

**UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE LAS
AMÉRICAS**

CARRERA DE FARMACIA

**RELACIÓN ENTRE LAS VARIABLES SOCIALES CON EL NO
RETIRO DE MEDICAMENTOS DURANTE EL AÑO 2017, PARA
EL DISEÑO DE UNA PROPUESTA DE MEJORA EN EL
SERVICIO DE FARMACIA DEL HOSPITAL WILLIAM ALLEN
TAYLOR DE TURRIALBA**

ERICKA SÁNCHEZ CHAVARRÍA

TUTOR: DR. ÉDGAR HERNÁNDEZ MORA

SAN JOSÉ, COSTA RICA, ABRIL DE 2019

Agradecimientos

Primero quiero agradecer a Dios por permitirme culminar con éxito otra etapa más en mi vida, por bendecirme con vida, salud y por poner a mi lado personas maravillosas.

A mis papás Ana Cecilia Chavarría Milanés y Ricardo Sánchez Delgado, por todo el esfuerzo que han realizado para brindarme la oportunidad de estudiar, por todo el amor y apoyo que me han dado todos estos años; a mis hermanos Leo y Evelyn por todo el respaldo, motivación y aprendizaje.

A mi tía “Nena” por estar siempre a mi lado alentándome y apoyándome en todas las circunstancias.

A mi tutor el Dr. Édgar Hernández Mora por su gran guía, motivación y confianza para concluir con éxito este proceso, además por todo el aprendizaje y amor por esta carrera que me ha inculcado como docente. Le estaré agradecida por siempre.

A todos los profesores que han sido parte de este camino por todas las grandes enseñanzas en especial a Zoilamérica, el Dr. Honorio Pérez y la Dra. Aymara Arochena por ser grandes pilares en mi formación profesional y personal.

A los farmacéuticos del Hospital William Allen Taylor que colaboraron con la realización de este proyecto, en especial al Dr. Giovanni Vargas Solano y la Dra. Alejandra Rodríguez Solano por darme la oportunidad de conocer y colaborar con el servicio, por su guía y ayuda durante este proceso, y por todas las buenas enseñanzas.

Por último, a todos mis verdaderos amigos dentro y fuera de la Universidad que han creído en mí y me han acompañado con su alegría y positivismo durante estos años.

Dedicatoria

Le dedico este y todos mis triunfos a mis padres Ana Cecilia Chavarría Milanés y Ricardo Sánchez Delgado, a mis hermanos Leo y Evelyn, y mi tía “Nena” por brindarme todo su apoyo y amor en todo momento. A mis hermosos abuelitos “quico” y “mima” y mi amiga Emma Ramos Calderón que acompañan mis días desde lo más alto del cielo.

¡Los amo!

Contenido

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	13
Planteamiento del problema	13
Objetivos	15
Objetivo general	15
Objetivos específicos.....	15
Justificación.....	15
Antecedentes	17
Proyecciones.....	33
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	34
Introducción	34
Salud pública.....	35
Principales organizaciones reguladoras de la salud pública a nivel mundial.....	35
Organización mundial de la Salud (OMS)	35
Organización Panamericana de la Salud (OPS)	37
El concepto de salud pública.....	39
Alianza Latinoamericana de Salud Global	44
Determinantes de la salud y la desigualdad social	46
Pendiente social.....	49
El estrés	50
Los primeros años de vida.....	51
La exclusión social	52
El trabajo	53
El desempleo	54
El apoyo social	55
La adicción	55

Los alimentos	57
Transporte.....	58
La contaminación como factor determinante de la salud.....	59
Salud pública en las Américas y Costa Rica	61
Perfil de Costa Rica.....	64
Determinantes sociales de la salud.....	64
Situación de la salud y el sistema de salud.....	65
Logros, desafíos y perspectivas.....	67
Perfil del cantón de Turrialba.....	68
Reseña histórica.....	69
Perfil de los distritos que conforman el cantón	71
Turrialba	71
La Isabel	72
Pavones.....	73
La Suiza.....	74
Santa Rosa	74
Santa Cruz	75
Peralta.....	76
Santa Teresita	77
Tayutic.....	78
Tuis.....	78
Tres Equis.....	79
Chirripó	80
Instituciones del sector salud en Costa Rica	81
Ministerio de Salud	82

Actuaciones humanas	85
Determinantes ambientales.....	85
Determinantes socioeconómicos	85
Productos de interés sanitario.....	86
Servicios y actividades de interés sanitario.....	86
Edificaciones	86
Recursos humanos.....	86
Aseguramiento de los servicios de salud.....	87
Financiamiento de los servicios de salud	87
Desarrollo científico y tecnológico en salud	87
Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS)	87
Historia	88
Red de Servicios de Salud de la CCSS	89
Niveles de atención en salud	91
Indicadores estadísticos de producción en salud.....	92
Hospital William Allen Taylor.....	94
Reseña histórica.....	95
Servicios	97
Servicio de farmacia.....	98
Funciones y responsabilidades del personal del servicio de farmacia.	100
Despacho de medicamentos en consulta externa	101
Procedimiento del reintegro de recetas no retiradas.....	105
Atención farmacéutica en la farmacia del HWAT	106
Generalidades de los medicamentos no retirados por la población del cantón de Turrialba	108
Antiinflamatorios no esteroideos (AINE)	108

Aplicaciones terapéuticas	109
Efectos secundarios	110
Interacciones farmacológicas	112
Población pediátrica y geriatría	112
Acetaminofén (paracetamol)	113
Indometacina	115
Ibuprofeno	116
Tenoxicam	117
Antihistamínicos.....	117
Antagonistas competitivos del receptor H ₁	118
Agentes gastrointestinales	120
Inhibidores de la bomba de protones (IBP).....	120
Antagonistas del receptor H ₂	121
Antiácidos.....	121
Fármacos procinéticos.....	122
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	124
Enfoque	124
Método	125
Operacionalización de las variables	126
Matriz general para el diseño de instrumentos	131
Descripción de los instrumentos	131
Sujetos y fuentes de información	132
Procedimiento de recolección y análisis de datos	133
Base de datos estadísticos para la aplicación del método del chi cuadrado	133
Primera fase. Recolección de la base estadística de datos.	133

Segunda fase. Análisis descriptivo de cada una de las variables cualitativas.	133
Tercera fase. Comparación de las variables.	133
Cuarta fase. Enfatización de las variables.	135
Entrevista a farmacéuticos del HWAT.....	135
Primera fase. Selección de variables y elaboración del cuestionario.	135
Segunda fase. Aplicación del plan piloto.	135
Tercera fase. Aplicación de la entrevista.....	136
Cuarta fase. Análisis de la percepción del farmacéutico.....	136
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE RESULTADOS	137
Primera parte. Análisis de los resultados obtenidos de la base de datos estadística proporcionada por el servicio de farmacia del HWAT	138
Segunda parte. Análisis de la relación entre las variables sociales con el no retiro de la medicación por parte de los usuarios del HWAT, por medio de análisis estadístico chi cuadrado.	154
Tercera parte. Análisis de la percepción de los farmacéuticos del HWAT sobre las fortalezas y debilidades del servicio de farmacia.	161
Cuarta parte. Formulación de una propuesta de mejora al servicio de farmacia del HWAT de Turrialba.	180
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	183
Conclusiones	183
Recomendaciones.....	188
Referencias	191

Figuras

Figura 1. Resumen de los factores que afectan la adherencia a los tratamientos.....	20
Figura 2. Motivos que afectan la adherencia de los pacientes a la medicación.	24
Figura 3. Número de medicamentos no retirados según grupo terapéutico, en un hospital periférico de la CCSS.	25
Figura 4. Ejes centrales definidos en la Declaración política de Río sobre determinantes sociales en salud.....	47
Figura 5. Privación socioeconómica y riesgo de desarrollar una dependencia al alcohol, nicotina u otras drogas (Gran Bretaña, 1993)	56
Figura 6. Beneficios del uso de diferentes medios de transporte en la salud de las personas.	58
Figura 7. Gasto público en salud como porcentaje del PIB en el 2014.....	63
Figura 8. Causas y porcentaje de defunciones para el 2014.....	66
Figura 9. Ubicación y límites distritales del cantón de Turrialba, Cartago, Costa Rica.	70
Figura 10. Funciones para el ejercicio de la rectoría del Ministerio de Salud y principales actores sociales en Costa Rica.	84
Figura 11. Regionalización geográfica de la CCSS	90
Figura 12. Clasificación y cantidad de los centros de salud según el nivel de atención	92
Figura 13. Principales causas de hospitalizaciones en los centros de atención de la CCSS, durante el 2017.....	93
Figura 14. Infraestructura del antiguo edificio del HWAT durante 1940.	97
Figura 15. Categoría y cantidad de medicamentos no retirados en el servicio de farmacia del Hospital William Allen Taylor, durante el 2017.....	139
Figura 16. Principales servicios médicos donde se prescriben los medicamentos que no son retirados por los usuarios del servicio de farmacia del Hospital William Allen Taylor, durante el 2017.....	142
Figura 17. Especialidades de los médicos que prescriben los medicamentos menos retirados por los usuarios del servicio de farmacia del Hospital William Allen Taylor de Turrialba, durante el 2017.	144
Figura 18. Distribución poblacional por género de las personas que no retiraron medicamentos en el servicio de farmacia del Hospital William Allen Taylor de Turrialba, durante el 2017.	145

Figura 19. Rango de edades de las personas que no retiraron medicamentos en el servicio de farmacia del Hospital William Allen Taylor de Turrialba, durante el 2017.	147
Figura 20. Agrupación por zona de residencia de los pacientes que no retiraron los medicamentos en el servicio de farmacia del Hospital William Allen Taylor de Turrialba, durante el 2017.	149
Figura 21. Distribución por zona distrital de los usuarios que no hicieron el retiro de su medicación en el servicio de farmacia del Hospital William Allen Taylor de Turrialba, durante el 2017.	151
Figura 22. Escolaridad de los usuarios que no hicieron el retiro de su medicación en el servicio de farmacia del Hospital William Allen Taylor de Turrialba, durante el 2017.	152

Tablas

Tabla 1. Evolución del concepto de salud.....	41
Tabla 2. Amenazas y oportunidades de la globalización en salud pública por el flujo transfronterizo de la población.	42
Tabla 3. Objetivos planteados por la Alianza Latinoamericana de Salud Global.....	45
Tabla 4. Operacionalización de las variables (primera parte).....	126
Tabla 5. Operacionalización de las variables (segunda parte).....	128
Tabla 6. Operacionalización de las variables (tercera parte).....	130
Tabla 7. Matriz general para el diseño de instrumentos.....	131
Tabla 8. Nomenclatura para las tablas de contingencia	155
Tabla 9. Relación entre las categorías de medicamentos no retirados y el servicio médico del HWAT en donde se prescriben, durante el 2017.....	155
Tabla 10. Relación entre las categorías de medicamentos no retirados y la especialidad del médico prescriptor del HWAT, durante el 2017.....	156
Tabla 11. Relación entre las categorías de medicamentos no retirados y el género de los usuarios del servicio de farmacia del HWAT, durante el 2017.....	157
Tabla 12. Relación entre las categorías de medicamentos no retirados y el grupo etario de los usuarios del servicio de farmacia del HWAT, durante el 2017.....	158
Tabla 13. Relación entre las categorías de medicamentos no retirados y la zona de residencia de los usuarios en el HWAT, durante el 2017.	159
Tabla 14. Relación entre las categorías de medicamentos no retirados y la escolaridad de los usuarios en el HWAT, durante el 2017.	160
Tabla 15. Percepción de los farmacéuticos del HWAT sobre los tiempos de espera estipulados para preparar y entregar las recetas.	161
Tabla 16. Percepción de los farmacéuticos del HWAT sobre la empatía y trato del personal con el usuario.	166
Tabla 17. Percepción de los farmacéuticos del HWAT sobre la información brindada acerca del tiempo efectivo para hacer el retiro de la medicación.....	168
Tabla 18. Percepción de los farmacéuticos del HWAT sobre los afiches informativos dirigidos a los pacientes con los que cuenta el servicio de farmacia.	171

Tabla 19. Percepción de los farmacéuticos del HWAT sobre los factores que influyen en el no retiro de medicamentos.	173
Tabla 20. Percepción de los farmacéuticos del HWAT sobre las condiciones de almacenamiento de los medicamentos en el area de ventanillas del servicio de farmacia.....	176
Tabla 21. Percepción de los farmacéuticos del HWAT sobre el empaque de medicamentos en el servicio de farmacia.....	178
Tabla 22. Tabla de comprobación de hipótesis.	184

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

Planteamiento del problema

La Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) es una institución gubernamental que se ha dedicado, desde su creación en 1941, a velar por la salud pública, cuya misión es “proporcionar los servicios de salud en forma integral al individuo, la familia y la comunidad, y otorgar la protección económica, social y de pensiones, conforme la legislación vigente, a la población costarricense.” (Caja Costarricense de Seguro Social, 2015, p.5)

Esta institución consta de una gran cantidad de centros de salud que van desde hospitales especializados hasta los centros de salud de más pequeño calibre como los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS), distribuidos a lo largo del territorio nacional para brindar su servicio a toda la población por igual. Actualmente, cuenta con más de dos mil centros de atención, donde se incluyen hospitales especializados, generales, regionales, periféricos, áreas de salud y los EBAIS. (Caja Costarricense de Seguro Social, 2018)

Dentro de los múltiples servicios que otorgan estas instituciones, se encuentra el área de farmacia, en donde el profesional farmacéutico debe ejercer una adecuada atención, con el objetivo de garantizar la adherencia al tratamiento por parte del paciente; sin embargo, la adherencia, según Rojas y Arce (2015), va a depender de diversos factores tanto externos como internos.

En referencia a los factores externos, Rojas y Arce (2015) los catalogan como la relación que hay entre el paciente y el profesional en salud y, además, la complejidad de la terapia, especialmente en quienes presentan múltiples patologías y polimedificados.

Por otra parte, los factores internos relacionados con la pérdida de adherencia al tratamiento se consideran como propios del paciente, por ejemplo, la motivación y el conocimiento que presente este mismo acerca de sus padecimientos y tratamientos, factores referentes a su ambiente social y familiar.

Dentro del sistema de salud nacional, hay un porcentaje significativo de recetas prescritas que no son retiradas por los usuarios que requieren este servicio, no completando así el ciclo de atención ideal. Esta acción puede estar relacionada con diversos factores como los mencionados,

los cuales es muy importante identificar, analizar y resolver, con el fin de evitar posibles complicaciones en la salud del paciente. (Jiménez L. , 2006)

Según Arroyo (2014), en el país se han realizado distintos estudios cuyo objetivo fue indagar las causas por las cuales los pacientes no hacen retiro de sus medicamentos, en dichas investigaciones se mencionan variables sociodemográficas, entre ellas la edad, el género, estado civil, el nivel de educación, entre otros, que podrían estar relacionadas con este hecho.

El impacto que puede generarse no solo implica la salud del paciente, sino que también se puede ver afectado el ámbito económico y ambiental, ya que genera no solo una mayor inversión en la atención pública y reprocesos administrativos, sino también por la utilización de insumos como plástico y papelería, que al final deben ser desechados.

Ante la situación planteada, es necesario determinar cuáles variables sociales influyen en el no retiro de medicamentos con el objetivo de mejorar la adherencia del paciente al tratamiento, para que este alcance su fin terapéutico, evitando que este deba hacer uso frecuente e innecesario de los servicios de salud, disminuyendo así la saturación de estos, con el fin de mejorar la atención que se da en los centros de salud pública; por lo tanto, se plantea la siguiente pregunta:

¿Existe relación entre las diferentes variables sociales, como género, edad, zona geográfica, escolaridad, con los medicamentos no retirados de la población de Turrialba que hace uso del servicio del Hospital?

Objetivos

Objetivo general

Analizar la relación entre las variables sociales y el no retiro de medicamentos en el Hospital William Allen Taylor (HWAT) de Turrialba, para la propuesta de mejora en el servicio de farmacia.

Objetivos específicos

Determinar las variables sociales que inciden en el no retiro de medicamentos por parte de los usuarios del servicio de farmacia del HWAT de Turrialba.

Estimar la percepción del farmacéutico con respecto a las fortalezas y debilidades de la recepción de recetas y despacho de medicamentos en el servicio de farmacia del HWAT de Turrialba.

Diseñar una propuesta de mejora al servicio de farmacia, con el fin de beneficiar a su usuario en el HWAT de Turrialba.

Justificación

Anualmente la Caja Costarricense de Seguro Social, en sus distintos centros de salud distribuidos a lo largo de territorio nacional, hace entrega de miles de medicamentos a pacientes que consultan por algún motivo en estos establecimientos. Sin embargo, existe un gran porcentaje de estos pacientes que no completan el ciclo de atención ideal, que va desde la atención médica hasta el retiro y uso adecuado de los medicamentos. (Caja Costarricense de Seguro Social, 2015)

Esta investigación se centra en buscar la relación que podría tener el no retiro de medicamentos con diferentes variables sociales, como la edad, el género, la zona geográfica en donde reside el paciente y la escolaridad, además de con los servicios y especialidades en donde fueron atendidos, ya que es de gran valor conocer esa relación para desarrollar propuestas que ayuden a mejorar el servicio de atención, teniendo siempre como objetivo principal el bienestar de aquel.

El no retiro de medicamentos ocasiona un impacto tanto para el centro de atención y los trabajadores como en la salud del paciente, por ejemplo: en relación con el aspecto económico, cuando una persona no retira sus medicamentos, los recursos invertidos para preparar correctamente la receta están siendo derrochados; dicho de otra manera, el tiempo y trabajo de cada

técnico y farmacéutico, en los procesos de recepción, preparación y despacho o dispensación de una receta son en vano, ya que al final no va a ser retirada. (Martín, Grau, & Espinosa, 2014)

Por otra parte, a raíz del no retiro de medicamentos, debe realizarse otro proceso conocido como reintegro, que consiste en devolver a los estantes aquellos que se encuentren en buen estado para su reutilización. Este procedimiento implica que las bolsas y etiquetas que se han utilizado para el empaque se desechen, lo cual genera una importante cantidad de desechos que contaminan suelo y agua. Vargas (2016)

La escogencia del centro de salud donde se realiza esta investigación, el hospital periférico William Allen Taylor del cantón de Turrialba, se basa en que este establecimiento de salud atiende un volumen importante de usuarios, incluyendo a personas del cantón de Jiménez y otras provincias, además, se da la presencia de una gran diversidad cultural representada por distintos asentamientos indígenas y, sumado a esto, es el cantón más extenso en cuanto a superficie territorial de la provincia de Cartago y el decimoprimerero a nivel nacional. Municipalidad de Turrialba (2008)

Asimismo, este cantón se caracteriza por ser una región rural-urbana, marcada en algunas áreas, por ejemplo, en las zonas rurales más alejadas del distrito central de Turrialba, donde se ubica el HWAT, el acceso se dificulta a través del uso de transporte público o, incluso, personal, lo que a su genera una serie de complicaciones que en muchas ocasiones provoca que las personas no puedan obtener la atención en salud que requieren. Municipalidad de Turrialba (2016)

Por tanto, la importancia de esta investigación radica en que se pretende formar una idea más amplia del impacto del problema planteado, con el fin de implementar campañas informativas dirigidas al paciente que inculquen un uso racional de los medicamentos. Además, se plantea mejorar el servicio que se da en el área de farmacia, profundizando en la atención para aumentar la adhesión al tratamiento, reduciendo al mismo tiempo el impacto económico, ambiental y la saturación del servicio.

Antecedentes

La presente investigación busca identificar cuáles son las variables sociales que se relacionan con el no retiro de medicamentos en el servicio de farmacia del HWAT del cantón turrialbeño, por lo que en esta sección se detallan diferentes estudios y artículos que han sido publicados y se asemejen al problema principal de investigación, a modo de obtener una visión más amplia de la situación.

La adherencia al tratamiento es un factor muy importante para obtener el éxito terapéutico, sin embargo, en un estudio realizado por Rojas y Arce (2015) sobre la adherencia terapéutica y su impacto en la disminución del perfil lipídico de los pacientes, mencionan que, a pesar de su importancia, sigue siendo un desafío para todos los profesionales de salud, ya que implica que el paciente adquiera una conducta de auto cuidado, realizando cambios que deben resultar en beneficio para su salud.

Así mismo, para sobrepasar todos los desafíos que se presentan al momento del abordaje de un paciente, es indispensable que se cree una relación de confianza entre el profesional de salud y este, para que este alcance una motivación lo suficientemente fuerte como para comprometerse con su estado de salud y tratamiento.

Rojas y Arce (2015) en su estudio aluden a que “la pobre o nula adherencia da como resultado abandono del tratamiento, dificultad para seguir indicaciones, escaso o nulo control médico y dificultad para mantener o cambiar estilos de vida saludable.” (pp.137-138)

Los mismos autores concluyen en su estudio que una disminución en la adherencia puede conducir a un aumento de complicaciones en el padecimiento, lo que conlleva al incremento de visitas al centro médico, exámenes y demás procedimientos que se requieran, aumentando de igual manera la cantidad de medicamentos que el paciente vaya a necesitar y en el peor de los casos el desarrollo de nuevas enfermedades concomitantes a la inicial, generando más costos de atención.

