias gerenciales implementadas en la Farmacia de la Consulta Externa del Hospital Dr. Max Peralta Jiménez, para disminuir el abandono de tratamiento por parte de los pacientes crónicos ambulatorios en el período comprendido desde 01 de febrero al 30 de mayo del 2003*. Universidad de Iberoamérica, San José, Costa Rica, 2003.

ANEXOS

Anexo No.1

Cuestionario

ESTUDIO SOBRE LA DEMANDA DE SERVICIO DE FARMACIA DEL HOSPITAL DR. ENRIQUE BALTODANO BRICEÑO

Introducción: Buenos días (tardes / noches). Mi nombre es
Se está haciendo un estudio sobre la utilización de los servicios que brinda la Farmacia del Hospital de Liberia. Por esta razón necesito que hablemos sobre eso; yo le garantizo que la información que Usted me brinde será tratada en forma confidencial. Muchas gracias por ayudarme.

A. Frecuencia de uso de los servicios de Salud

1. ¿Usted es...?

1. Hipertensa ()

2. Diabética ()

3. Ambas ()

2. Debido a ese (esos) padecimiento(s): aproximadamente, en lo que va del año ¿cuántas veces asistió usted a:

2. Estableciendo de salud	Veces / año	Motivo principal	99. No aplica
1.- Hosp. Dr. E. B. B.? ()	4.	7.	
2.- Clínica de CCSS? () (especifique)	5.	8.	
3. – EBAIS? ()(especifique)	6.	9.	

3. ¿Algún servidor de salud (médico, enfermera, farmacéutico, etc.) le ha dado una explicación sobre la Hipertensión Arterial?

1. No () 0.Sí ()

Si respondió que sí:

4. ¿Aproximadamente cuándo hace de eso? (Especificar fecha o calcular el tiempo en semanas)

5. Me podría contar en qué consistió la explicación que le dieron?9. No se acuerda ()

.....
.....
.....

6. ¿Comprendió lo que le explicaron?

3. Todo () 2.Casi todo () 1.Casi nada () 0.Nada ()

7. Algún servidor de salud (médico, enfermera, farmacéutico, etc.) le ha dado una explicación sobre la Diabetes Mellitus?

1. No () 0.Sí ()

Si respondió que sí:

8. ¿Aproximadamente cuándo hace de eso? (Especificar fecha o calcular el tiempo en semanas)

9. ¿Me podría contar en qué consistió la explicación que le dieron?

9. No se acuerda ()

.....
.....
.....

10. ¿Comprendió lo que le explicaron?

3. Todo () 2.Casi todo () 1.Casi nada () 0.Nada ()

11. Además de los servicios de salud de la C.C.S.S., en lo que va del año, ¿Usted ha ido a otros servicios para controlar su..... (Diabetes, HTA o ambas)?

18.Servicios	Veces / año	Motivo principal	99.No aplica
1. Privado..... (especifique)	4.	7.	
2.Medicina alternativa (): (especifique: medicina natural, acupuntura, otra)	5.	8.	
3. Otro servicio: (especifique cuál)	6.	9.	

12. Ahora dígame, de todos esos servicios que Usted me contó que asiste, a cuál pondría Usted en primer lugar?. Es decir, ¿cuál es para Usted el servicio que le ha funcionado mejor para controlar sus problemas de salud (diabetes, HTA o ambas)?

..... (Especifique)

13. ¿Por qué? (solicitar dos razones de esa escogencia)

- 1.....
- 2.....

14. ¿A cuál pondría de último lugar?

..... (Especifique)

15. ¿Por qué? (solicitar dos razones de esa escogencia)

- 1.....
- 2.....

B .Uso de los Servicios de Farmacia del Hospital

Por favor ubíquese siempre en este año, para contestarme algunas preguntas específicas sobre los Servicios de la Farmacia del Hospital de Liberia:

16. ¿Con qué frecuencia. Usted no retira sus medicamentos?

..... Veces / año 9.No acepta que no retira ()

17. Dígame tres razones por las cuales usted no los retira:

- 1. Los compra en la farmacia particular ()
- 2. No tiene tiempo para retirarlos ()
- 3. No tiene recursos para hacerlo (Venir a la farmacia) ()
- 4. Por falta de los documentos que solicitan para entregar los medicamentos ()
- 5. Por las filas tan largas ()
- 6. Tiempo de espera prolongado para la entrega de medicamentos ()
- 7. Tiene medicamentos suficientes en la casa ()
- 8. Por el horario de atención de la farmacia ()

9. Falta de comprensión del sistema de copias ()

10. Por olvido ()

11. Otra razón: ¿Cuál?

18. ¿Usted por lo general ha comprendido las indicaciones que vienen pegadas en las etiquetas de los medicamentos que se le han entregado durante este año?

3. Todas las etiquetas () 2.Casi todas () 1.Casi que ninguna () 0.Ninguna ()

19. Usted considera que necesita la ayuda de otra persona para comprender las indicaciones de las etiquetas de sus medicamentos?

0. No () 1.Sí ()

Ahora, le voy a leer una serie de aspectos, para que Usted me diga, cómo considera usted los servicios de la Farmacia del Hospital de Liberia:

ASPECTO	CALIFICACIÓN					POR QUÉ DE LA CALIFICACIÓN
	5.Exc	4.MB	3.B	2.R	1.M	
20. En cuanto al trato que se le ha brindado, ¿cómo lo considera?						28.
21. En cuanto al horario de atención, ¿cómo lo considera?						30.
22. En cuanto al tiempo que Usted tiene que esperar para la entrega de sus medicamentos, ¿cómo lo considera?						32.
23. En cuanto a la información sobre medicamentos, ¿cómo lo considera?						34.

24. En cuanto al sistema de copias, cómo lo considera?						36.
25. En cuanto a la comodidad de la sala de espera, ¿cómo lo considera?						38.
26. ¿Algún otro aspecto que Usted quisiera agregar?. ¿Cómo lo considera?.....(especifique)						40.

27. Si usted tuviera la oportunidad de retirar su tratamiento en otra farmacia, ¿lo haría?

0. No () 1.Sí ()

28. ¿Por qué Sí / No?

.....

.....

.....

Si respondió que Sí en la 27:

29. ¿Dónde los retiraría?

.....

30. ¿Por qué Sí / No?

.....

.....

C. Información sociodemográfica

31. Edad en años cumplidos:..... años

32. Sexo 1.Masculino () 2.Femenino ()

33. Nivel de instrucción:

¿Cuál es el último año de estudio que Usted terminó?

34. Ingreso económico familiar mensual:

35. ¿En su casa, Usted tiene?:

1. Agua (alcantarillado) ()
2. Luz ()
3. Servicio de recolección de basura ()
4. Computadora ()
- 5 Internet ()
6. Refrigeradora de dos puertas y que no haga escarcha ()
7. Microondas ()
8. Agua caliente en toda la casa () (NO DUCHAS) ()

MUCHAS GRACIAS POR SU TIEMPO Y VALIOSA COLABORACIÓN