Dos años después, Ibarra y Morillo (2017), en el artículo llamado “Lo que debes saber sobre la adherencia al tratamiento”, publicado por la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH), concuerdan con lo mencionado por Rojas y Arce (2015) en el sentido de que la falta de cumplimiento de los tratamientos parece estar relacionada con el aumento en los casos de hospitalizaciones y consultas al servicio de urgencias en los centros médicos.

En un estudio publicado por Núñez y otros (2014), donde se establecen conexiones entre los factores sociodemográficos, datos clínicos y la medicación, con la adherencia al tratamiento en la población adulto mayor española, mediante un método de valoración del cumplimiento terapéutico, se obtuvo como resultado que la pérdida de adherencia se relaciona de manera muy estrecha con pacientes que viven en zonas alejadas al centro médico, además pacientes que no tienen una persona que los ayude a asistirse y con trastornos psicológicos como la ansiedad, que dificultan aún más el cumplimiento de la terapia.

En relación con lo anterior, se demostró que los pacientes que presentan dificultades con la adherencia al tratamiento acudieron regularmente al servicio de emergencias, a causa de la incapacidad de cumplir con el régimen completo recomendado, que, en este caso, se trata de pacientes polimedicados mayores de 65 años, que en muchos casos carecen de información sobre sus tratamientos y padecimientos o bien, tienen información errada y generalmente negativa. (Núñez, y otros, 2014)

La adherencia al tratamiento ha demostrado ser deficiente en países del continente americano, donde se realizó un estudio transversal en la Universidad de Cuenca en Ecuador, entre la prevalencia de la hipertensión arterial (HTA) y la falta de adherencia al tratamiento, realizado por Orellana, Chacón, Quizhpi y Álvarez (2016), determinando la existencia de tres factores que influyen de manera directa con la adherencia.

En primer lugar, se detallan los factores socioeconómicos, en países en vías de desarrollo las personas desafortunadamente en muchas ocasiones deben elegir entre la compra de medicamentos o invertir en las necesidades esenciales, esta inestabilidad frecuentemente conduce a una disminución en la calidad de vida y salud, caso contrario de lo observado en países en que la población cuenta con un seguro social, aquí se ha encontrado que los índices de adherencia al tratamiento demuestran ser mucho más altos. (Orellana, Chacón, Quizhpi, & Álvarez, 2016)

Estos mismos autores (Orellana, Chacón, Quizhpi, & Álvarez, 2016) consideran como segundo factor relacionado con la adherencia el sistema y el equipo de salud con el que se disponga en cada dentro de atención, en este caso una adecuada y respetuosa relación entre el personal de salud y el paciente influyen de manera positiva a que el paciente se adhiera eficazmente a su respectivo tratamiento, como lo vuelven a recalcar Ibarra y Morillo (2017) más recientemente.

Un tercer factor es el que se encuentra relacionado con la terapia ya que, al prescribir tratamientos basados en la monoterapia (uso de un solo medicamento en la terapia de una enfermedad), indican un mayor cumplimiento que en pacientes polimedcados. Se detalla también un cuarto factor, que se relaciona con el paciente, indica que si ellos son conscientes de su padecimiento y conocen la importancia del uso adecuado de sus tratamientos habrá un mayor apego al mismo. (Orellana, Chacón, Quizhpi, & Álvarez, 2016)

Otros factores que están relacionados con la falta de adherencia, de los cuales hacen mención Ibarra y Morillo (2017), son los propios del paciente, donde se incluyen variables consideradas por la Organización Mundial de la Salud como las características demográficas de la zona en donde habita el paciente, la edad, la cultura y sus recursos económicos, en tanto que, habitantes en condiciones de pobreza, con bajo nivel educativo, problemas familiares, las personas laboralmente activas que debido a la falta tiempo para dedicarla a su salud y aquellos que carecen de apoyo son los más vulnerables a no cumplir las pautas los tratamientos.

En un estudio publicado por la *Revista Cubana de Salud Pública*, realizado por Martín, Grau y Espinoza (2014), sobre la evaluación y mejora de la adherencia a los tratamientos médicos en pacientes que sufren de enfermedades crónicas, indica que la falta de adherencia es un factor que perjudica directamente el ámbito médico, económico, psicológico y social, siendo importante recalcar que, ante la falta de una adecuada respuesta terapéutica cabe la posibilidad de sufrir recaídas, imposibilidad curación del padecimiento y además complicaciones que causan un decaimiento importante en la salud de los pacientes en general.

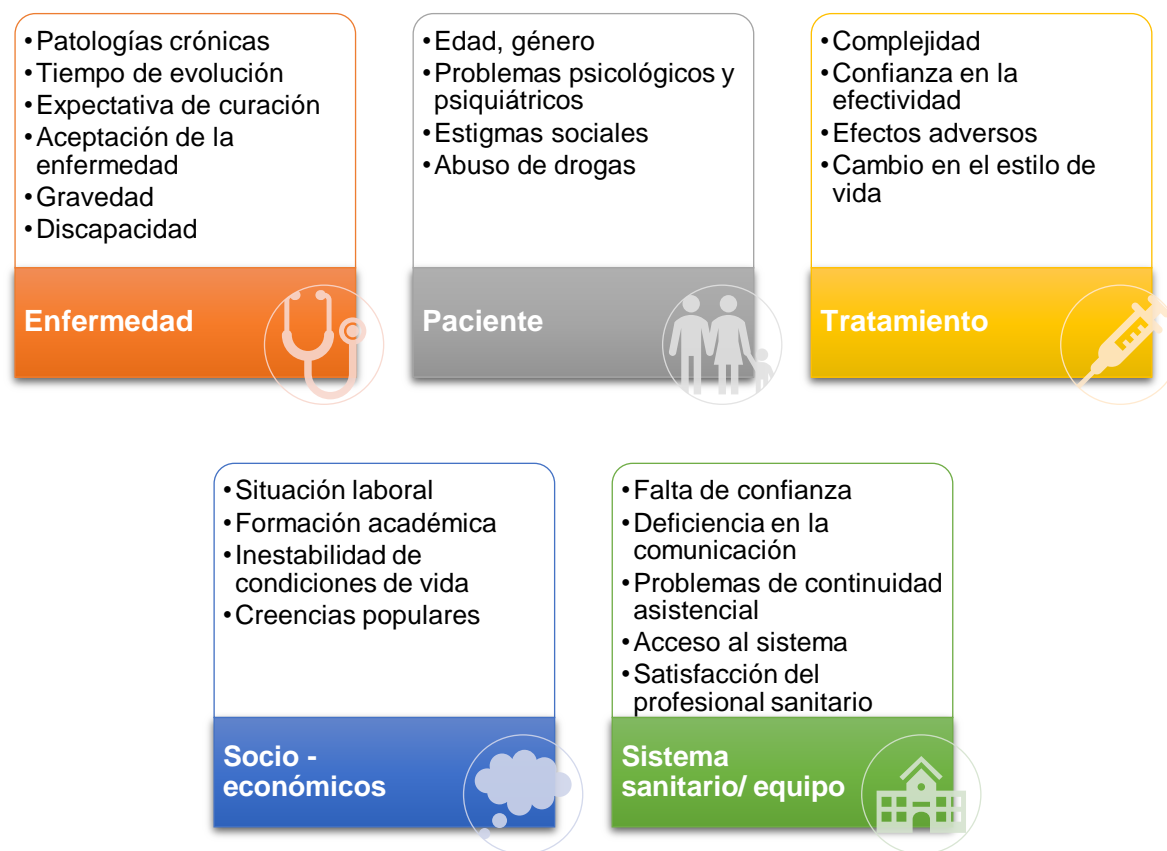
Con respecto a la relación de la edad y la falta de adherencia, los pacientes adultos mayores con una edad entre los 65 y 75 años que presenten una buena capacidad cognitiva son considerados mejores cumplidores con respecto a adultos jóvenes, los adolescentes se adhieren menos que los niños que dependen de sus padres de familia para la toma del medicamento, en cuanto a la variable del género se establece también que más mujeres por lo general son mejores cumplidoras de los tratamientos que los hombres. (Ibarra & Morillo, 2017)

Todos estos factores mencionados por varios autores deben ser determinados y estudiados para ejecutar planes de acción en los diferentes centros de salud de cada zona, esto con el fin de disminuir las probabilidades de que aparezcan complicaciones en la salud del paciente, de igual

manera reducir la morbilidad como principal objetivo y desde luego que los costos económicos no continúen en alza. (Ibarra & Morillo, 2017)

A continuación, se ejemplifican de forma resumida los diferentes factores que se relacionan con la falta de adherencia a los tratamientos mencionados por los autores citados.

Figura 1. Resumen de los factores que afectan la adherencia a los tratamientos.



Nota: Elaboración propia, con base en Ibarra y Morillo (2017).

Como se observa en la Figura 1, un factor relacionado con el sistema sanitario/equipo, que influye en la satisfacción y adherencia al tratamiento de los usuarios, es la calidad de la información que se les brinda, como lo menciona Castro (2009) en su investigación acerca de la satisfacción de los usuarios externos del servicio de farmacia. Este señala que cuando la información no ha sido comunicada de manera correcta, se genera una interpretación errónea o confusión que puede afectar negativamente el cumplimiento del tratamiento.

De igual manera, según la investigación del autor Wittingham (2008), una de las principales causas de errores asociados al factor humano son las situaciones generadas por confusiones con los

medicamentos, debido a la semejanza en las presentaciones del empaque de estos, sumado al estado de cansancio, la sobrecarga laboral y el exceso de seguridad, en muchas ocasiones el personal presenta un exceso de confianza y no comprueba que el medicamento sea el correcto.

En muchas ocasiones, el profesional en salud puede incurrir en valoraciones equivocadas ante la falta del cumplimiento terapéutico por parte del paciente, ya que, como se mencionó anteriormente, las consecuencias de una falta de adherencia pueden dirigir a que el médico prescriba dosis menores o mayores a las requeridas o bien le indique tratamientos más potentes que pueden generar mayores efectos secundarios o en otros casos desarrollar dependencia especialmente si son medicamentos con alto índice de tolerancia o que generen cierto tipo de adicción. (Martín, Grau, & Espinosa, 2014)

El abandono del tratamiento está relacionado de manera directa con la pérdida económica, de tiempo y de recursos que se invierten durante todo el ciclo de atención que se brinda en el centro de salud, ya que al final el paciente no va a utilizar sus medicamentos adecuadamente o en el peor de los casos no los va a utilizar del todo. Por ello, es fundamental conocer cuál es el patrón social que presentan estos pacientes con el fin de darles un seguimiento mediante la atención farmacéutica necesaria. (Martín, Grau, & Espinosa, 2014)

De manera similar, este estudio de Martín, Grau y Espinosa (2014) coincide con los autores Núñez y otros (2014) y Orellana, Chacón, Quizhpi y Álvarez (2016), al determinar e investigar factores que se consideran predominantes en la adherencia al tratamiento, entre ellos se mencionan las variables sociales, demográficas, psicológicas, económicas, familiares, propias del sistema de salud, de la o las patologías que se ven implicadas y además del régimen terapéutico establecido.

Con respecto a los factores socioeconómicos y demográficos, Martín, Grau y Espinosa (2014) señalan que los problemas a nivel de adherencia o cumplimiento en pacientes con enfermedades crónicas ocurren de igual manera en países con un alto nivel de desarrollo y subdesarrollados, dentro de los aspectos socioeconómicos vinculados a este problema se mencionan el empobrecimiento, la baja escolaridad, el desempleo, la distancia del hogar al centro médico y además los costos de transporte al mismo, que en conjunto dificultan aún más la situación.

El sistema de salud con el que se disponga juega un papel muy importante dentro de esta temática, ya que como lo mencionan Martín, Grau y Espinosa (2014), los centros médicos que no

cuentan con las condiciones apropiadas para brindar un servicio eficaz y oportuno muestran un bajo índice de adherencia, a causa de la falta de preparación del profesional que labora y la capacitación que tenga este personal en el abordaje y seguimiento de enfermedades crónicas, así como, por un ineficiente procedimiento de despacho o dispensación de fármacos.

Sumado a esto, estos mismos autores (Martín, Grau, & Espinosa, 2014) mencionan que la deficiencia en los conocimientos y formación del personal en salud en temas de relevancia para un desempeño adecuado en su área de trabajo. La falta de motivación es un elemento que afecta la atención que se le da al usuario y, por ende, la adherencia al tratamiento, debido a que se genera inseguridad y desconfianza, especialmente si el personal no muestra capacidades suficientes y exhibe actitudes negativas, falta de empatía y desmotivación para realizar sus labores.

Existen factores que relacionan directamente la adherencia al tratamiento con la patología, especialmente si se trata de pacientes que presentan una o más enfermedades de carácter crónico, ya que, por lo general se les asigna diferentes tipos de tratamientos que llegan a poseer un alto grado de complejidad y que usualmente conllevan a la aparición de efectos secundarios no deseados, disminuyendo el cumplimiento del tratamiento. Caso contrario es lo sucedido en tratamientos para enfermedades agudas, donde se revela que la adherencia es mucho mayor, puesto que no requieren cambios significativos en el estilo de vida. (Martín, Grau, & Espinosa, 2014)

A estos factores mencionados se les suma los que se relacionan con el círculo familiar, se pone en evidencia que los pacientes que son apoyados por sus familiares adquieren una mayor motivación para cumplir con lo estipulado por el profesional en salud, en cuanto a su tratamiento y demás recomendaciones sobre el padecimiento, caso contrario a lo observado en pacientes que no reciben este tipo de apoyo. Sin embargo, el paciente es el principal responsable de lograr un comportamiento adherente. (Martín, Grau, & Espinosa, 2014)

Como se mencionó, a pesar de que el apoyo familiar es un aspecto muy importante que se debe considerar, la adquisición del comportamiento adherente va a depender al final únicamente del paciente. Existen aspectos psicológicos que se pronuncian sobre el desarrollo de la adherencia, como, por ejemplo, la educación que haya tenido el paciente sobre su enfermedad y sobre cómo debe tratarla, de lo cual dependerá la actitud con la que la persona afronte su estado de salud. (Martín, Grau, & Espinosa, 2014)

Una publicación más reciente por parte de la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH), realizada por Ibarra y Morillo (2017) reafirma lo expuesto por Núñez y otros (2014), Orellana, Chacón, Quizhpi y Álvarez (2016) y Martín, Grau y Espinosa (2014), al manifestar que el incumplimiento terapéutico abre paso a un gran número de implicaciones cuyo alcance abarca los entornos social, económico y clínico.

Como se cita en este artículo: “Ante un fracaso terapéutico se debe evitar prescribir más fármacos sin antes comprobar la adherencia del paciente al tratamiento.” (Ibarra y Morillo, 2017, p.8)





Esto debido a que, en múltiples ocasiones, prevalece una valoración y diagnóstico erróneo por parte del médico tratante que conduce a un aumento en la dosis o frecuencia de administración del fármaco lo que asciende la probabilidad de aparición de reacciones adversas medicamentosas como también lo mencionan Martín, Grau y Espinosa (2014).

Para el 2007, según el plan de acción nacional estadounidense “Enhancing Prescription Medicine Adherence”, el escaso cumplimiento terapéutico significó un impacto económico de al menos 177 millones de dólares, relacionados a costos sanitarios.

Por otra parte, siete años más tarde, en el 2014, el coste económico reportado por esta misma situación fue de 10 500 millones de euros y, además, alrededor de 10 000 muertes en España y bajo un panorama más amplio en toda la Unión Europea 125 000 millones en costos y 200 000 muertes, situaciones que pudieron ser en su mayoría evitadas bajo una adecuada adherencia. (Ibarra & Morillo, 2017)

Según este plan de acción nacional y como se ilustra en la Figura 2, el no retiro de la medicación es la segunda causa más frecuente (31%) de los factores que afectan la adherencia al tratamiento, superado por un 49% que olvida la toma de su respectiva medicación, mientras que otros pacientes discontinúan la medicación, otros lo hacen, pero en dosis menores a las prescritas por el médico. Esto enfatiza aún más en la necesidad de que los profesionales en salud se comprometan al desarrollo y la aplicación de programas dirigidos a pacientes que incumplen de alguna forma con su medicación. (Ibarra & Morillo, 2017)

Figura 2. Motivos que afectan la adherencia de los pacientes a la medicación.

	Uno de cada tres pacientes no retira la medicación prescrita	31%
	Uno de cada dos pacientes olvida tomar su medicación	49%
	Tres de cada 10 pacientes dejan de tomar la medicación una vez iniciado el tratamiento	29%
	Uno de cada cuatro pacientes toma una dosis menor de la que les ha prescrito su médico	24%

Nota: Elaboración propia con base en Ibarra y Morillo (2017).

En Costa Rica, el sistema de salud pública se encuentra a cargo de la CCSS. Según Arroyo (2014), para el 2011 se despacharon aproximadamente 71 millones de medicamentos, lo que representó un costo de 100 millones de colones, esto refleja el gran consumo de medicamentos que hay en la población costarricense. Como parte de los servicios que brinda esta institución, se encuentra el servicio de farmacia que tiene como uno de sus principales retos garantizar una adecuada atención farmacéutica al paciente.

Sin embargo, de todas estas recetas que han sido despachadas existe una parte que no fueron retiradas, en muchos casos las personas tienen poca claridad acerca del uso correcto de los medicamentos conduciendo a diversos efectos negativos, lo que ha generado interés por parte de los expertos en salud sobre la problemática que existe en torno al mal uso que se les da a los medicamentos. (Arroyo, 2014)

Es por esto que la atención farmacéutica juega un papel muy importante en cuanto a alcanzar una correcta adherencia al tratamiento se refiere. En 1993 se realizó la Declaración de Tokio sobre el papel del farmacéutico en el sistema de atención a la salud, que define la atención farmacéutica como:

...un compendio de práctica profesional, en el que el paciente es el principal beneficiario de las acciones del farmacéutico y reconoce que esta Atención Farmacéutica es el compendio de las actitudes, los comportamientos, los conocimientos, las responsabilidades y las destrezas del farmacéutico en la prestación de la farmacoterapia, con objeto de lograr

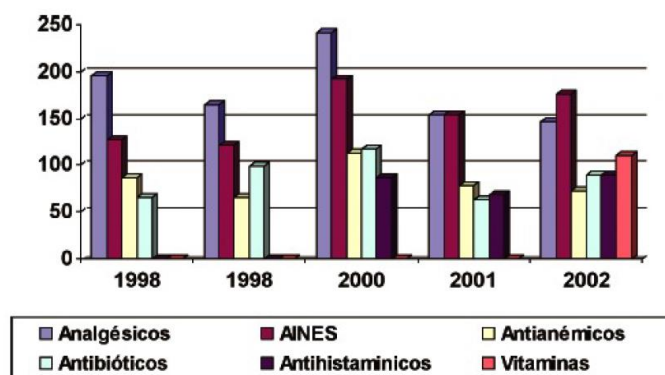
resultados terapéuticos definidos en la salud y la calidad de vida de cada paciente. (Arroyo, 2014, p 59)

Esto quiere decir que cada profesional farmacéutico debe implementar de forma adecuada y tomando en cuenta las características propias de la medicación y las del paciente, programas integrales de Atención Farmacéutica, en especial a los pacientes que se identifiquen como no adherentes para así dar garantía de que el paciente conozca y administre de manera responsable, segura y eficaz su respectiva medicación. (Arroyo, 2014)

En Costa Rica se han desarrollado diferentes estudios que han logrado determinar las causas que llevan a las personas a no hacer el retiro oportuno de los medicamentos, uno de ellos es el realizado por Jiménez (2006), que se titula “Prescripciones de medicamentos no retirados por pacientes ambulatorios de una farmacia de hospital de la CCSS, 1998-2002”, estudio de carácter retrospectivo en donde se establece la relación de las variables, en este caso el grupo terapéutico, el servicio médico que prescribe la receta y la especialidad con la que cuenta el médico.

Los datos recopilados y analizados en esta investigación corresponden a un lapso de cinco años, se demostró que las categorías con mayor incidencia en cuanto al no retiro de las mismas son, en primer lugar, los analgésicos no narcóticos, como es el caso del acetaminofén, seguido por los antiinflamatorios no esteroideos (AINES) y, por último, los antianémicos y antibióticos. En un porcentaje más reducido se encuentran los antihistamínicos y vitaminas, como se puede observar en la Figura 3, Jiménez (2006), además, señala que, contradictoriamente, los medicamentos que más se prescriben son los que menos se retiran.

Figura 3. Número de medicamentos no retirados según grupo terapéutico, en un hospital periférico de la CCSS.



Nota: Tomado de Jiménez, 2006, p 3.

De estos medicamentos que no fueron retirados, el 73% corresponden a prescripciones realizadas por médicos generales; en segundo lugar, se encuentran las prescripciones hechas por médicos especialistas, principalmente en los servicios de consulta externa (51%), seguidos del servicio de emergencias (29%) y en menor medida consulta especializada y otros que incluyen, mayormente, odontología y obstetricia. Jiménez (2006)

Con referencia a los anterior, el total de prescripciones hechas en este período de tiempo en el cual se centró el estudio fue de 6043 y tuvo un impacto económico estimado de ₡ 3 021 500, que incluye gastos directos e indirectos, entre los directos se hace mención de materiales como grapas, etiquetas adhesivas que han sido impresas para rotulación, bolsas plásticas entre otros. Jiménez (2006)

De igual manera, esta situación incurre en un desaprovechamiento de otros recursos que no son de fácil medición o intangibles, por ejemplo, el tiempo invertido en la revisión, preparación y dispensación de cada receta por parte del personal, tanto como los profesionales farmacéuticos y técnicos que de igual manera colaboran en estas labores, además, que estos medicamentos no sean retirados implica trabajo extra para los mismos, al tener que reincorporar los medicamentos a las estanterías y de igual forma llevar el control correcto de inventarios del sistema. Jiménez (2006)

Otras investigaciones se han dado la tarea de identificar las causas para que los pacientes no retiren adecuada u oportunamente los medicamentos en nuestro país. Jiménez (2008) en su análisis sobre las causas del no retiro en pacientes ambulatorios crónicos en el Hospital Dr. Max Peralta de la provincia de Cartago, encontró que una de las variables sociales que influyen en esta temática es el género femenino, ya que un 65% de las mujeres no retiran el medicamento de la farmacia, en contraposición a lo observado en España en el estudio de Ibarra y Morillo (2017), donde aquellas eran más cumplidoras.

En referencia a lo anterior, esto puede deberse a las diferencias culturales y académicas entre ambas poblaciones de estudio, ya que, según lo encontrado por Jiménez (2008), el 80% de los pacientes no completaron los estudios en educación media, esta baja escolaridad está ligada a otra variable como lo es el nivel socioeconómico, que en el caso de estos pacientes tendrá un índice más alto de pobreza y desempleo.

Según un informe de la CCSS, sobre consultas en general y atenciones en urgencias en todos los centros médicos del país, reporta que para el 2013 un 65.31% del total de las consultas corresponde a la población femenina, misma tendencia observada en el caso de las atenciones en los servicios de emergencias donde se reporta que fueron ocupados por un 56.23% de mujeres.

En el caso de género masculino, representado en menor medida, se resalta que esta población asiste menos a las consultas médicas por razones o creencias de ser considerado el sexo fuerte y menos vulnerable a padecer situaciones adversas en su salud. (Solís, 2013)

Con respecto a las causas que presentan los pacientes para no hacer retiro de su medicación encontradas por Jiménez (2008), se mencionan a continuación, en orden del principal motivo al menos frecuente, vencimiento del tiempo efectivo establecido para hacer el retiro, el paciente tenía medicamentos restante del mes anterior en su hogar, dependen de otras personas para retirar los fármacos, el tiempo de espera largo, olvidos involuntarios, habitan en zonas alejadas al hospital y, por último, por impedimento físico. Ello pone en evidencia la falta de una buena educación en materia de salud y, por tanto, una pobre adherencia al tratamiento.

Por último, es importante destacar, que para este estudio los medicamentos que menos fueron retirados son los indicados para el tratamiento de la Hipertensión arterial y Artritis reumatoide, lo cual coincide con el perfil de estos pacientes, ya que según los resultados de Jiménez (2008), entre los usuarios de este centro prevalecen las enfermedades asociadas a problemas cardíacos como presión arterial alta, hipertrigliceridemia y de hipercolesterolemia.

El no retiro de medicamentos es una situación que se presenta tanto en centros de salud pequeños hasta en hospitales nacionales especializados, tal es el caso del Hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí y Torres, donde se demuestra que los medicamentos no retirados en este centro, en primer lugar se encuentran los antidepresivos fluoxetina e imipramina, seguido por antihistamínicos como la difenhidramina e hidroxicina, sustancias controladas como el clonazepam, metilfenidato y diazepam, en cantidades menores anticonvulsivantes como la risperidona, divalproato de sodio y la carbamazepina. (Padilla, 2015)

Ante esta circunstancia, se planteó en la investigación conocer las razones de los pacientes para no hacer retiro de sus medicamentos, por medio de llamadas telefónicas, teniendo como resultados que la mayoría de no lo hace porque aún tienen fármacos almacenados en sus hogares,

misma razón que se menciona en el estudio de Jiménez (2008), quedando en manifiesto la preocupación de que los pacientes comentan errores de administración de los tratamientos. (Padilla, 2015)

Otras razones encontradas fueron que el paciente no pudo retirar su medicación por dificultad con el trabajo, perdió la colilla entregada para el despacho, olvidos involuntarios, otros retiraron en distintos centros de salud, algunos tenían la creencia de no necesitar el medicamento y, por último, se mostraron inconformes con el tratamiento prescrito o, bien, tenían dudas sobre él.

De lo anterior, es evidente que el papel de los profesionales en salud, especialmente el farmacéutico, es identificar los problemas relacionados con la no adherencia para, así, tomar acciones y guiar al paciente a lo largo de su tratamiento. (Padilla, 2015)

Cabe agregar que, en el caso específico de los pacientes que no retiran los tratamientos por tener cantidades almacenadas en sus hogares, Ramírez (2016), en su investigación sobre el grado de acumulación de fármacos dispensados por farmacias de la CCSS en Llorente de Tibás, encontró que puede haber relación entre los medicamentos no retirados mencionados en estudios anteriores con los acumulados en los hogares, teniendo como mayoría antidiabéticos, antihipertensivos, analgésicos y antiinflamatorios, principalmente.

Es alarmante visualizar como muchos pacientes que padecen enfermedades crónicas almacenan gran cantidad de tratamientos, ya que el cantón de Tibás ocupa el segundo lugar en la cantidad de fallecimientos por enfermedades cerebrovasculares (ECV) y el segundo lugar en muertes por infarto agudo de miocardio (IAM). En relación con esto, los medicamentos que se encontraron en los hogares son particularmente los que se utilizan para tratar enfermedades de riesgo para esas causas de fallecimientos. (Ramírez D. , 2016)

En Panamá, la Caja de Seguro Social (CSS) reporta que, en el primer cuatrimestre del 2018, más de 22 000 pacientes no retiraron sus medicamentos. Según la jefatura de Farmacia, el problema no es la cantidad de usuarios que no retiraron, ya que representan solo un 1% del total de prescripciones realizadas en los centros médicos de la CSS, sino la inversión en vano en cuanto a personal y tiempo. (González, 2018)

La CSS posee una normativa que indica que los pacientes tienen un lapso de 72 horas para hacer el retiro oportuno de sus medicamentos, mismo tiempo con el que se cuenta en la CCSS en recetas de consulta externa, por lo que se debe esperar que culmine este tiempo para reintegrar el medicamento al *stock* y ser entregado a otros pacientes.

Por lo general, las personas que no retiran sus medicamentos y, por ende, no los utilizan son más propensas a volver al centro médico por más cantidad con un mayor costo económico por complicación del padecimiento, lo que además contribuye a saturar los servicios. (Perea, 2018)

Dentro de los medicamentos no retirados que fueron reportados por la CSS se encuentran los analgésicos y antiinflamatorios no esteroideos, principalmente, lo que podría indicar que los pacientes solo acuden a los centros de salud para obtener un certificado de incapacidad laboral. Dentro de las medidas que pueden ser tomadas se destaca incluir en el expediente clínico de cada paciente la información sobre si está cumpliendo o no con el tratamiento prescrito, para que un equipo multidisciplinario indague la causa de la no adherencia. (González, 2018)

Según lo que reporta Perea (2018), la problemática que se vive en nuestro país vecino, Panamá, dentro de su sistema de seguro social, de acuerdo con los profesionales que forman parte de la CSS, es una situación que no puede justificarse, ya que la gran mayoría que no retira su medicación en el lapso establecido habitan en la misma zona donde se encuentra el centro de salud correspondiente.

De los anteriores planteamientos se resalta la necesidad de implementar una adecuada educación al paciente. Como lo mencionan Ibarra y Morillo (2017), es fundamental realizar actividades educativas como parte de la atención farmacéutica y entre las herramientas con que cuenta el farmacéutico se encuentran la creación de boletines informativos, carteles, información en revistas de salud, entrevistas a los pacientes individuales, charlas dirigidas a diferentes poblaciones, información en los medios de comunicación y, más a la mano con la tecnología, sitios *webs* y aplicaciones telefónicas.

En la actualidad, el gran avance en el desarrollo de nuevas tecnologías y medios de comunicación implica la adaptación de los sistemas de salud a los cambios que se presentan. Por ello, es importante identificar cuales métodos son aplicables en el campo de la medicina y farmacia, con el fin de promover el bienestar de los pacientes, al buscar mejorar la adherencia al tratamiento,

lo cual como se ha mencionado beneficia no solo al individuo, sino también a la comunidad en la que este se desenvuelve. (Ibarra & Morillo, 2017)

En un estudio aleatorizado “randomizado”, se compararon dos métodos que funcionan como un recordatorio para que el paciente tome su medicación a la hora respectiva: el primero se basa en mensajes de texto y el segundo, en monitores digitales de medicación, estos últimos son pequeñas contenedores en donde se almacena la medicación y, por medio de una alarma, se le notifica al paciente sobre la dosis pendiente que debe administrarse. (Liu, y otros, 2015)

Los autores Liu y otros (2015) concluyen que, con el uso de dispositivos electrónicos, se dan mejores resultados que al utilizar la mensajería de texto como sistema de recordatorio, debido a que se nota un aumento significativo en la adherencia al régimen terapéutico.

Por ello, al analizar estos resultados, se puede concluir que actualmente el uso de la tecnología es clave para el desarrollo de métodos que mejoren la adherencia; en el caso específico del no retiro de medicamentos, es importante generar nuevas herramientas, por ejemplo, el uso de dispositivos móviles y aplicaciones que contribuyan a este fin.

Sin embargo, como lo indican Thakkar y otros (2016), el uso de la telefonía móvil por medio de mensajes de texto no es un método que deba ser descartado del todo, ya que según el metaanálisis titulado “Text Messaging for Medication Adherence in Chronic Disease”, el uso de esta técnica duplica las probabilidades de que el paciente se adhiera a su medicación, mejorando hasta en un 50%, sobre todo en aquellos de mediana edad que presentan enfermedades crónicas.

Es evidente que el uso de la tecnología es beneficioso, principalmente para generar una cultura de responsabilidad con su salud y tratamientos y, en una era tecnológica como la que se vive en estos días, es de suma importancia adaptar estos métodos a otras áreas, por ejemplo, que sirvan como una herramienta del paciente para que esté al tanto de retirar sus medicamentos y así reducir la cantidad de desechos que contaminan el medio ambiente y el costo económico que esta situación. (Thakkar, y otros, 2016)

En el trabajo sobre la promoción del uso racional de medicamentos mediante la implementación de espacios informativos, Barrantes (2013) hace énfasis en aprovechar la celebración del día R, en julio de cada año, para acercarse más a la comunidad y en conjunto con

otros profesionales de salud generar conciencia en la población en cuanto al buen uso de sus medicamentos, aumentando así la eficacia del tratamiento.

De esta manera, a nivel de la CCSS, se realizan una serie de actividades con el propósito de incentivar en la población el uso racional de medicamentos mediante la elaboración de materiales informativos y charlas educativas por parte del personal farmacéutico, por ello es importante el desarrollo de esta investigación, con el fin de que el personal de salud reconozca o identifique cuáles factores asociados a los pacientes generan pistas sobre el riesgo de una mala adherencia al tratamiento.

De igual manera, Vega (2015) menciona las pautas con las que se debe cumplir para brindar una atención óptima en los servicios de farmacia. La primera de ellas es que los farmacéuticos tengan como prioridad el bienestar de los pacientes; en segundo lugar, se menciona que la labor principal de aquea es favorecer el uso correcto de los medicamentos tanto a los pacientes de forma individualizada como a toda la comunidad, por medio de la provisión de fármacos seguros y de calidad, el despacho de cada receta junto con el apropiado asesoramiento que garantice la eficacia terapéutica del tratamiento.

Como se ha encontrado en estudios anteriores, el tiempo de espera es un factor influyente en la satisfacción de los pacientes y la percepción que ellos manejan sobre el servicio, las capacidades y el compromiso del personal. En el Hospital Dr. Rodolfo Nieto Padrón de México, según los resultados de la encuesta de García y León (2014), se encontró que el 74.47% de las personas reportaron estar satisfechas con el tiempo que esperaron para la entrega de sus medicamentos, de ocho minutos, ello demuestra la importancia de implementar estrategias que permitan disminuir el tiempo de preparación de las recetas.

En Costa Rica, en el Hospital de Grecia, se ha logrado una reducción de hasta un 30% en los tiempos de espera en el servicio de farmacia. Según Coto (2013), en las recetas de consulta externa se redujo el tiempo de preparación de los medicamentos a una hora y 20 minutos, mientras que en el servicio de emergencias se reportó una reducción de aproximadamente 45 minutos, todo esto gracias a un proceso de evaluación y cuantificación de los tiempos de espera, seguido de una redistribución del espacio y un mejor aprovechamiento y rendimiento del personal.

El Hospital Calderón Guardia es otro centro en el cual se ha alcanzado reducir los tiempos de espera en el servicio de farmacia, en este caso, el de preparación de las recetas médica, bajó aproximadamente a la mitad del tiempo habitual, de 4-6 horas a dos horas y media para las recetas de consulta externa.

Gracias a una redistribución de la planta del servicio que optimizó el flujo de la receta y un sistema de control de ingreso de la receta al área de revisión inicial, digitación, acopio, preparación, revisión final, empaque y acomodo en el estante, se obtuvo un mejoramiento en el tiempo en cada uno de estos procesos. (Henry, 2014)

A nivel internacional, también se ha reportado que en otros hospitales se ha logrado reducir los tiempos de espera por la receta médica, como en el Hospital Clínico Félix Bulnes en Chile, en el cual se redujo hasta un 70% el tiempo de preparación de las recetas, incluso en horarios de alto flujo de pacientes, pasando de cuatro a una hora, todo esto, como resultado de la puesta en marcha de un proyecto de mejora en el flujo de atención y reemplazo del antiguo inmobiliario, aumentando la satisfacción del personal que labora en este servicio. (Hospital Clínico Félix Bulnes, 2017)

Es así como, bajo la línea investigativa de este estudio, se pretende obtener un conocimiento más específico sobre cuáles son las poblaciones del cantón de Turrialba que requieren una mayor atención médico-farmacéutica, con el propósito de implementar campañas de información dirigidas específicamente a las comunidades que presenten los factores de riesgo identificados y que se asocian con el no retiro de medicamentos.

Proyecciones

La presente investigación va a basar sus resultados en un análisis estadístico aplicando el método del chi cuadrado a las diferentes variables proporcionadas por la jefatura del HWAT, específicamente la edad, el género, la zona geográfica, escolaridades propias del usuario, además de la especialidad y el servicio en donde se prescribió la receta, con el fin de determinar si existe o no relación con la problemática del no retiro de medicamentos. También, se realizará una entrevista al personal farmacéutico que labora en el centro, para identificar las fortalezas y debilidades de la recepción y despacho de recetas en el servicio, con el fin de realizar una propuesta de mejora.

No se incluirá un posterior análisis para determinar el tipo de relación que existe entre las variables mencionadas y el no retiro de medicamentos, ni se determinarán las causas que motivan a las personas a no retirar su medicación prescrita, por lo que se deja la posibilidad a otros investigadores en el futuro de continuar con el estudio y profundizarlo aún más.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

Introducción

Este capítulo se fundamentará en la descripción y el análisis de conceptos y terminología debidamente argumentada que le permitirán al lector tener ideas más claras acerca de los contenidos que giran en torno a la investigación. El contenido de esta sección abarcará tanto información básica, como complementaria y específica en relación con el tema de estudio planteado.

En primer lugar, se iniciará con la definición y descripción de las organizaciones encargadas de regular la salud pública a nivel mundial, seguidas de la evolución del concepto de salud a través de diferentes investigaciones e informes a nivel mundial y nacional relacionadas con la salud pública, en los cuales se destaca la presencia de determinantes sociales que influyen de manera directa en la salud de la población en general. Así mismo, se hará una descripción de los diferentes modelos establecidos para representar de alguna manera la realidad social y plantear sistemas o procesos que mejoren la situación actual.

Para tener una visión más profunda de la zona geográfica a la que pertenece el HWAT, se hará una descripción profunda del cantón de Turrialba y de sus 12 distritos con información obtenida del Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC) durante el último censo realizado en el país en el 2011, donde se describen las características más importantes de la población que habita cada distrito.

De la misma manera, se hará mención de las instituciones encargadas de velar por el sector salud del país, como el Ministerio de Salud y la CCSS, así como una descripción de los diferentes niveles de atención presentes en cada una de las siete regiones que dan cobertura al país, dentro de los cuales se ubica el Hospital William Allen Taylor del cantón de Turrialba. Por su parte, es importante tener el conocimiento sobre el hospital en el que se realizará el estudio, por lo cual se recopilará información histórica y de los servicios que ofrece a la comunidad, en especial el de farmacia.

En este punto también se analizarán los procedimientos que se llevan a cabo dentro del servicio de farmacia de dicho hospital para la correcta preparación y dispensación de los

medicamentos, la logística bajo la cual funciona este servicio en cuanto al personal y cuáles son las funciones que le corresponden y el procedimiento que debe seguirse para el reintegro de medicamentos, según los procedimientos establecidos.

Para finalizar, se describen ampliamente las principales características de las categorías farmacológicas a las que pertenecen los medicamentos que no son retirados por la población que utiliza los servicios del HWAT, en el cantón de Turrialba, como aplicaciones terapéuticas, efectos adversos, interacciones farmacológicas y otros aspectos importantes de cada uno de estos grupos.

Salud pública

Principales organizaciones reguladoras de la salud pública a nivel mundial

Desde principios de 1900, se ha ido incluyendo la salud como tema de importancia mundial, por esto, han surgido diferentes organismos internacionales cuyo objetivo es asegurar, resguardar y preservar la salud de cada uno de los habitantes de las naciones mediante la implementación de políticas en conjunto con los gobiernos de cada país.

A continuación, se realiza una breve reseña de dos de las más importantes entidades en tema de salud: la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), las cuales mantienen estrechos vínculos internacionales entre sí. (Silva, 2010)

Organización mundial de la Salud (OMS)

Durante una reunión de diplomáticos en San Francisco, Estados Unidos, en 1945, dentro de los temas debatidos estuvo crear una organización encargada de velar por la salud mundial. Así, el 7 de abril de 1948 entró en acción la OMS.

Durante la celebración de la primera asamblea mundial, tres meses después, se establecieron las principales prioridades de esta organización, como tratar la tuberculosis, enfermedades de transmisión sexual, salud materno-infantil, saneamiento ambiental, nutrición, entre otras, que hoy continúan siendo temas de gran importancia. (Organización Mundial de la Salud, 2006)

La OMS es un organismo internacional responsable de la salud, que forma parte del Sistema de las Naciones Unidas, conformado por 192 estados miembros, los cuales se reúnen cada año en Ginebra, Suiza, con el fin de crear pautas y normas sanitarias que ayuden a los países a abordar adecuadamente cuestiones o problemáticas en materia de salud pública, con el principal propósito de mejorar la calidad de vida de las personas. (Organización Mundial de la Salud, 2006)

Con respecto a lo mencionado, el objetivo principal de la OMS (2006), según lo indica su constitución, es “que todos los pueblos alcancen el nivel más alto posible en salud.” (p.9)

Por tanto, en este documento también se menciona que, para para alcanzar dicho objetivo, la organización debe llevar a cabo ciertas funciones, que se describen a continuación:

- Ayudar a los gobiernos a fortalecer los servicios de salud.
- Proporcionar asistencia en casos de emergencia.
- Trabajar para lograr la erradicación de epidemias y enfermedades endémicas.
- Promover la cooperación con otros organismos para mejorar la nutrición, vivienda, saneamiento y condiciones económicas.
- Promover y realizar investigaciones en el campo de la salud. (World Health Organization, 2014)

Durante los años 70, la OMS elaboró la primera lista de medicamentos esenciales que se definen como “fármacos que permiten atender las necesidades sanitarias prioritarias, cuya eficacia y seguridad se apoyan en datos científicos fehacientes y representan una buena inversión en términos de valor por dinero” (p.3)

Esta lista, con el paso del tiempo y de acuerdo con las necesidades, ha ido modificándose y adaptándose para cubrir con las necesidades de cada nación. (World Health Organization, 2017)

Para el 2017, esta lista se encontraba conformada por 433 medicamentos esenciales, duplicando la primera publicada con 208. Actualmente, incluye medicamentos para tratar enfermedades prioritarias como VIH/SIDA, tuberculosis, paludismo, trastornos de la salud reproductiva y enfermedades crónicas que son más frecuentes con el paso del tiempo, por ejemplo, diabetes y cáncer. (World Health Organization, 2017)

Otro beneficio importante que ha logrado consolidar la OMS es la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, conformada por expertos en el ámbito de políticas sociales y de atención de salud. Esta comisión surgió en respuesta a la preocupación existente sobre la situación de pobreza y vulnerabilidad que sufren ciertos sectores de la población, en quienes se observa un mayor deterioro de la salud. (World Health Organization, 2017)

Organización Panamericana de la Salud (OPS)

Al igual que la OMS, la OPS es una institución especializada en salud pública dentro del continente americano, su misión es “liderar esfuerzos colaborativos estratégicos entre los Estados Miembros y otros aliados, para promover la equidad en salud, combatir la enfermedad, y mejorar la calidad y prolongar la duración de la vida de los pueblos de las Américas.” (p.4)

Así, tiene en cuenta valores como la integridad, el respeto, la solidaridad, la excelencia y la equidad. (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2014)

La OPS se creó oficialmente el 2 de diciembre de 1902 con el nombre de Oficina Internacional Sanitaria, posterior a una epidemia de fiebre amarilla que afectó a las poblaciones de América del Sur, en un principio, y luego se propagó hasta el norte en los Estados Unidos, debido a la necesidad de combatir las epidemias que se extendían a lo largo de los países de la región y brindar protección a la salud de la población y la economía de los estados. (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2014)

En 1958, tomó el nombre oficial de Organización Panamericana de la Salud, con sede en Washington y desde sus inicios hasta la actualidad ha tenido logros importantes, por ejemplo, un aumento de 35 años en la esperanza de vida, disminución en la mortalidad infantil, expansión significativa en la cobertura a nivel de salud en poblaciones más vulnerables y desiguales, reducción de la carga sanitaria, social y económica de enfermedades transmisibles, prevenibles y causadas por vectores. (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2014)

Para alcanzar los objetivos que se plantean, debe cumplir con seis funciones básicas, con el fin de lograr los mejores resultados en materia de salud y bienestar en el continente, las cuales se citan a continuación:

- Mantener y ejercer el liderazgo en asuntos trascendentales para la salud de la población y tomar parte de distintas alianzas con otras instituciones en situaciones que lo requieran.
- Impulsar diferentes líneas investigativas para desarrollar, aplicar y divulgar información valiosa.
- Promover y desarrollar normas y/o modelos, darle seguimiento a la aplicación y resultados de estos.
- Formular políticas que reúnan los principios éticos y bases científicas.
- Favorecer la cooperación técnica entre los Estados Miembros de la organización, con el fin de prolongar la capacidad de la institución.
- Darle seguimiento a todas las situaciones que tengan que ver con el tema de salud con el fin de determinar tendencias sanitarias.

La OPS, dentro de sus estrategias, busca disminuir la desigualdad que existe tanto entre los países, como dentro de ellos en materia de salud, en todo el territorio americano, principalmente en países como Bolivia, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Nicaragua, Paraguay y Surinam, mediante la promoción de investigación que genere información real para tomar decisiones y reducir las inequidades existentes, centrando la atención en cuatro temas transversales esenciales para abordar los determinantes en salud: la edad, el género, los derechos humanos y la etnicidad. (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2014)

La región de América Latina y el Caribe es considerada, según varios estudios realizados recientemente, como el sector más inequitativo del mundo, por lo que es de suma importancia crear redes colaborativas entre países para alcanzar una mejor cobertura universal de la salud en todos los sectores de la sociedad, de ahí que se deban fomentar aún más las investigaciones que puedan adaptarse a las características de cada sociedad. (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2014)

Un punto importante que toma en cuenta esta organización es la reducción en la carga de las enfermedades no transmisibles, como hipertensión y diabetes, enfermedades mentales y sus correspondientes factores de riesgo, ya que aproximadamente el 75% de las defunciones que se dan en el continente americano se atribuyen mayormente a ese tipo de enfermedades que pueden

prevenirse en gran medida, mediante la promoción de estilos de vida saludables. (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2014)

En relación con lo anterior, durante el 2010, el costo económico solamente en la atención de ese tipo de enfermedades generalmente crónicas abarcó más del 75% del total de todos los gastos que se otorgaban a los servicios de salud.

Una de las medidas que se puede tomar para mitigar el aumento de gastos innecesarios es el fortalecimiento de los sistemas de salud de cada país, tomando en cuenta los determinantes sociales y asegurando una prestación de servicio integral, acceso y uso racional de los medicamentos, así como desarrollar o mejorar los sistemas de información para integrar la evidencia en las políticas de salud. (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2014)

El concepto de salud pública

La salud pública en Costa Rica y a nivel mundial se ha caracterizado por una constante: la determinación y el esfuerzo continuo por frenar o hacerles frente a las diversas enfermedades que a lo largo de los años han afectado a diferentes poblaciones y asentamientos de la humanidad, en cualquier parte del mundo donde estos se encuentren.

La salud es un derecho humano transcendental que no debe ser negado y, por lo tanto, se apoya mediante el conjunto de esfuerzos que realiza cada institución de salud encargada de velar por que ese derecho sea accesible para todos. (Pagés, 2014)

Como se puede constatar en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948 en la ciudad de París, se establece en el artículo número 25 que:

Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad (ONU, 1948, p.7)

El término salud puede definirse de distintas formas. Según la constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS), se define como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.” (p. 1)

Resulta oportuno señalar que la OMS, desde que los representantes de 61 estados firmaron este decreto en Nueva York en 1946, se puso de manifiesto que la salud también depende de las características sociales de cada individuo, de la sociedad y las condiciones de cada país. (Organización Mundial de la Salud, 2014)

De igual forma, años atrás, el Dr. Charles Edward Amory Winslow, una figura en el desarrollo de la salud pública en la Universidad de Yale, en 1920, presentó una definición de salud pública como “la ciencia y el arte de prevenir la enfermedad, prolongarla vida y promover la salud mediante el esfuerzo organizado de la sociedad.” (Citado por Pagés, 2014)

Ello refleja que la sociedad es un factor determinante en el aseguramiento de una buena calidad de vida basada en la salud.

A mediados del siglo XX, el concepto de salud ha venido experimentado un proceso de cambio, no solo centrándose en la búsqueda constante de los factores que propician las patologías en las personas, sino que se ha ampliado hasta incluir los principales modulares de salud y enfermedad, conocidos como determinantes en la salud.

La salud se encuentra estrechamente ligada a las condiciones de vida que caracterizan a un individuo, en la Tabla 1 se puede observar la evolución que ha tenido este concepto hasta la actualidad. (Palomo, Grande, & Linares, 2014)

Tabla 1. Evolución del concepto de salud.

<p>I. Concepto tradicional: La salud es la ausencia de enfermedades e invalideces, es la vida en el silencio del cuerpo.</p> <p>II. Salud y bienestar: El estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedades.</p> <p>III. Salud adaptación, equilibrio, capacidad de funcionar: La salud es el estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones en dicho medio.</p> <p>IV. Salud como forma de vida: La salud es una forma de vivir que es satisfactoria, autónoma, solidaria y feliz.</p> <p>V. Salud positiva, potencial personal y factor de desarrollo humano: La salud es la capacidad de desarrollar el propio potencial personal y responder de manera positiva a los problemas del ambiente.</p>
--

Nota: Palomo, Grande y Linares (2014, p. 73).

En la actualidad ha quedado de manifiesto que la salud no es únicamente un problema que recaiga en los centros de salud de cada nación, sino que existen diferentes intermediarios que de forma directa o indirecta contribuyen a la sostenibilidad de la salud pública, al tomar posición e intervenir de forma activa en el proceso de investigación y estructuración de planes que tengan como finalidad cubrir los requerimientos en salud de la población. Algunos de esos intermediarios que pueden tomar parte importante en la salud pública son las instituciones no gubernamentales, religiosas o académicas y la comunidad propia de cada nación. (Pagés, 2014)

Sobre la base de las consideraciones anteriores, Frenk, Gómez y Moon (2014), en el artículo titulado “De la soberanía a la solidaridad: un concepto renovado de salud global para una era de interdependencia compleja”, hacen énfasis en que, hacia el futuro, es necesario desarrollar un nuevo concepto o adaptar la definición de salud pública, con el fin reflejar la realidad que se vive en el presente; por consiguiente, los autores mencionan dos principios clave que definen la salud pública actual:

1. La salud global no debe ser vista como salud ajena que no afecta únicamente a un país, sino más bien como un concepto globalizado que compete a todas y cada una de las personas de cada nación.
2. El segundo punto clave hace referencia a que la salud global debe interpretarse como el resultado de una interdependencia entre la salud, la economía y los efectos que tiene la geografía sobre la política y relaciones internacionales (geopolítica).

Con respecto a los principios descritos, ante la globalización que ha venido surgiendo con el paso de los años, la salud pública ha pasado de ser una situación aislada que le atañe solo a cada país o región a convertirse en una condición que compete a manera de beneficio o, en su defecto, que afecta a todas las personas que habitan el planeta.

En la Tabla 2 se ejemplifican las amenazas y oportunidades que puede ocurrir con la globalización en términos de salud pública. (Frenk, Gómez, & Moon, 2014)

Tabla 2. Amenazas y oportunidades de la globalización en salud pública por el flujo transfronterizo de la población.

	Ejemplos de amenazas	Ejemplos de oportunidades
Elementos del entorno natural	Amenazas ambientales (cambio climático). Propagación de patógenos (enfermedades transmitidas por animales o zoonosis).	Mejor acceso a los recursos naturales como por ejemplo el agua.
Personas	Propagación de patógenos transmitidos entre personas (enfermedades de trasmisión sexual)	Extensión de conocimientos y habilidades.
Producción de bienes y servicios	Adaptación de prácticas perjudiciales (fabricas contaminantes en países con débiles sistemas de regulación). Adopción de estilos de vida sedentarios.	Crecimiento económico y traspaso de tecnología.
Consumo de bienes y servicios	Distribución de productos nocivos. Comercio de alimentos poco saludables.	Difusión de tecnologías médicas. Adopción de servicios que mejoran la salud.

Información, conocimiento y cultura	Uso inapropiado de las tecnologías, como el uso irracional de antibióticos causando resistencia.	Difusión de conocimientos y prácticas que mejoran la salud.
Normas	Tratados transnacionales que restringen las políticas regulatorias nacionales.	Reglas transnacionales centradas en la protección de la salud.

Nota: Elaboración propia, con base en Frenk, Gómez y Moon (2014).

Por lo tanto, ante tal situación se puede inferir que, a pesar de que existen diferentes tipos de gobiernos en cada país alrededor del mundo, cada una de estas naciones deben colaborar entre sí, es decir, alcanzar una solidaridad global con respecto a la salud pública que unifique a todas en búsqueda no solo de corregir las desigualdades existentes, sino también de asegurar el cumplimiento de los derechos universales de las personas, como el derecho a la salud. (Frenk, Gómez, & Moon, 2014)

En el caso puntual de América Latina, actualmente el crecimiento de la salud global se encuentra en una etapa de desarrollo, sin embargo, durante los últimos 10 años ha aumentado el interés de los gobiernos e, inclusive, de las universidades e institutos de la región, debido a la amplia desigualdad en materia de salud pública que caracteriza a cada uno de estos países. Por tanto, el desarrollo que se ha venido dando impulsa la capacitación de los profesionales en salud y otras disciplinas para la creación y legitimidad de instituciones, además de centros que velen por la salud global. (Solimano & Valdivia , 2014)

Con respecto a esto, en el 2009 se celebró una reunión convocada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la OMS en la que se debatió un nuevo modelo conceptual sobre la salud internacional, en esta se llegó al acuerdo de que, en el caso específico de América Latina, el término salud global tiene el potencial ampliarse para alcanzar una definición mucho más completa, debido a que en ella se puede llegar a entender de una mejor manera cuáles son los factores involucrados en la salud de la población. (Solimano & Valdivia , 2014)

Varios gobiernos latinoamericanos han determinado la importancia de ciertos factores que se relacionan con sus funciones, por ejemplo, “las relaciones internacionales y la diplomacia, el comercio exterior, la regulación de la industria de medicamentos y de alimentos, la acreditación de

profesionales migrantes y la transmisión interpaíses de enfermedades trasmisibles.” (Solimano y Valdivia, 2014, p. 358-359)

Con el desarrollo integral de la salud global, no obstante, estos factores han sido abordados de forma deficiente por distintas instituciones gubernamentales de esta región.

Como parte de la globalización mundial, la creación de nuevas entidades, alianzas y redes permiten dar un gran paso hacia adelante en cuanto al establecimiento de vínculos entre las diferentes naciones que en tiempos pasados eran impensables, estas diferentes conexiones pueden contribuir de manera directa y efectiva en el desarrollo social, económico y por supuesto en materia de salud. (Solimano & Valdivia , 2014)

Alianza Latinoamericana de Salud Global

Como parte de estas entidades, se encuentra la Alianza Latinoamericana de Salud Global (ALASAG), formada en abril del 2010, con una red de instituciones académicas para fortalecer la salud en la región. Dicha alianza nació a raíz de la preocupación de la región por hacerles frente a los riesgos de salud que amenazan a las poblaciones, bajo el fundamento de la realidad nacional que se vive e identifica a cada población. (Solimano & Valdivia , 2014)

Actualmente, la ALASAG está conformada por 11 instituciones académicas, distribuidas en ocho países latinoamericanos, nombradas a continuación:

- Instituto Nacional de Salud Pública de México (INSP).
- Escuela de Salud Pública “Dr. Salvador Allende G” de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.
- Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH).
- Instituto Nacional de Salud de Brasil (FIOCRUZ).
- Facultad de Salud Pública de la ciudad de São Pablo, Brasil.
- Escuela Nacional de la Universidad de Antioquia, Colombia.
- Universidad de la Fundación ISALUD, Uruguay.
- Fundación Universidad del Norte, Colombia.
- Universidad del Estado de Rio de Janeiro (UERJ), Brasil.

- Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud (CIES) de la Universidad Autónoma de Nicaragua – Managua (UNAM).
- Escuela de Salud Pública de la Universidad de Costa Rica (ESP/UCR).

En conjunto, estas instituciones académicas se orientan bajo la misión de “impulsar el abordaje de Salud Global en la enseñanza, capacitación, investigación, vinculación y cooperación técnica en Latinoamérica y el Caribe a través de colaboraciones interinstitucionales” (Solimano y Valdivia, 2014, p. 360)

Sobre el fundamento de la misión expuesta, esta Alianza plantea alcanzar los siguientes objetivos bajo las posibilidades de cada miembro citados en la Tabla 3.

Tabla 3. Objetivos planteados por la Alianza Latinoamericana de Salud Global.

Objetivos

1	“Promover la cooperación internacional utilizando modelos que integren diversas disciplinas, sectores, niveles y métodos que generen sinergias y colaboraciones en temas de salud global, prioritarios para América Latina y el Caribe.” (p.1)
2	“Aprovechar las nuevas dinámicas de cooperación que enfatizan un ambiente de colaboración regional, especialmente entre las naciones del sur, y potenciando colaboraciones con flujos de Sur a Norte y de Norte a Sur en áreas de la Salud Global en la investigación, formación y capacitación de recursos humanos, vinculación y cooperación técnica.” (p.2)
3	“Contribuir a la institucionalización del Congreso Latinoamericano y del Caribe sobre Salud Global como el foro oficial de ALASAG, con una periodicidad bianual.” (p. 3)

Nota: Elaboración propia, con base en ALASAG (2013).

Es importante mencionar en este punto cómo, a través de los objetivos de la ALASAG, se reflejan la necesidad y el deseo de las instituciones miembros por mejorar la salud de la población en igualdad de oportunidades.

Cuando hablamos de salud global, obligatoriamente se llegará a debatir sobre la desigualdad social que aqueja a la mayoría de los países latinoamericanos, por lo cual es esencial promover la cooperación entre ellos, consolidando la investigación y fortaleciendo una enseñanza que

contribuya a la formulación de políticas que busquen alcanzar altos índices de justicia social. (Solimano & Valdivia , 2014)

Determinantes de la salud y la desigualdad social

Más de 30 años bajo un sistema neoliberalista ha condensado las riquezas y el poder, beneficiando principalmente a un sector de la población, tanto en el ámbito educativo como en el tema de salud. En Latinoamérica, la gran desigualdad que caracteriza a las poblaciones ha impulsado la urgente búsqueda de soluciones para construir una sociedad más equitativa en justicia social. (Villar, 2015)

La Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud (CDSS), constituida en el 2008, liderada por Sir Michael Marmot, un reconocido investigador epidemiológico y por iniciativa del Director General de la OMS, el Dr. Lee Jong Wook, fue fundada con el propósito de identificar y estudiar las diferentes determinantes sociales y sus causas relacionadas con la desigualdad en salud para establecer recomendaciones para realizar el abordaje oportuno. (Villar, 2015)

Además, se pone en manifiesto que los distintos servicios de salud de cada país se consideran, de igual manera, como un determinante social, porque en muchas ocasiones pueden estar relacionados con una disminución en el capital económico propio de cada individuo o núcleo familiar, debido a que la atención en muchos de estos centros de atención implica una inversión monetaria significativa que conlleva a un deterioro de la situación socioeconómica, creando un círculo vicioso que da como resultado daños en la salud de cada individuo, siendo esta en Estados Unidos la principal causa de bancarrota en las familias. (Villar, 2015)






La OMS ha establecido dos diferentes etapas para evidenciar la relación entre los determinantes sociales y la desigualdad con respecto a la salud. El inicio de la primera etapa consistió en recoger información de carácter científico que permitió sustentar el conocimiento en referencia a esta situación; posteriormente, la segunda etapa consistió en lograr la aprobación de acuerdos internacionales bajo un consenso político, para esto se coordinó la Conferencia Mundial de los Determinantes Sociales en Salud en Río de Janeiro el 31 de octubre del 2011. (Villar, 2015)

Dentro de esta conferencia se aprobó la Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud, en donde jefes de estado, ministros y representantes de cada gobierno

acordaron lograr una equidad social y sanitaria mediante la implementación de acciones integrales en salud, basados en la relación entre el bienestar y los diferentes determinantes sociales, ya que la igualdad en salud es una responsabilidad de todos, tanto del gobierno y la sociedad como de cada individuo miembro de la comunidad. (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2011)

En esta Declaración se establecen cinco ejes centrales que deben ser tomados en cuenta al generar disposiciones que afecten de forma directa los determinantes sociales en salud y que puedan ser una herramienta para acabar con las desigualdades existentes: la gobernanza, el trabajo intersectorial en el sector salud, el apoyo internacional, la medición y monitoreo y por último la participación social. (Villar, 2015)

Figura 4. Ejes centrales definidos en la Declaración política de Río sobre determinantes sociales en salud.

	Gobernanza	Favorecer un gobierno que permita establecer mecanismos de abordaje que involucren diferentes sectores.
	Trabajo intersectorial en el sector salud	El sector salud debe contribuir de forma efectiva para lograr reducir las inequidades basándose en los distintos determinantes sociales.
	Apoyo internacional	Permitir un apoyo internacional integral en el abordaje de la salud mediante diferentes organizaciones con un fin común.
	Medición y monitoreo	Evaluar el impacto que generan las políticas aplicadas sobre el campo de la salud.
	Participación social	Involucrar a varios actores de la sociedad para lograr políticas eficaces y que puedan contribuir a que los grupos sociales más desprotegidos puedan adquirir poder e independencia para mejorar su situación. .

Nota: Elaboración propia, con base en Villar (2015).

Latinoamérica y el Caribe son las regiones que más se han caracterizado por un alto grado de pobreza y desigualdad con respecto a los niveles de ingresos económicos. Para el 2013 existían

70 millones de personas en estado de pobreza extrema en estas regiones, sumado a una transición epidemiológica acompañada con un incremento en el envejecimiento, siendo proporcional a la carga de patologías crónicas. (Fortune, 2015)

Según lo menciona Fortune (2015), para la promoción de la salud en los diversos sectores de las poblaciones en igualdad de condiciones, es necesario tomar en cuenta los determinantes sociales de la salud, para así tomar acciones y mejorar el acceso a los servicios de salud, educación de calidad, alimentos saludables y oportunidades económicas y de empleo, entre otras; por lo tanto, es importante establecer vías que lleven al diálogo para la toma de decisiones de los gobiernos en conjunto con otros sectores de la sociedad.

En la OMS, la Asamblea Mundial de la Salud celebrada en Ginebra, en el 2014, aconsejó a los ministerios de salud de cada país que “fomenten la salud y promuevan la equidad sanitaria con carácter prioritario, y adopten medidas eficaces con relación a los determinantes sociales, económicos y ambientales de la salud.” (p.11)

Es evidente, entonces, que las diferentes variables o determinantes sociales deben ser tomados como prioridad en miras de lograr la equidad en salud para todos los sectores de la población de cada país. (Fortune, 2015)

Con respecto a lo mencionado, aunque cada nación posee su propia organización, administración y estructura política, la OMS destaca el papel fundamental de los ministerios de salud o instituciones similares, según Fortune (2015), para integrar la salud en todas las políticas, mediante la inclusión de medidas de acuerdo con los determinantes:

- Incrementar las bases de información científica sobre los determinantes de la salud.
- Reconocer y anteponer los asuntos en materia sanitaria que surjan como consecuencia de los cambios sociales.
- Tomar en cuenta todas aquellas acciones ejecutadas por otros sectores que influyen en la salud y darles el seguimiento respectivo.
- Incentivar el diálogo entre los diferentes sectores gubernamentales y no gubernamentales en conjunto con la sociedad, mediante el desarrollo de diversos mecanismos.
- Favorecer la viabilidad de las negociaciones o gestiones que se generen entre los distintos sectores y las partes interesadas.

- Mantener una constante vigilancia sobre la implementación, el seguimiento y valoración de las políticas que se llevan a cabo con respecto a las determinantes de la salud y la equidad.

Sobre los determinantes de salud, la OMS, en el informe “Los Determinantes sociales de la salud: los hechos probados”, abarca y enfatiza distintos elementos clave en la vida cotidiana y condiciones de las personas junto con sus estilos de vida que influyen de manera positiva o negativa en la salud de estas. Este documento es uno de los más reconocidos sobre el tema de la desigualdad en salud a nivel mundial, en él se recopila información fundamental para concientizar, informar, debatir y actuar. (Wilkinson & Marmot, 2003)

A continuación, se describen los 10 determinantes sociales fundamentales durante todas las etapas de la vida de cada ser humano, desde el nacimiento hasta el envejecimiento y, además, se incluyen las recomendaciones realizadas por Wilkinson y Marmot (2003), para ejecutar programas y políticas públicas que buscan mejorar la salud en conjunto con el entorno social.

Pendiente social

Es una realidad que el estrato social tiene relación directa con la salud de la población, por ejemplo, los sectores de la población más desfavorecidos social y económicamente suelen estar asociados con una menor esperanza de vida en comparación con quienes se encuentran en escalas sociales más altas, además, se les asocia con un aumento en el riesgo de padecer enfermedades que pueden conducir, en el peor de los casos, a una muerte temprana. (Wilkinson & Marmot, 2003)

Estos panoramas no están limitados a las clases más bajas, la clase media también suele verse afectada en dependencia del tipo de trabajo donde se desempeñen y el género.

Durante el período de 1977 a 1999, en un estudio hecho a una parte de la población en Gales e Inglaterra, se observó que las mujeres profesionales gozan de mejores condiciones de salud en comparación con los hombres, principalmente en aquellos que ejerzan labores manuales y no profesionales. (Wilkinson & Marmot, 2003)

Es claro el deterioro que sufren las personas que viven en situaciones de desventaja económica y social, como nula o pobre educación durante las etapas de niñez y adolescencia, empleos inestables o que amenacen la seguridad de las personas, habitar en hogares en condición de deterioro y con recursos económicos limitados. Todas estas desigualdades tienden a acumularse

con el paso del tiempo y desgastan la salud de los individuos y quienes los rodean. (Wilkinson & Marmot, 2003)

Ante esta situación, es un hecho que las políticas que se implementen en cada país no deben ignorar el impacto que tienen la pendiente en la escala social, la cual es considerada como uno de los determinantes más influyentes, tanto de la salud como en la justicia social.

Wilkinson y Marmot (2003) resaltan que se deben incrementar el éxito educativo, la seguridad, las oportunidades laborales y la calidad de la infraestructura de los hogares para asegurar una buena salud pública. Las naciones que aseguren de forma eficaz y segura la participación de los habitantes en la vida social, cultural y económica serán más saludables.

El estrés

Es un hecho ya conocido que el estrés, además de causar preocupación en las personas, genera ciertos tipos de trastornos como ansiedad, dificultando el desempeño en cuanto a la superación personal, afectando de forma negativa la salud. De igual manera, como en el punto anterior de las pendientes sociales, puede conducir a incrementar los índices de mortalidad en edades tempranas. (Wilkinson & Marmot, 2003)

Diferentes situaciones de carácter psicológico y social pueden provocar la aparición de estrés prolongado o crónico, situaciones puntuales como periodos extensos bajo los efectos de ansiedad, falta de autoconfianza, baja autoestima, mantenerse distante de la sociedad y escaso dominio sobre situaciones cotidianas y laborales impactan directamente la salud, de igual manera, se acumulan a lo largo de toda la vida. (Wilkinson & Marmot, 2003)

Cuando una persona se enfrenta a situaciones de estrés similar a situaciones de emergencia, el sistema nervioso y hormonal prepara al organismo para hacerle frente a esa amenaza mediante la producción de una respuesta que incluye un aumento considerable en el ritmo cardíaco, la utilización de energía y recursos almacenados que se encaminan a mantener el estado de alerta y no pueden ser utilizados de forma correcta en procesos fisiológicos importantes para mantener la salud. (Wilkinson & Marmot, 2003)

Los sistemas del organismo que se ven más afectados por la condición de estrés a largo plazo son el sistema cardiovascular e inmunológico, que propician más fácilmente a que estas

personas presenten complicaciones asociadas como diabetes tipo 2, hipertensión arterial, infartos, derrames cerebrales e infecciones en general, siendo más vulnerables a sufrir estados depresivos y de agresividad. (Wilkinson & Marmot, 2003)

Como medidas para aumentar el control sobre las principales causas que generan estrés, se destaca la importancia del trabajo en conjunto entre los centros educativos, lugares de trabajo y los gobiernos, con el principal propósito de proporcionar a la población un sentido de inclusión y participación en el entorno social.

Los programas de bienestar social enfocados en las familias con integrantes de corta edad deben ser una prioridad para los gobiernos, de modo que se implementen actividades sociales y de superación que combatan el aislamiento social y la inseguridad económica. (Wilkinson & Marmot, 2003)

A pesar de que pueden utilizarse medidas farmacológicas para mitigar los síntomas manifestados producto del estrés, las causas generadoras deben ser siempre la prioridad de estudio e identificación, ya que en la mayoría de los casos no podrá observarse la adecuada resolución del problema y las personas expuestas a ello están confinadas a la administración de medicamentos a largo plazo, abriendo puertas a recaídas y problemas de mayor gravedad. (Wilkinson & Marmot, 2003)

Los primeros años de vida

Un buen desarrollo y una educación de calidad en los primeros años de vida proporcionan un impacto positivo en la salud de las personas a lo largo de toda su vida, la etapa prenatal y la infancia marcan las bases de una buena salud física y mental; por el contrario, una lenta etapa de desarrollo y crecimiento sin un buen apoyo emocional incrementa el riesgo de posibles consecuencias negativas en la salud de la persona adulta, como bajo rendimiento físico, intelectual, emocional y con patologías asociadas a problemas cardiacos, renales o pancreáticos principalmente. (Wilkinson & Marmot, 2003)

Con respecto al desarrollo durante el período prenatal, hay situaciones que pueden darse y generan un riesgo inminente a la madre y al feto, como el consumo de drogas y alcohol o tabaco, altos grados de estrés, el sedentarismo, estados de malnutrición y una falta de asistencia prenatal

que, a medida que se presenten, pueden limitar el correcto desarrollo del feto afectando las etapas de madurez. (Wilkinson & Marmot, 2003)

Resulta oportuno tomar en consideración que el aprendizaje y las experiencias vividas durante el período de la infancia, de igual manera, tienen un efecto directo en la salud. Ciertos casos en los que los niños tengan relaciones y estímulos sociofamiliares ausentes o inseguros pueden dar como resultado un bajo rendimiento académico acompañado de conductas problemáticas, que pueden conducir a un aislamiento social en años futuros. Es importante tomar en cuenta que, durante esta etapa, los niños tienden a reproducir los comportamientos saludables o no saludables que observan en las personas adultas con las que se relacionan. (Wilkinson & Marmot, 2003)

Para evitar estas experiencias negativas durante los primeros años de vida, que se ven más marcadas bajo deficientes condiciones sociales y económicas, es fundamental crear políticas enfocadas en brindar una correcta educación, nutrición, servicio de atención en salud preventiva y sanitaria y garantizar el otorgamiento de recursos económicos necesarios a aquellas mujeres vulnerables antes, durante y después de parto para lograr un buen desarrollo prenatal e infantil y evitar la aparición de padecimientos.

La exclusión social

Los autores Wilkinson y Marmot (2003) definen la pobreza absoluta como “la carencia de las necesidades materiales básicas de la vida,” (p.16)

Esta genera un gran impacto en la salud, de tal manera que incluso puede reducir la expectativa de vida de la población que vive bajo esta condición. Las personas que se encuentran sin empleo, minorías de diferentes etnias, migrantes o refugiados y personas sin hogar pertenecen a grupos sociales que presentan mayor probabilidad de vivir en pobreza.

La pobreza relativa, según Wilkinson y Marmot (2003), significa “ser mucho más pobre que la mayoría de las personas de la sociedad y se suele definir como vivir con unos ingresos inferiores al 60% de la media nacional.” (p. 6)

Lo anterior impide que las personas tengan acceso a educación, transporte y vivienda digna entre otros, fundamentales para una vida plena. El estrés es una realidad a la que se exponen, perjudicando especialmente la salud de mujeres en estado de embarazo, recién nacidos, niños pequeños y adultos mayores.

Diferentes patologías crónicas con alto índice de mortalidad, por ejemplo, enfermedades cardiovasculares, pueden aparecer conforme el tiempo en que cada una de estas personas viva en situaciones desventajosas. La salud puede verse afectada también de forma indirecta, por vivir en comunidades o barrios donde las viviendas se encuentren en mal estado o los habitantes estén limitados en cuanto al acceso servicios básicos. (Wilkinson & Marmot, 2003)

Sin embargo, pueden tomarse medidas desde el ámbito político con el fin de mantener un mayor control sobre la distribución de los ingresos del estado, mediante la aplicación de impuestos equitativos, generación de fuentes de trabajo y la inversión en educación de la población del país, para así, con el empleo de estas medidas, poner fin a la pobreza y la desigualdad social de cada nación. (Wilkinson & Marmot, 2003)

El trabajo

El trabajo es considerado otro factor determinante en la salud de las personas, si bien disponer de este, evidentemente, es más beneficioso que no tenerlo o encontrarse en una situación de desempleo, debe realizarse bajo condiciones favorables y positivas, ya que el estrés que puede generarse en el entorno laboral marca grandes diferencias en el estatus social en referencia a la salud y, además, estas personas serán más propensas a abandonar sus puestos de trabajo y, por consiguiente, aumentarán las posibilidades de fallecimiento a edades tempranas. (Wilkinson & Marmot, 2003)

En relación Con lo anterior, la salud de las personas se ve especialmente afectada cuando en su trabajo no se brindan oportunidades de superación, dificultando así el desenvolvimiento adecuado en cuanto a aplicar sus habilidades y limitaciones en la toma de decisiones; a estos factores también se les agregan diferentes variables como la edad, el género, el desequilibrio entre el esfuerzo y la recompensa, el tipo de trabajo y una actitud negativa hacia las labores, los cuales

causan mayor riesgo de padecer problemas de espalda y enfermedades cardiovasculares. (Wilkinson & Marmot, 2003)

A pesar de esto, los gobiernos de cada país pueden tomar medidas para mejorar las condiciones laborales de los trabajadores mediante una buena gestión, lo cual no solo beneficiará al empleado, sino que también incrementará la capacidad productiva del país. Otro aspecto por tener en cuenta es que el lugar de trabajo y la infraestructura deben ser diseñados bajo principios ergonómicos que brinden comodidad y seguridad para que las personas laboren de la mejor manera, reduciendo la probabilidad de sufrir accidentes laborales y enfermedades musculoesqueléticas. (Wilkinson & Marmot, 2003)

El desempleo

Al igual que realizar un trabajo en condiciones desiguales, el desempleo también puede tener implicaciones negativas sobre la salud de los habitantes, tanto a nivel psicológico como económico. La ansiedad y la depresión son consecuencias observadas en un ambiente de inseguridad laboral o falta de empleo, pudiendo conducir a la aparición de enfermedades cardiovasculares conforme aumenta la exposición a este ambiente. (Wilkinson & Marmot, 2003)

Todas estas repercusiones en la salud van a generar un incremento en las visitas a los centros médicos y, por ende, un alza en los gastos en materia de salud. De igual manera, esta situación puede afectar la economía de las familias causando un mayor endeudamiento que limita aún más el acceso a los servicios de salud y la adquisición de los medicamentos que se requieran. (Wilkinson & Marmot, 2003)

Es necesario que cada gobierno tome medidas que generen más empleos de calidad en el país, mediante los siguientes tres objetivos:

- Prevenir el desempleo y la inseguridad laboral.
- Disminuir las dificultades que afectan a una persona desempleada.
- Generar empleos estables, seguros y de calidad.
- Otorgar la preparación necesaria a las personas para la demanda laboral, mediante una educación de alto nivel. (Wilkinson & Marmot, 2003)

El apoyo social

Los autores Wilkinson y Marmot (2003) definen cohesión social como “la calidad de relaciones sociales y la existencia de confianza, obligaciones mutuas y respeto en la comunidad o en la sociedad más extensa.” (p.23)

Conforme a esta definición, tener una adecuada cohesión social fomenta el apoyo y las buenas relaciones entre las personas, lo cual influye de forma positiva en la salud, ya que se generan patrones de conducta más saludables y disminuyen las respuestas fisiológicas al estrés.

Por el contrario, situaciones como la marginación y el aislamiento social están relacionados con el aumento en los fallecimientos a edades tempranas, reducen significativamente las probabilidades de sobrevivencia después de sufrir un ataque agudo de miocardio (IAM) y, en mujeres en estado de embarazo, se demuestra que hay mayor riesgo de padecer complicaciones durante este periodo. De igual forma, pueden deteriorar la salud mental y física de las personas, haciéndolos más vulnerables a sufrir estados depresivos. (Wilkinson & Marmot, 2003)

Las medidas que pueden tomarse, con el propósito de mejorar la salud física y mental de la comunidad, pueden incluir el enriquecimiento del ambiente social en centros educativos, de trabajo y en la comunidad, principalmente mediante el diseño de recintos donde se fomente la interacción y los encuentros de las personas; siempre se deben evitar acciones que señalen a ciertos sectores como socialmente inferiores. (Wilkinson & Marmot, 2003)

La adicción

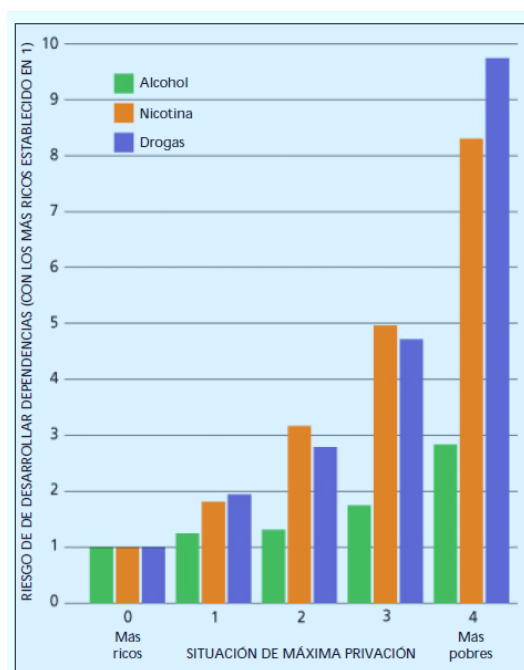
El consumo de drogas lícitas e ilícitas se da como respuesta a la desintegración que sufren las sociedades y favorece a marcar aún más las desigualdades en materia de salud, por lo general, muchos consumidores se escudan en que estas sustancias funcionan como una puerta de salida a situaciones estresantes o adversas, pero, en realidad, aumentan los problemas que sufre este sector de la población.

Las adicciones al alcohol, el tabaco y otras drogas dan lugar a la desigualdad social y económica, por el incremento en los fallecimientos a causa de accidentes, violencia, intoxicaciones e inclusive casos de suicidios. (Wilkinson & Marmot, 2003)

Por ejemplo, en Gran Bretaña, en 1993, se determinó cómo aumenta el riesgo de consumir estas drogas según el estatus social de cada individuo, comparando a las personas más adineradas *versus* aquellas en situaciones de privación socioeconómica, hasta los más pobres, lo cual se representa en la Figura 5. (Wilkinson & Marmot, 2003)

En cuanto a las medidas que pueden implementarse con el fin de solucionar los problemas del uso y la dependencia a las drogas, Wilkinson y Marmot (2003) estiman importante actuar sobre los patrones sociales donde estos problemas de adicción y dependencia tienen su origen; en otras palabras, no basta con ofrecer programas de apoyo, regular el acceso a las drogas y proporcionar tratamiento a las personas, es fundamental identificar qué factores lo desencadenan para tomar acciones que erradiquen la raíz del problema.

Figura 5. Privación socioeconómica y riesgo de desarrollar una dependencia al alcohol, nicotina u otras drogas (Gran Bretaña, 1993)



Nota: Wilkinson y Marmot (2003, p. 26).

Los alimentos

Mantener una buena dieta es uno de los factores más importantes para promover la salud y el bienestar.

En los casos en donde haya escasez de comida y falta de variedad, se propiciará la aparición de desnutrición y otras enfermedades causadas por carencia de vitaminas proporcionadas en el consumo de dietas equilibradas.

De igual manera, el consumo de alimentos en exceso y con poco aporte nutricional contribuyen a la aparición de padecimientos cardiovasculares y metabólicos como diabetes *mellitus* y obesidad, principalmente. (Wilkinson & Marmot, 2003)

Con el paso del tiempo se ha observado una transición epidemiológica desde las enfermedades infecciosas a las crónicas, debido a la mala alimentación que presentan las personas a nivel mundial, marcado por un alto consumo de azúcar y grasas. Este cambio ha sido influenciado por el progreso en las condiciones economía y la mejora en la infraestructura de las viviendas y las condiciones sanitarias, porque en tiempo pasados las personas solían vivir en situaciones más desfavorables que aumentaban el riesgo de padecer enfermedades infecciosas. (Wilkinson & Marmot, 2003)

En el caso de la obesidad, esta ocurre en personas de escasos recursos económicos, adultos mayores, desempleados y en familias jóvenes, debido a la sustitución de comidas frescas y nutritivas por otras procesadas que, por lo general, presentan menor costo económico, sin embargo, la obesidad hoy no distingue estatus social.

Con el fin de reducir las consecuencias negativas de la mala alimentación, los gobiernos locales, instituciones gubernamentales y no gubernamentales y la industria alimentaria pueden tomar ciertas medidas para garantizar una buena salud:

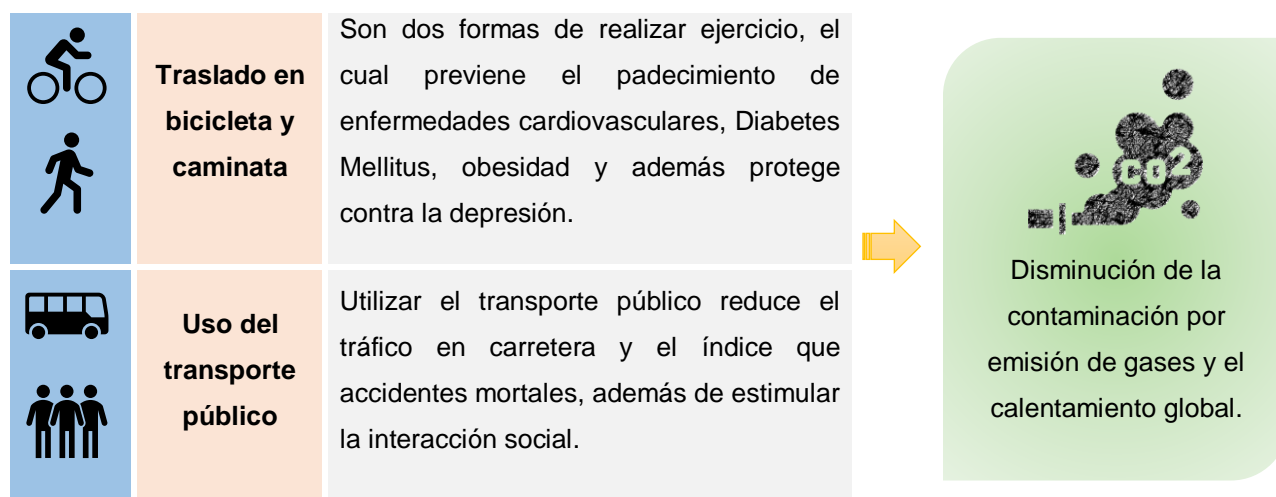
- Incorporar aspectos de salud pública en el sistema alimentario de cada país, con el fin de proporcionar alimentos nutritivos, frescos y accesibles a la población, principalmente a los más vulnerables.
- Apoyar y fortalecer la agricultura sostenible y también los métodos de producción que garanticen el mantenimiento de los recursos naturales.

- Por medio de la educación temprana, se deben fomentar estilos de vida saludables que incluyan conocimientos sobre los alimentos, dieta, nutrición y el cultivo de alimentos. (Wilkinson & Marmot, 2003)

Transporte

En cuanto a las políticas de transporte, una buena planificación urbanística que fomente el uso de diferentes tipos de movilización, como la caminata, el uso de bicicletas y el transporte público en lugar de los automóviles, que contribuyen a aumentar la saturación de las vías y la contaminación, pueden desempeñar un papel fundamental al combatir estilos de vida no saludables y mejorar la salud, por medio de distintas formas que se describen en la Figura 6, según Wilkinson y Marmot (2003).

Figura 6. Beneficios del uso de diferentes medios de transporte en la salud de las personas.



Nota: Elaboración propia, con base en Wilkinson y Marmot (2003).

Con el desarrollo de un sistema de transporte saludable, las políticas nacionales deben cambiar la tendencia de la población a usar el automóvil, a través del establecimiento de estrategias que den prioridad a que las carreteras sean utilizadas por ciclistas y caminantes para abarcar distancias cortas, además de mejorar las condiciones del transporte público para trayectos de larga distancia, incorporando conexiones regulares y frecuentes con las zonas más alejadas de las áreas urbanas. (Wilkinson & Marmot, 2003)

La contaminación como factor determinante de la salud

Todas las actividades de atención sanitaria buscan proteger y restaurar la salud de las personas que lo requieran, sin embargo, muchos de los desechos que se generan a diario podrían afectar la salud de las personas, tanto a corto como a largo plazo. Según datos de la OMS (2018), un 85% de los residuos que se generan corresponden a desechos comunes no peligrosos y el 15% restante, materiales peligrosos que pueden ser infecciosos, tóxicos o radiactivos.

Existen muchos tipos de desechos sanitarios, uno de ellos son los infecciosos que corresponden a los contaminados con fluidos corporales o sangre, cultivos o cepas de agentes infecciosos y relacionados con pacientes que han sido ingresados a salas de aislamiento. Otro tipo de desechos son los anatomopatológicos que incluyen tejidos, órganos y cualquier otra parte corporal. El tercer tipo son los objetos punzocortantes, que incluyen agujas, jeringas y cuchillas desechables, entre otros. (Organización Mundial de la Salud, 2018)

Los desechos químicos corresponden a la cuarta categoría, aquí se pueden nombrar los diferentes disolventes, desinfectantes y metales pesados que contengan ciertos tipos de dispositivos médicos.

En cuanto a los desechos genotóxicos, son considerados de alta peligrosidad, ya que pueden causar mutaciones y además atravesar la barrera placentaria causando daños al feto, de igual forma pueden actuar como precursores del cáncer como por ejemplo los medicamentos utilizados para tratar el cáncer o citotóxicos. Asimismo, los desechos radioactivos son aquellos productos de materiales de diagnóstico o radioterapia. (Organización Mundial de la Salud, 2018)

Existen dos tipos de desechos de gran relevancia en esta investigación, ya que forman parte de la problemática que conlleva el no retiro de medicamentos en las farmacias. El primero de ellos son los desechos de productos farmacéuticos, en esta categoría se incluyen tanto vacunas como los medicamentos que se encuentren caducados, que no podrían ser utilizados o que estén contaminados. El segundo tipo son los desechos no peligrosos o comunes, donde se pueden encontrar las bolsas de plástico, papelería u otros que no representan un riesgo de tipo biológico, químico o radiactivo. (Organización Mundial de la Salud, 2018)

Con respecto a los desechos comunes, pueden ser capaces de generar un importante impacto ambiental y riesgos indirectos para la salud, si no se realiza un adecuado tratamiento; por ejemplo,

la OMS (2018) señala que, si los vertederos de basura no se encuentran diseñados de la manera correcta, pueden contaminar diferentes fuentes del recurso hídrico, causando graves daños a corto o largo plazo.

Con el paso del tiempo, el empleo del plástico de un solo uso ha venido en aumento, ya que, por sus cualidades de flexibilidad, ligereza y bajo precio ha sido muy atractivo para ser utilizado en todo tipo de industrias, sin embargo, al incrementar su uso, se han creado toneladas que se han depositado en mares, ríos y suelos, en muchas ocasiones por una inadecuada gestión de este tipo de residuos. (Green Peace, 2016)

Según el informe de Green Peace (2016), el plástico que se utiliza en bolsas requiere alrededor de 55 años para ser degradado completamente, convirtiéndose en un elemento no contaminante para el medio ambiente. Actualmente se desconoce la cantidad de plástico depositado en mares y océanos, pero se estima que aproximadamente de cinco a 50 billones de fragmentos contamina estas zonas, sin tomar en cuenta los trozos que se encuentran en playas y fondos marinos, alrededor del 80% de estos fragmentos proviene de los desechos generados en la tierra.

Se pueden encontrar desechos plásticos en todos los océanos del mundo, desde la Antártida hasta el Ártico, debido a que este material puede dispersarse con mucha facilidad, por ello se han formado varias “islas” o zonas de concentración de ese material en varios sectores: una de ellas se localiza en el océano Índico, dos en el Atlántico (norte y sur) y dos en el Pacífico (norte y sur), en estas zonas se ha encontrado una gran cantidad de micro y macroplásticos. (Green Peace, 2016)

En relación con lo anterior, varios investigadores han detectado la presencia de micropartículas de plástico en el interior de los intestinos de 114 especies acuáticas que habitan en agua dulce y salada, más de la mitad de estas especies forman parte de la dieta habitual de las personas. Hasta la fecha se desconocen exactamente las implicaciones negativas para la salud humana, no obstante, se han realizado una serie de estudios en animales que comprueban que sí existe afectación en la salud de estos. (Royte, 2018)

Dentro de los daños que se encontraron en estos animales está la obstrucción intestinal que dificulta la alimentación, disminuyendo el crecimiento y la reproducción, factores que acortan los años de vida, a estos efectos mecánicos se les debe sumar el impacto químico de los microplásticos, debido a que pueden contener contaminantes arrastrados de la tierra hacia el mar, por ejemplo, los

policlorobifenilos (PCB), hidrocarburos aromáticos policíclicos (HAP) y metales pesados. (Royte, 2018)

El polietileno, un componente común de las bolsas de plástico, demostró ser el causante de daño hepático en medakas japonesas, un tipo de pez pequeño que fue sometido a un experimento donde estuvo en contacto con este material por un periodo de dos meses. Por otra parte, en ostras que fueron expuestas a micropartículas de poliestireno, se demostró una disminución en la producción de huevos y una esperma con menor movilidad. (Royte, 2018)

Muchos de los aditivos que se utilizan en la fabricación del plástico como estabilizadores UV, factores hidrofugantes, endurecedores como en bisfenol A y plastificantes como los ftalatos, son considerados disruptores endocrinos, lo que quiere decir que modifican el comportamiento normal de las hormonas, pudiendo causar diversos tipos de enfermedades al ser humano, como trastornos metabólicos, de crecimientos, sueño y estado anímico. (Royte, 2018)

No se ha comprobado que las implicaciones negativas evidenciadas en los experimentos con animales mencionados puedan afectar de igual manera la salud de las personas, debido a que en los seres humanos aún no ha sido posible determinar la cantidad máxima que se requiere de estas micropartículas de plástico para que esos problemas se manifiesten. Sin embargo, debido a la alta utilización de plásticos, puede llegar el momento en el que las cantidades de micropartículas excedan los límites seguros para la salud humana. (Royte, 2018)

Con respeto a este problema, recientemente la OMS ha expresado su preocupación sobre las nuevas investigaciones que han revelado la presencia de micropartículas de plástico en agua embotellada de consumo humano, esto en nueve países, incluidos Brasil, China, India, México y Estados Unidos, viéndose afectadas siete marcas de agua embotellada. Debido a esta nueva información, la OMS resalta que es fundamental conocer y definir el límite de seguridad para este tipo de partículas presentes en el agua y destaca la importancia de controlar y reducir al máximo el uso del plástico que genera la contaminación de las aguas. (González, 2018)

Salud pública en las Américas y Costa Rica

En la región americana, la prestación de los servicios de salud debe centrarse en cuatro puntos clave: el género, la etnia, los aspectos culturales y lingüísticos, que van a definir cada

comunidad. Ello, con el propósito de brindar una atención en salud de calidad, mediante la prevención de enfermedades especialmente en términos de diagnóstico y brindar un tratamiento tanto activo como paliativo, así como cuidados a corto y largo plazo. (OPS, 2017)

Sin embargo, en la realidad que se vive en esta región, los servicios mencionados no se les brindan a las personas o grupos sociales que más lo requieren. Por ejemplo, durante 2013 y 2014, si hubieran existido servicios de salud accesibles, oportunos y de calidad, se hubiesen podido evitar más de 1.200.000 muertes. Esto debido a que, como se mencionó, las personas que viven en estado de pobreza tienen una mayor dificultad de acceso a los servicios de salud. (OPS, 2017)

El primer nivel de atención en el continente, lo que correspondería en Costa Rica a los Equipos Básicos de Atención en Salud (EBAIS) y áreas de salud, en general poseen una baja capacidad de resolución, ya que no han sido adaptados a los cambios epidemiológicos y demográficos surgidos con el paso del tiempo, esto se ve reflejado en datos proporcionados por la OPS que demuestran un subregistro de casi un 50% de personas que padecen alguna enfermedad crónica no transmisible y del otro 50% restante, solo la mitad recibe tratamiento y solamente resulta eficaz en uno de cada 10 casos. (OPS, 2017)

Ante la situación planteada, se ha observado un aumento de casos de hospitalización a causa de la ineficiencia y baja capacidad de respuesta en los primeros niveles de atención en salud, ya que a muchos de los pacientes que reciben atención ambulatoria no se les proporciona una adecuada asistencia médica y seguimiento, generando que su condición empeore y deban visitar con más frecuencia los centros de salud. (OPS, 2017)

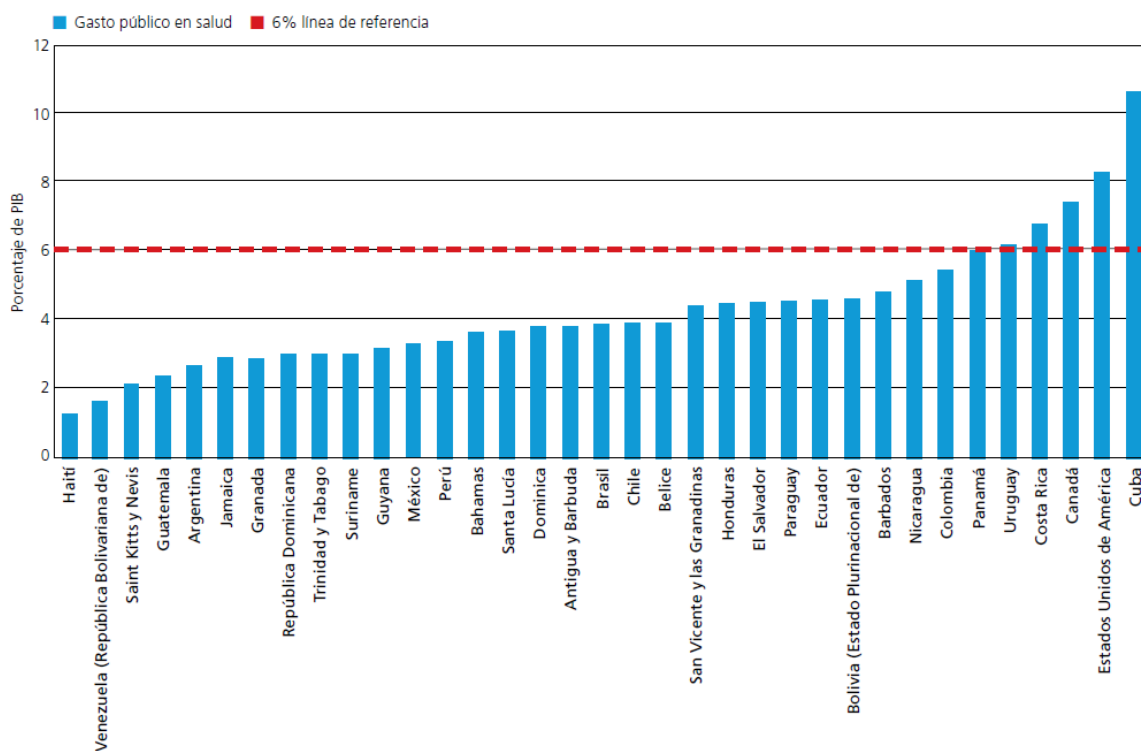
Otra situación que genera desventaja en la prestación de servicios es la escasez en el personal de salud, ya que en varios países de la región como en Costa Rica se ha observado que en lugares de difícil acceso y alejados de los centros de atención como poblados indígenas, entre otros, la cantidad de personal es insuficiente para cubrir todas las necesidades que requiera la comunidad, además de que en muchos de estos lugares no existen centros integrales cercanos que les proporcionen la ayuda y el cuidado necesario, aumentando la carga de morbi-mortalidad. (OPS, 2017)

Dentro de las condiciones que pueden limitar o afectar la calidad de la atención en salud que se brinda a la población se encuentra el escaso acceso o el uso irracional de los medicamentos

prescritos, lo cual en la mayoría de las ocasiones se encuentra relacionado con el uso ineficiente de los recursos disponibles. Esto es un problema de mayor magnitud e importancia en países de América Latina y el Caribe, los cuales poseen altos índices de pobreza, por ello es fundamental un adecuado financiamiento y control de los recursos en los sistemas nacionales de salud de estos sectores con el fin de garantizar la universalidad de la salud. (OPS, 2017)

En relación con los párrafos anteriores y según la OPS (2017), para el 2011, el gasto público promedio en salud de los países de estas regiones no alcanzó el 4% del producto interno bruto (PIB), lo cual indica que no se invierte lo suficiente en este tema. Sin embargo, en el caso de Costa Rica en el 2014, logró alcanzar la meta de invertir más del 6% del PIB al sector salud junto con Cuba, Estados Unidos y Canadá como se observa en la Figura 7, a pesar de esto, una gran inversión económica no asegura que todos los habitantes de estas naciones se beneficien de un sistema de salud de calidad sin que existan desigualdades.

Figura 7. Gasto público en salud como porcentaje del PIB en el 2014.



Nota: OPS (2017, p.33).

Para que un sistema de salud sea eficiente, debe realizar una correcta asignación de los recursos disponibles, además de una adecuada gestión de los servicios de salud, siguiendo esto se logran reducir los índices de morbilidad, el bienestar de las personas aumenta, así como la protección económica de los hogares, lo que contribuye directamente a que las personas tengan un acceso a los servicios de salud en igualdad de condiciones. (OPS, 2017)

De otro modo, a pesar de que un país tenga una alta inversión económica para el sector salud, no garantiza que toda la población tenga acceso un servicio de calidad y eficiente, ya que si existe un uso irracional en el manejo de los recursos dirigidos a este sector, podría afectar la productividad y capacidad de respuesta de estos centros, causado por un desequilibrio en el balance gasto-salud y, por consiguiente, para solventar esto, se deben incrementar la inversión económica que podría ser innecesaria. (OPS, 2017)

Perfil de Costa Rica

Costa Rica es un país centroamericano que se divide políticamente en siete provincias, 81 cantones y 463 distritos según el reporte de OPS (2017). Limita con los océanos Pacífico y Atlántico, con Nicaragua y Panamá; cuenta con un total de ocho pueblos indígenas que se distribuyen a lo largo de 24 territorios. De esta población, aproximadamente 2,4% se describe como indígena, 1,9% como afrocostarricense y 0,5% como chino.

Desde 1990 hasta el 2015, la población del país ha ido en incremento; para el 2015 se contabilizaron 4,8 millones de habitantes que habitaban mayormente en zonas urbanas, mientras que el 23,3% vivía en zonas rurales.

Determinantes sociales de la salud

Para el 2015, la pobreza en el país había afectado a un 21,7% de los hogares, mientras que un 7,2% vivía en condiciones de pobreza extrema, la población más afectada por estas condiciones era la indígena, marcada por pobreza y marginación, especialmente al género femenino. Sin embargo, el 97,8% de la población sabía leer o escribir y un 90% de la población más joven llegó a alcanzar la educación primaria. Los años promedio de escolaridad eran de 8,4. (OPS, 2017)

En cuanto la situación laboral, según este informe, el 45,3% de la población del país trabaja de forma informal, con los hombres ocupando un 69,5% de la tasa de ocupación laboral, por encima de las mujeres con un 34,9% para el 2011; en el caso de la población indígena, por género, fue de 56,2% y 16,9%, respectivamente.

El desempleo es un factor determinante: alcanzó para el 2015 el 10,1% de la fuerza de trabajo del país. En cuanto a salarios el género femenino se ve menos favorecido en comparación con el masculino, ya que perciben alrededor de un 14% menos realizando labores y responsabilidades similares. (OPS, 2017)

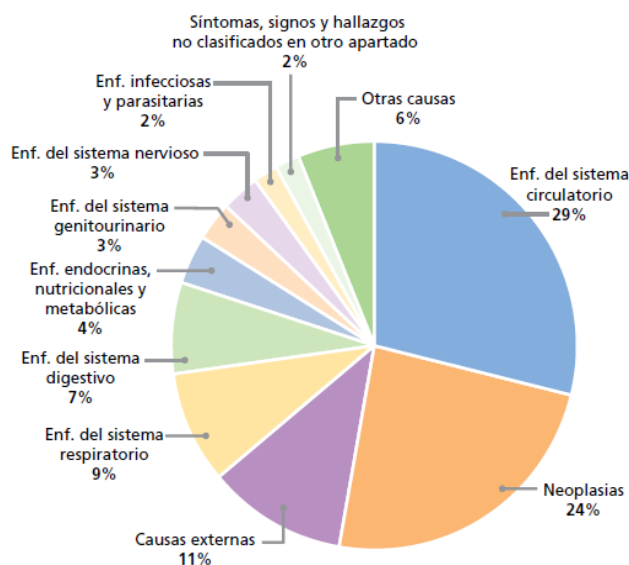
En materia ambiental, Costa Rica presenta muchos desafíos por preservar el recurso hídrico, la explotación racional de los recursos marinos, la gestión de residuos, instrumentos de adaptación ante el cambio climático y la reducción en el uso de combustibles fósiles como el gas licuado de petróleo, el gas natural, el carbón y el petróleo. Este es un paso muy importante que el país debe dar con tal de disminuir la contaminación y, con ello, aumentar el bienestar de la población en todos los términos. (OPS, 2017)

Problemas como el narcotráfico y el crimen organizado llevan a problemas de convivencia entre las personas causando inseguridad, incrementando con el paso de los años las tasas de robos, homicidios y drogadicción. Estas situaciones, como se ha mencionado dentro de las 10 determinantes sociales de la salud por Wilkinson y Marmot (2003), favorecen a que haya desigualdades en salud entre la población. (OPS, 2017)

Situación de la salud y el sistema de salud

La tasa de mortalidad general que afectó al país en el 2014 fue de 4,4 muertes por cada 1000 habitantes, en cuanto a las enfermedades del aparato circulatorio, de las defunciones, seguido por neoplasias, con un 24%. Ambos grupos conforman la mitad de todos los fallecimientos, como se puede observar en la Figura 8, que representa el porcentaje de los fallecimientos totales abarcando todas las edades y ambos géneros para el 2014. (OPS, 2017)

Figura 8. Causas y porcentaje de defunciones para el 2014



Nota: OPS (2017, p.117).

Las enfermedades isquémicas del corazón, cerebrovasculares, cirrosis y males crónicos de las vías respiratorias son las principales causas de muerte en hombres, mientras que en las mujeres son las enfermedades crónicas de las vías respiratorias, la diabetes *mellitus*, enfermedades hipertensivas y, por último, el cáncer de mama, todas estas en conjunto se catalogan como males crónicos no transmisibles, que conforme pasa el tiempo aumentan cada vez más en los habitantes de todas las edades.

A partir de los 19 años, se comienza a observar un aumento en la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles como la diabetes, padecida por el 10% de esta población. La hipertensión arterial representa un 31.2%, dislipidemias un 25%, en el caso de la obesidad afecta a un 29.4% y el sobrepeso a un 36.8%, estas dos últimas prevalecen en todos los grupos etarios y, en especial, en el género femenino. (OPS, 2017)

El sistema sanitario del país se encuentra conformado por el sector de salud del estado que es la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), servicios de atención privados, organizaciones comunitarias dirigidas a la salud, universidades, municipalidades, compañías farmacéuticas, la Comisión Nacional de Emergencias (CNE) y las distintas organizaciones internacionales que cooperan junto con las anteriores en pro de salud de la población. (OPS, 2017)

Con respecto al sector público, se encuentra conformado por el Ministerio de Salud que actúa como el ente rector de este sistema, cumpliendo funciones de conducción y dirección política, regulación sanitaria, investigación entre otros. La CCSS es la encargada de prestar servicios integrales a la población asegurada del país y, para el 2013, la cobertura era de un 84.9% de la población. (OPS, 2017)

En materia económica, el gasto de bolsillo se entiende como el costo directo que tienen que afrontar las personas para solventar sus necesidades en materia de salud; en este caso, por servicios y compra de medicamentos en el sector privado, abarcó un 24.9% del total del gasto destinado al sector salud en el 2014, según se indica en el perfil del país hecho por la OMS y OPS. (OPS, 2017)

Logros, desafíos y perspectivas

Costa Rica se ha caracterizado por ser un país con importantes avances en las condiciones sanitarias, con una alta cobertura social y de salud en comparación con otros países de la región centroamericana, sobresaliendo el aumento en la esperanza de vida al nacer, la disminución de la mortalidad infantil y materna. De igual forma, se ha logrado un control de las diferentes enfermedades transmisibles que afectan gran parte de la población, no obstante, existen problemas de salud que han incrementado en niños y adultos, por ejemplo, el déficit nutricional en la etapa de la niñez y el sobrepeso en personas mayores, así como la prevalencia en el padecimiento de enfermedades crónicas y en los gastos de atención. (OPS, 2017)

Conjuntamente, se ha generado una marcada desigualdad entre diferentes grupos poblacionales, por lo que el país enfrenta un gran reto en lograr conseguir una mayor equidad y solidaridad con estos grupos vulnerables.

De igual manera, en este informe se destaca el debilitamiento de la rectoría del Ministerio de Salud en cuanto a organización, seguimiento y evaluación, además de una endeble coordinación en conjunto con la CCSS que impide de cierta forma sustentar positivamente los retos que enfrenta la nación. (OPS, 2017)

Perfil del cantón de Turrialba

El estudio de la región de Turrialba es sumamente importante para el desarrollo de esta investigación, ya que corresponde al área geográfica en donde se localiza el Hospital William Allen Taylor, además es donde habita en su mayoría la población de interés para este estudio. Por esto, es importante conocer la historia, la distribución del territorio, aspectos culturales, productivos y poblacionales para obtener una visión más amplia del entorno, lo cual es un factor que influye directa e indirectamente en la producción social de salud de la población de Turrialba.

Este cantón está ubicado en el centro este del país, limita al Norte con las provincias de San José y Limón, al Este con la provincia de Limón y al Oeste con los demás cantones que conforman la provincia de Cartago, según el Instituto de Desarrollo Rural de Costa Rica (2014), basado en los datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), para el 2011 la población total del cantón fue de 69 616 habitantes de los cuales 34 414 corresponden a hombres 35 201 a mujeres.

Un sector vulnerable de la población del cantón corresponde a las personas con discapacidad. Según los datos recolectados en el censo nacional del 2011 un total de 8 155 personas sufren algún tipo de discapacidad de estas, aproximadamente el 49.3% presenta dificultad para ver aun utilizando anteojos, un 17.7% presentan alguna tipo de discapacidad auditiva, un 6.6% dificultad para hablar, un 37.9% se le dificulta caminar o subir gradas, un 13.9% presenta algún tipo de discapacidad para utilizar manos o brazos, un 7.7% de tipo intelectual y por último un 5.6% de tipo mental. (Instituto de Desarrollo Rural de Costa Rica, 2014)

El territorio de Turrialba cuenta con poblados urbanizados y de gran tamaño, no obstante, debido a sus aspectos naturales, sociales, económicos y de medio ambiente se considera como un territorio mayormente rural, según los datos del INEC para el 2011 un total de 39 946 personas habitan en sectores urbanos y los restantes 29 670 en territorio rural, de acuerdo con estos mismos datos reportados en el censo tres distritos únicamente cuentan con población que vive en territorio rural. (Instituto de Desarrollo Rural de Costa Rica, 2014)

Turrialba es el cantón más extenso de Cartago, ocupando un 52% del total del área de la provincia y un 3.22% de la superficie total de Costa Rica, cuenta con una extensión territorial aproximada de 1 637 km² y está conformada por doce distritos, siendo el distrito de Chirripó (966.5

km²) el de mayor extensión y Peralta el de menor extensión (9.9 km²) y, a su vez, con menor población, según el reporte del Instituto de Desarrollo Rural de Costa Rica (2014).

Con respecto al comportamiento climático que caracteriza a esta región es importante resaltar que debido a su ubicación entre el Valle Central y el Caribe no existen estaciones definidas, por lo que habitualmente en esta zona se presentan días soleados distribuidos y lluvias con gran frecuencia durante todo el año, por lo que es difícil establecer un estación seca bien definida. (Instituto de Desarrollo Rural de Costa Rica, 2014)

Estos factores climáticos, junto con las características físicas que presenta el territorio, hacen que la erosión e inundaciones presenten un alto riesgo a la población, en zonas cercanas a los ríos presentan con mucha frecuencia deslizamientos e inundaciones que tienen como consecuencia la evacuación de las comunidades aledañas generando pérdidas económicas, deterioro de los recursos naturales y vías de comunicación. La erosión de los suelos reduce de forma significativa la productividad de los suelos afectando las actividades agropecuarias y a nivel socioeconómica a los productores y familias. (Instituto de Desarrollo Rural de Costa Rica, 2014)

El cantón cuenta con tres territorios indígenas: Chirripó arriba, ubicado en los cantones de Limón centro y Turrialba y es el de mayor extensión territorial; el segundo territorio es llamado Bajo Chirripó, localizado en los cantones de Matina y Turrialba y, por último, Nairí-Awari que es la de menor extensión y se encuentra ubicado entre los cantones de Turrialba, Matina y Siquirres; dentro de estos tres territorios, el grupo étnico Cabécar es el que tiene mayor predominio. (Instituto de Desarrollo Rural de Costa Rica, 2014)

Reseña histórica

El cantón de Turrialba en la época precolombina estuvo habitado por indígenas, el Monumento Nacional Guayabo es testigo de la permanencia aborígen en esta región, este monumento constituye una de las más grandes estructuras arqueológicas, por lo que Turrialba fue declarado cantón de interés arqueológico nacional en 1983 y patrimonio mundial de ingeniería en el 2009. (Municipalidad de Turrialba, 2016)

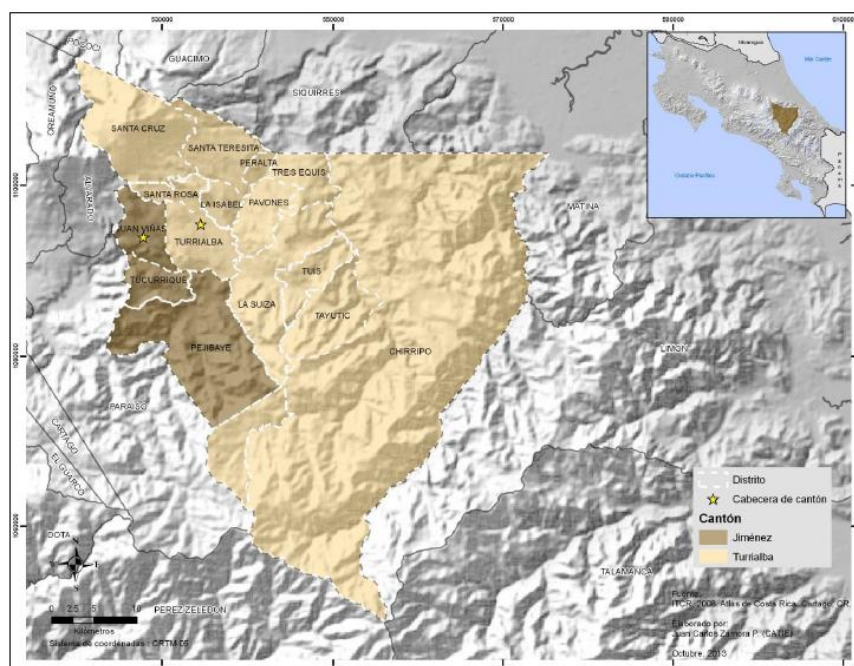
El origen del nombre del cantón es una palabra indígena que proviene del tarasco que se traduce como, *turiri* = fuego y *aba* = río, sin embargo, en la época colonial fue modificado a

Turrialba (*turri* = torre y *alba* = blanca). En este territorio se describen dos grandes zonas geográficas en donde se concentra la población nativa del valle, denominados Turriarva la Grande que comprendía actualmente las zonas de Aquiares, Colorado y Santa Cruz, la otra población era Turriarva la Chica que comprendía las localidades de La Margot, Azul, Jesús María, Alto Varal, Cimarrones y Lajas. (Instituto de Desarrollo Rural de Costa Rica, 2014)

En 1828 se impulsó la colonización agrícola de la región al ceder a la población terrenos para la explotación agropecuaria, con el paso del tiempo Turrialba se convierte en una zona donde se cultiva principalmente de caña de azúcar, banano y café, este tipo de actividades corresponde a una de las principales fuentes de empleo para las personas turrialbeñas y de zonas aledañas. (Municipalidad de Turrialba, 2016)

El territorio donde se ubica actualmente la ciudad de Turrialba pertenecía a don Manuel Vicente Jiménez quien vendió parte del terreno a Minor Cooper Keith, quien se encargó de la construcción del ferrocarril al Caribe. Con el fallecimiento de don Manuel su hijo vende a la población un extenso territorio para que se estableciera la ciudad, estos dos hechos fueron un factor determinante para el posterior desarrollo de esta región. (Municipalidad de Turrialba, 2016)

Figura 9. Ubicación y límites distritales del cantón de Turrialba, Cartago, Costa Rica.



Nota: Instituto de Desarrollo Rural de Costa Rica (2014, p. 25).

La fundación de Turrialba como el quinto cantón de la provincia de Cartago se dio el 19 de agosto de 1903 mediante la Ley No. 84, designando como cabecera de cantón el distrito de Turrialba, actualmente el cantón está conformado por 12 distritos que son: Turrialba, La Isabel, La Suiza, Santa Rosa, Pavones, Santa Cruz, Santa Teresita, Peralta, Tres Equis, Tuis, Tayutic y Chirripó. (Figura 9)

Perfil de los distritos que conforman el cantón

En este apartado se incluyen indicadores propios de cada uno de los 12 distritos que conforman el cantón de Turrialba. Estos indicadores y demás datos relevantes han sido proporcionados por el Instituto de Estadística y Censo (INEC) durante el último censo nacional realizado en el 2011, además de información proporcionada por el Ministerio de Planificación y Política Económica (MIDEPLAN) sobre los índices de desarrollo social que, según este informe, el cálculo del índice se basa en cuatro dimensiones, la económica, de participación electoral, en salud y educativa.

Turrialba

Según los últimos datos reportados por el INEC en el censo del 2011, la población total era de 26 680, conformada por un 48,3% de hombres y un 51,7% de mujeres, de los cuales un 74,4% habita en zonas urbanas y un 25,6% en sectores rurales.

Para el 2013, de acuerdo con los datos y clasificación del MIDEPLAN, el distrito presenta un índice de desarrollo social medio y a nivel nacional ocupa la posición 202. (Instituto de Desarrollo Rural de Costa Rica, 2014)

El Instituto Nacional de Estadística y Censo señaló que, para el 2011, el 41,6% de la población laboralmente activa del cantón se concentró en el distrito de Turrialba mientras que el 37,9% de los habitantes se encontraban desempleados.

En cuanto a la infraestructura vial que presentan los distritos de Turrialba, en su mayoría de asfalto o de lastre como es el caso de aquellos que ofrecen acceso a las zonas más alejadas. El distrito de Turrialba cuenta con la infraestructura vial más extensa con una longitud de 40,5km de asfalto y 17,5 km de lastre. (Instituto de Desarrollo Rural de Costa Rica, 2014)

Del total de la población del distrito de Turrialba aproximadamente 97,4% habita en casas independientes, 1,9% reside en apartamentos o edificios de apartamentos en condominios, 0,3% corresponde a personas adultas mayores que residen en hogares de ancianos y 0,1% habita tugurios y, de igual manera, el mismo porcentaje de personas vive en cuarterías; el 0,2% restante reside en barracas para trabajadores, pensiones, conventos y palenques o ranchos indígenas. (Instituto Nacional de Estadística y Censo, 2011)

Un 2,2% de la población del distrito de Turrialba equivalente a 587 personas no saben leer ni escribir según los reportes del Instituto Nacional de Estadística y Censo (2011), siendo este el distrito que presenta menor cantidad de personas analfabetas, la mayoría de las personas de que habitan este distrito (21,3%) solamente cumplen con 6 años de escolaridad. Por otra parte, de acuerdo con estos mismos datos, el 96,0% no presenta carencias en salud y el 4,0% correspondiente a 1052 presenta algún tipo de carencia en cuanto a su salud.

La Isabel

Corresponde al tercer distrito con mayor población, un total de 6116 habitan en esta región según los datos del último censo realizado, se encuentra conformado por un 50,4% de mujeres y el restante 49,6% hombres, la mayoría de esta población habita en sectores urbanos (85%) y en menor proporción en zonas rurales (15%). El índice de desarrollo social de este distrito es clasificado como nivel bajo y ocupa la posición 314 a nivel nacional en comparación con los demás distritos. (Instituto de Desarrollo Rural de Costa Rica, 2014)

Según el Instituto Nacional de Estadística y Censo para el 2011, el 9% del total de los habitantes laboralmente activos del cantón se concentran en este distrito, por otra parte, el 11% de los habitantes se encuentran desempleados. La infraestructura vial que presenta este distrito se caracteriza por ser mayoritariamente caminos de lastre (7,7km) y en menor longitud caminos asfaltados (3,75km). (Instituto de Desarrollo Rural de Costa Rica, 2014)

Con respecto a las características de vivienda de este distrito, aproximadamente un 98,9% de la población reside en casas independientes, un 0,4% habita en tugurios, un 0,2% en pensiones o conventos, el mismo porcentaje para personas que viven en otro tipo de viviendas como locales, casa móvil, barco o camiones y el 0,3% restante habita en edificios de apartamentos y palenques o ranchos indígenas. (Instituto Nacional de Estadística y Censo, 2011)

Según el Instituto Nacional de Estadística y Censo (2011), el analfabetismo en este distrito está representado por 3,7% del total de la población equivalente a un total de 226 personas, la mayor parte de la población (27,3%) al igual que los habitantes del distrito de Turrialba solamente cumplen con 6 años de escolaridad. En cuanto al tema de salud, el 94,8% no tiene ningún tipo de carencias, mientras que el 5,2% correspondiente a 320 personas que si lo tienen.

Pavones

En este distrito está conformado por un total de 4331 de habitantes, en donde un 50,7% corresponden personas del género masculino y un 49,3% del femenino. Con respecto al sector en donde habita la población, un 63,1% vive en zona urbana y el restante 36,9% en rural. El desarrollo social que presenta Pavones es catalogado como bajo y se encuentra en la posición 318 a nivel nacional. (Instituto de Desarrollo Rural de Costa Rica, 2014)

Según el Instituto Nacional de Estadística y Censo para el 2011, el 6,2% de la población ocupada laboralmente del cantón se concentra en este distrito mientras que el 7,2% de los habitantes se encuentran desempleados. El distrito de Pavones presenta solamente 0,8 km de su infraestructura vial de material asfáltico mientras que 54,7km son caminos de lastre. (Instituto de Desarrollo Rural de Costa Rica, 2014)

La distribución de los habitantes de este distrito en cuanto a los tipos de vivienda en los cuales reside se basa principalmente en tres tipos de estructuras, en primer lugar, el 99,8% vive en casas independientes, un 0,1% habita en tugurios y el 0,2% restante habita en edificios de apartamentos. Este es uno de los distritos que no cuenta con población indígena que ocupe palenques o ranchos indígenas. (Instituto Nacional de Estadística y Censo, 2011)

La mayoría de la población de Pavones, representada por un 33,2% al igual que los anteriores distritos solo cumplen con 6 años de escolaridad, un total de 176 personas no saben leer ni escribir que equivale al 4,1% de la población total del distrito, por otra parte, en cuanto al tema de salud, un 93,1% no presenta carencias en este tema, mientras que un 6,9% refiere algún tipo de carencia. (Instituto Nacional de Estadística y Censo, 2011)

La Suiza

Este territorio está habitado por 7590 personas y es el segundo distrito con mayor densidad de población después del distrito de Turrialba, un 49,8% de los habitantes son hombres mientras que un 50,2%, mujeres. Un 65,9% vive en sectores urbanos y 34,1% en zonas urbanas, según los últimos brindados por el INEC en el 2011.

De acuerdo con el MIDEPLAN (2013), la zona presenta un bajo desarrollo social y se encuentra en la posición 291 en comparación con la totalidad de los distritos del país. (Instituto de Desarrollo Rural de Costa Rica, 2014)

Según el Instituto Nacional de Estadística y Censo para el 2011, el 10,4% de la población laboralmente activa del cantón se concentra en el distrito, mientras que el 15% de los habitantes se encuentran desempleados. En relación con la infraestructura vial de este distrito corresponde a la más extensa de todos los distritos del cantón, sin embargo, solo 4,75km se encuentran asfaltados mientras que 84.6km son de lastre. (Instituto Nacional de Estadística y Censo, 2011)

En referencia al tipo de vivienda en el cual habita con mayor frecuencia la población de este distrito, un 99,7% vive en casas independientes, solamente un 0,2% habita en tugurios y el restante 0,1% se distribuye entre edificios de apartamentos y otros tipos de vivienda que el INEC clasifica como locales, casa móvil, barcos, camiones, pensiones o conventos. (Instituto Nacional de Estadística y Censo, 2011)

Según el Instituto Nacional de Estadística y Censo (2011), un 3,8% (288 habitantes) de las personas forman parte de la población analfabeta de este distrito, al igual que los distritos anteriores la gran mayoría de la población (31,2%) solamente cumple con 6 años de escolaridad, en cuanto a carencias de salud el 94,1% de las personas no tienen carencias, sin embargo, el 5,9% equivalente a 445 personas si presenta algún tipo de carencia.

Santa Rosa

Un total de 5232 personas forman parte de este distrito para el 2011, según el INEC, de los cuales un 48,7% corresponden al género masculino y un 51,3% al femenino, la población del distrito de Santa Rosa habita mayormente en zonas urbano (74,6%) y menor cantidad (25,4%) en sectores rurales. El nivel de desarrollo social que presenta esta zona es catalogado al igual que el

distrito de Turrialba como nivel medio y ocupa la posición 242 a nivel nacional. (Instituto de Desarrollo Rural de Costa Rica, 2014)

Según el Instituto Nacional de Estadística y Censo para el 2011, el 7,9% de la población ocupada del cantón se concentra en el distrito de Santa Rosa mientras que el 6,3% de los habitantes se encuentran desempleados. Un total de 6,9km de la infraestructura vial del distrito de Santa Rosa se encuentra asfaltado, mientras que en su mayoría se encuentra con lastre (16,7km). (Instituto de Desarrollo Rural de Costa Rica, 2014)

En este distrito, aproximadamente un 98,8% de la población habita en casas independientes, un 0,5% vive en edificios de apartamentos, un mismo porcentaje al anterior reside en conventos o pensiones, un 0,2% habita en otros (camiones, locales, casa móvil o barco) y el 0,1% faltante corresponde a personas que viven en tugurios, además este es el primer distrito donde para esa época se registra una persona sin vivienda. (Instituto Nacional de Estadística y Censo, 2011)

Santa Rosa continua con la tendencia de los anteriores distritos en donde el 28,8% de la población alcanza solamente los 6 años de escolaridad, es el segundo distrito que presenta un porcentaje menor de analfabetismo después de Turrialba con un 2,9%, por otro lado, en materia de salud este distrito presenta solo un 2% (102 personas) de su población con algún tipo de carencia en salud, el 98% no refleja ningún tipo de carencia en este tema. (Instituto Nacional de Estadística y Censo, 2011)

Santa Cruz

El distrito de Santa Cruz está conformado mayormente por hombres con un 52,3% del total y un 47,7% de mujeres que, en conjunto, suman una población de 3208 personas, la totalidad de estos habitantes viven en el sector rural únicamente. Según los reportes de MIDEPLAN (2013), el índice de desarrollo social de este distrito es considerado como bajo y a nivel nacional se encuentra en la posición 406. (Instituto de Desarrollo Rural de Costa Rica, 2014)

Según el Instituto Nacional de Estadística y Censo para el 2011, el 5% de la población que se encuentra laboralmente activa del cantón se concentra en el distrito de Santa Cruz mientras que el 4% de los habitantes se encuentran desempleados. El distrito cuenta con la segunda

infraestructura vial con mayor longitud donde un total de 14,15km son de asfalto, en cuanto a los caminos con lastre un total de 65,25km. (Instituto de Desarrollo Rural de Costa Rica, 2014)

En cuanto al tipo de vivienda en que viven los habitantes de esta comunidad, debe destacarse que solo se reportan dos tipos estructuras en el caso de este distrito, casas independientes y otros que incluye locales, casa móvil, barco y camión, con relación al primer tipo de vivienda esta representa la mayoría con un 99,8%, mientras que el restante 0,2% corresponde a otros. Cabe resaltar también que en este distrito no se reportan tugurios para la fecha en la que se realizó el censo nacional. (Instituto Nacional de Estadística y Censo, 2011)

Según los datos obtenidos por el Instituto Nacional de Estadística y Censo (2011), un 3,5% de la población de esta región no sabe leer ni escribir, la gran mayoría de la población representado por un 38,9% solamente logra alcanzar los 6 años de escolaridad, en cuanto al tema de salud, un 75,1% no presenta carencias en este tema, mientras que el restante 24.9% de personas si presentan algún tipo de carencia en salud equivalente a 797 personas.

Peralta

Peralta corresponde al distrito con menor densidad de población, en esta región habitan un total de 511 personas, mayormente hombres con un 56,2% y un 43,8% mujeres, situación contraria a la tendencia de la mayoría de los distritos en donde la población está conformada por mayor cantidad de mujeres, al igual que es distrito anterior el 100% de los habitantes viven en sectores rurales. El distrito presenta un índice de desarrollo social bajo, ocupando la posición más baja del cantón después del distrito de Chirripó, se encuentra en la posición 445 a nivel nacional. (Instituto de Desarrollo Rural de Costa Rica, 2014)

Según el Instituto Nacional de Estadística y Censo para el 2011, el 0,7% de la población ocupada laboralmente del cantón se concentra en el distrito de Peralta mientras que el 0,5% de los habitantes se encuentran desempleados. La red vial del Peralta es la más corta y la totalidad de sus 18 km corresponden a caminos de lastre. Por lo que en comparación con los demás este tipo de carreteras puede dificultar el acceso al distrito. (Instituto de Desarrollo Rural de Costa Rica, 2014)

Del total de la población del distrito de Peralta, aproximadamente un 98.8% habita en casas independientes, 1% reside en locales, casas móviles, barco o camiones, según la clasificación oficial del INEC y una persona vive en un tugurio. En este distrito tampoco se registran palenques

o ranchos indígenas, además no existen apartamentos o edificios de apartamentos en condominios. (Instituto Nacional de Estadística y Censo, 2011)

Un 5,3% de la población del distrito de Turrialba equivalente a 27 personas no saben leer ni escribir según los reportes del Instituto Nacional de Estadística y Censo (2011), la mayoría de las personas de que habitan este distrito (33.8%) solamente cumplen con 6 años de escolaridad, por otra parte, de acuerdo con estos mismos datos, el 86,1% no presenta carencias en salud y el 13,9% correspondiente a 71 personas presenta algún tipo de carencia en cuanto a su salud.

Santa Teresita

Según el último censo realizado en el país por el INEC en el 2011, Santa Teresita está habitado por 4744 personas, de las cuales un 49,8% son hombres y el restante 50,2% mujeres, únicamente un 3,9% de estos habitan en sectores urbanos y el 96,1% en zona rural. A nivel nacional, se encuentra en la posición 337 con respecto a los demás distritos del país, el índice de desarrollo social de este distrito es catalogado como bajo de acuerdo con la clasificación del MIDEPLAN en el 2013. (Instituto de Desarrollo Rural de Costa Rica, 2014)

Según el Instituto Nacional de Estadística y Censo para el 2011, el 6% de la población ocupada laboralmente del cantón de Turrialba se concentra en el distrito de Santa Teresita mientras que el 5,6% de los habitantes se encuentran desempleados. La infraestructura vial del distrito de Santa Teresita se compone de 5,9 km de asfalto y 62,9 km de lastre, lo cual como se ha observado es tendencia en la mayoría de los distritos. (Instituto de Desarrollo Rural de Costa Rica, 2014)

En referencia al tipo de vivienda en el cual habita con más frecuencia la población de este distrito, un 99,7% vive en casas independientes, solamente un 0,1% habita en tugurios y el restante 0,1% se distribuye en otros tipos de viviendas que el INEC clasifica como locales, casa móvil, barcos, camiones, en este distrito no se presentan personas que habiten en apartamentos, viviendas tradicionales indígenas, ni personas sin hogar. (Instituto Nacional de Estadística y Censo, 2011)

El 4,9% de la población de Santa Teresita presenta analfabetismo, mientras que un 34,9% de esta comunidad logra alcanzar únicamente 6 años de escolaridad. En lo referente al indicador de salud, un 90,6% afirma no tener ningún tipo de problema en este tema, mientras que el 9,4% sí

posee algún tipo de carencia en salud que corresponde a un total 444 habitantes de esta región. (Instituto Nacional de Estadística y Censo, 2011)

Tayutic

Este distrito turrialbeño está habitado por un total 2374 personas, según el último censo nacional, la población se divide en un 51,3% de personas del género masculino y un 48,7% correspondiente al género femenino. La población se encuentra distribuida de forma más homogénea en los sectores urbanos (47,8%) y rurales (52,2%). El índice de desarrollo social del distrito de Tayutic es clasificado como muy bajo y ocupa la posición número 425 en comparación con el resto de los distritos que conforman los cantones del país. (Instituto de Desarrollo Rural de Costa Rica, 2014)

Según el Instituto Nacional de Estadística y Censo para el 2011, el 3,1% de la población laboralmente activa del cantón se concentra en este distrito, mientras que el 2,4% de los habitantes se encuentran desempleados. De los 60,8 km que conforman la infraestructura vial de Tayutic, todas las carreteras son de lastre y se registra sin caminos en buen estado, lo que afecta el ingreso y salida de este distrito. (Instituto de Desarrollo Rural de Costa Rica, 2014)

En referencia al tipo de vivienda, el 98,9% de la población que habita en este distrito lo hace en casas independientes, en el caso de las viviendas tipo tugurio, solamente 0,6% vive bajo estas condiciones y un 0,3% corresponde a la categoría de local, casa móvil, barco o camión. El restante 0,2% se relaciona a viviendas del tipo palenques o ranchos indígenas. (Instituto Nacional de Estadística y Censo, 2011)

El 3,8% de los habitantes de este distrito no saben leer ni escribir, bajo la misma tendencia en años de escolaridad, la mayoría de la población (34,2%) únicamente completa los 6 años de escolaridad, por otra parte, un 82,7% de esta comunidad no presenta ningún tipo de carencia en salud, mientras que un total de 411 personas equivalente al 17,2% si presenta algún tipo de problema en referencia a este tema. (Instituto de Desarrollo Rural de Costa Rica, 2014)

Tuis

El territorio de Tuis de Turrialba se encuentra habitado por un total de 2837, personas de las cuales un 49,9% son hombres mientras que el restante 50,1% son mujeres, estas personas viven

en menor cantidad en territorio urbano representado por un 37.6% y mayormente en zona rural (62,4%).

Según la clasificación del MIDEPLAN para el 2013, el distrito es considerado como nivel bajo en cuanto al índice de desarrollo social y a nivel nacional se encuentra en la posición 421. (Instituto de Desarrollo Rural de Costa Rica, 2014)

Según el Instituto Nacional de Estadística y Censo para el 2011, el 3,7% de la población laboralmente activa del cantón se concentra en el distrito de Tuis mientras que el 4% de los habitantes del distrito se encuentran desempleados. De los 50,4 km que conforman la infraestructura vial del distrito todas las carreteras son de lastre, lo que dificulta el transporte dentro de este distrito. (Instituto de Desarrollo Rural de Costa Rica, 2014)

Según los datos revelados durante el último censo nacional, el distrito del Tuis es otro en donde no se observan personas que habiten en viviendas de tipo tugurio, el 99,9% de los habitantes habitan en casas independientes, no obstante, es el primer distrito en donde se ha reportado un total de tres personas (0,1%) sin hogar viviendo en las calles de la zona. (Instituto Nacional de Estadística y Censo, 2011)

Este distrito cuenta con un nivel de analfabetismo del 3,5% del total de su población, la gran mayoría de sus habitantes, aproximadamente un 31,7%, completa los 6 años de escolaridad; en cuanto a la salud, se reporta que un 89,6% no presenta carencias en este tema, mientras que un 10,4% que corresponde a 294 personas sí tienen algún tipo de problema de salud. (Instituto Nacional de Estadística y Censo, 2011)

Tres Equis

Corresponde al segundo distrito con menor densidad de población en todo el cantón, en el habitan una totalidad de 1808 personas con una distribución muy homogénea de hombres (50.9%) y mujeres (49,1%), los cuales habitan mayormente en sectores rurales (61,4%) y en menos cantidad en zonas urbanas (38,6%). El distrito de Tres Equis ocupa la posición 427 con respecto a los distritos del país, y es catalogado como nivel muy bajo en cuanto a su desarrollo social según los datos presentados por el MIDEPLAN en el 2013. (Instituto de Desarrollo Rural de Costa Rica, 2014)

Según el Instituto Nacional de Estadística y Censo para el 2011, el 2,8% de la población ocupada laboralmente del cantón se concentra en este distrito mientras que el 1,1% de los habitantes se encuentran desempleados. La red vial de este distrito posee 26,9km en total, de los cuales 2 km corresponden a caminos a asfalto, mientras 24,9 km son de lastre. (Instituto de Desarrollo Rural de Costa Rica, 2014)

Para el 2011, el distrito de Tres Equis a lo largo de su territorio solo cuenta con tres tipos de viviendas, categorizados según en INEC en casas independientes, otros (Local, casa móvil, barco o camión) y tugurios. En esta primera categoría, habita un 99,4%, en la segunda categoría de viviendas habitan solo un 0,5% y el restante 0,1% en tugurios. (Instituto de Desarrollo Rural de Costa Rica, 2014)

Para este mismo año, la comunidad de Tres Equis presentó un 5% de analfabetismo y la mayoría de la población (35,8%) solamente alcanzó los 6 años de escolaridad. A nivel de salud, un 7,1%, que corresponde a 129 personas de este distrito, reporta carencias en su salud, mientras que el 92,9% no presenta ningún tipo de problemas en salud, según lo reportado por el último censo nacional. (Instituto Nacional de Estadística y Censo, 2011)

Chirripó

Este distrito es el más extenso territorialmente, el total de su población (4185 personas) habitan únicamente en territorio rural, al igual que Santa Cruz y Peralta, en este distrito se encuentra también una cantidad similar de hombres (49,7%) y mujeres (50,3%), según los últimos datos del INEC en el 2011. En este distrito se encuentran áreas boscosas y quebradas que dificultan el acceso principalmente a los territorios indígenas de la zona. (Instituto de Desarrollo Rural de Costa Rica, 2014)

Chirripó presenta un acceso muy limitado a los servicios en general que se encuentran en el cantón, incluyendo los de salud, por este motivo es el distrito con el índice de desarrollo social más bajo de todo el país según la clasificación del Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica de Costa Rica (MIDEPLAN), dentro de esta misma clasificación se encuentran los distritos de Tres Equis, Peralta y Tayutic. (Instituto de Desarrollo Rural de Costa Rica, 2014)

En contraste con el resto de los distritos de Turrialba, Chirripó cuenta con caminos de lastre hasta la localidad de Grano de Oro y Altos de Quetzal, que son las localidades más pobladas de este distrito, en zonas más montañosas se encuentran caseríos muy dispersos a las cuales se tiene acceso únicamente a pie o a caballo. Otro dato importante por destacar es que el analfabetismo se presenta en un 50% de la población Cabécar. (Jiménez, Tapia, Riggioni, & Coto, 2015)

Según el Instituto Nacional de Estadística y Censo para el 2011, el 3,6% de la población laboralmente activa del cantón se concentra en el distrito de Chirripó mientras que el 5% de los habitantes se encuentran desempleados. La red vial del distrito de Chirripó es la que cuenta con menor longitud en comparación con los demás distritos, en total 13,7 km todos de lastre y como se ha mencionado esta zona es de difícil acceso principalmente por las características geográficas y el estado de las carreteras. (Instituto de Desarrollo Rural de Costa Rica, 2014)

En lo referente al tipo de viviendas de este distrito, cabe resaltar que en este es el que presenta menor cantidad de personas que habitan en casas independientes en todo el cantón, solamente un 61,4%, mientras que los palenques o ranchos indígenas representan un 38%, esto debido a que, como se mencionó, en él habitan gran cantidad de poblaciones indígenas. Las personas que habitan en tugurios corresponden a un 0,6% y un 0,2% reside en locales, casa móvil, barco o camión. (Instituto de Desarrollo Rural de Costa Rica, 2014)

Chirripó es el distrito que presenta los indicadores en materia de salud y educación más bajos de todo el cantón, aproximadamente un 19% de su población es analfabeta y en comparación con los demás distritos descritos, un 16,7% completa los 6 años de escolaridad; sin embargo, la gran mayoría de esta población equivalente a un 31,6% no presenta ningún tipo de escolaridad. En materia de salud, es el distrito más afectado, un total de 82,3% de las personas tienen algún tipo de afectación en su salud (3445 habitantes) y solamente el 17,7% reporta no presentar ningún tipo de carencia en este tema. (Instituto Nacional de Estadística y Censo, 2011)

Instituciones del sector salud en Costa Rica

En Costa Rica, como se ha hecho mención, existen varias instituciones encargadas del bienestar de la población en materia de salud, sin embargo, para esta investigación es importante centralizar en dos de ellas, que son el Ministerio de Salud y la Caja Costarricense de Seguro Social, con el fin de visualizar más a fondo la importancia de estas para el país y su población.

El sector salud en Costa Rica se define, según lo establece el Ministerio de Salud de Costa Rica (2011) en el Reglamento Orgánico del Poder Ejecutivo, como “el conjunto de entidades públicas, centralizadas y descentralizadas, que tienen una competencia explícita y legal dirigida a proteger y mejorar la salud de la población” (p.19). En la actualidad, el sector salud en Costa Rica está constituido por instituciones como:

- Ministerio de Salud
- Instituto de alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA)
- Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA)
- Dirección Nacional de Centro de Educación y Nutrición y Centros Infantiles de Nutrición y Atención Integral (CENCINAI)
- Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS)
- Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados (ICAA)

Los servicios de salud es otro concepto, el cual es importante conocer y definir, según la Ley General de Salud, en el artículo No.69, los define como “aquellos que realicen actividades de promoción de la salud, prevención de las enfermedades o presten atención general o especializada, en forma ambulatoria o interna, a las personas para su tratamiento y consecuente rehabilitación física o mental.” (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2011, p.18)

Ministerio de Salud

A partir de 1907 surgieron en Costa Rica diferentes estructuras y situaciones clave que en conjunto fueron precursoras para la creación definitiva del Ministerio de Salud. El primer paso que se dio fue la inclusión en el presupuesto nacional para el financiamiento de la “Campaña Contra la Anquilostomiasis” que es una infección intestinal parasitaria, a partir de eso surgió en 1915 el Departamento de Anquilostomiasis dependiente de la Secretaría de Policía. (Ministerio de Salud, 2018)

Paralelamente, fueron surgiendo otras dependencias antecesoras al Ministerio de Salud, entre ellas el Departamento Sanitario Escolar, las colonias veraniegas escolares, clínicas infantiles y prenatales, servicios anti malaria y de profilaxis venérea. Por tanto, con el desarrollo de estas

estructuras organizadas y con el objetivo de centralizar la responsabilidad y el poder del sector dedicado a velar por la salud de la población, se fundó en 1922 por medio de un Decreto Ejecutivo la Secretaría de la Higiene y de Salud Pública, ente que antecede al actual Ministerio de Salud de Costa Rica. (Ministerio de Salud, 2018)

Aproximadamente un año después de su creación, la Secretaría de la Higiene y de Salud Pública promulgó la Ley No. 72 en 1923, nombrada “Sobre protección de la Salud Pública”, la cual es considerada como la primera Ley General de la Salud de Costa Rica, esta ley establece que el Estado debe estar a cargo de la dirección de los servicios de salud a nivel nacional, en cuanto a la atención local queda como responsabilidad de los Gobiernos Municipales. (Ministerio de Salud, 2018)

Para 1927, se conformó la Secretaría de Estado en el Despacho de Salubridad Pública y Protección Social a la cual se le asignaron las funciones que ya habían adquirido las instituciones anteriormente mencionadas, además de encargarse de la beneficencia pública y todo lo relacionado con la higiene. En 1949, como una de las modificaciones realizada al “Código Sanitario de Costa Rica”, la Secretaría de Estado en el Despacho de Salubridad Pública y Protección Social se transformó en lo que actualmente se conoce como el Ministerio de Salud del país. (Ministerio de Salud, 2018)

El Ministerio de Salud de Costa Rica, como ente encargada de proteger y conservar la salud del costarricense, plantea como su misión:

Garantizar la protección y el mejoramiento de la salud de la población, mediante el ejercicio de la rectoría y el liderazgo institucional, con enfoque de promoción de la salud y participación social inteligente, bajo los principios de transparencia, equidad, solidaridad y universalidad. (Ministerio de Salud de Costa Rica 2011, p.48)

A partir del 2008, el Ministerio de Salud ajustó su marco estratégico desde la atención de la enfermedad hacia la promoción de la salud, con base a las tendencias actuales en materia de salud que proponen posicionar la salud como un valor social, el cual es influenciado por las intervenciones de los distintos actores sociales y determinantes que afectan la salud de la población y todo esto respaldado en evidencia científica, garantizando la equidad en sus acciones. (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2011)

Los tres objetivos fundamentales que forman parte del marco estratégico de la producción social de la salud, según el Ministerio de Salud de Costa Rica (2011), se describen a continuación:

1. Aumentar las capacidades y habilidades de la población y los actores sociales claves, buscando incorporar estilos de vida saludables y fomentar los determinantes positivos de la salud.
2. Guiar a todos los actores (Figura 10) sociales que intervienen en el proceso de producción social de la salud hacia el resguardo y mejora de la salud de la población en general sin que existan desigualdades.
3. Promover una adecuada organización del Ministerio con el fin de que efectúe de forma eficaz sus funciones, como institución encargada de la gestión institucional y de la rectoría del sector salud.

Figura 10. Funciones para el ejercicio de la rectoría del Ministerio de Salud y principales actores sociales en Costa Rica.



Nota: Ministerio de Salud de Costa Rica, 2011, p.37.

La figura anterior muestra algunas de las funciones más importantes que debe llevar a cabo el Ministerio de Salud para cumplir con su papel y responsabilidad como ente rector del sector salud. Además, ejemplifica las diversas instituciones y entidades públicas y privadas, nacionales e internacionales que en conjunto están destinadas a la protección y el mejoramiento de la salud de la población por igual. (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2011)

Como se mencionó, una de las funciones principales del Ministerio de Salud de Costa Rica es servir como ente rector del sector salud, por tanto a continuación se describen brevemente cada uno de los distintos espacios o ámbitos de acción, donde actúa este Ministerio con el propósito de influir de forma directa o indirecta sobre los actores sociales, que participan en el proceso de la producción social de la salud. (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2011)

Actuaciones humanas

En este ámbito se incluyen tanto las conductas como las costumbres y actividades de las personas, las cuales pueden influir de manera positiva o negativa en la salud propia o bien de terceros e inclusive en el entorno en el cual las personas se desenvuelven. Para ejemplificar y tener una visión más clara se menciona el consumo de tabaco, la higiene personal, el consumo de drogas, prácticas sexuales riesgosas, el manejo de residuos sólidos entre otros. (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2011)

Determinantes ambientales

Son aquellos que se relacionan con el ambiente en general, incluyendo el espacio donde habita cada individuo o grupos de estos, además de las instituciones, materiales y elementos naturales que determinan o influyen en la vida de cada persona. Entre algunos ejemplos que pueden citarse se encuentran las condiciones laborales, de vivienda, de saneamiento básico, la seguridad del recurso hídrico, del suelo y del aire, entre otros. (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2011)

Determinantes socioeconómicos

Se refiere a aquellas variables sociales y económicas que influyen de manera positiva o negativa sobre la salud de las personas y en la manera en la que este se desenvuelve, por ejemplo, se puede mencionar, estilos de vida, las decisiones que tome cada individuo, el uso de

medicamentos o drogas ilegales, los diferentes tipos de familia, organización social, redes de apoyo, ingresos económicos y nivel educativo, también la condición laboral de cada persona y el acceso a vivienda. (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2011)

Productos de interés sanitario

Dentro de estos productos se incluyen todos aquellos artículos, sustancias o cualquier otro tipo de elementos que sean de origen natural o sintético y que por consecuencia de sus propiedades o características pueden ser potencialmente peligrosos y poner en riesgo la salud de las personas ya sea por su consumo, mediante utilización o como motivo de la exposición a estos por cualquier vía. Algunos productos de interés sanitario que se encuentran bajo control por el Ministerio son los alimentos, cosméticos, medicamentos, productos naturales, equipo y material biomédico, productos químicos peligrosos (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2011)

Servicios y actividades de interés sanitario

Comprende todas aquellas organizaciones e infraestructuras que se encuentran destinadas a proporcionar servicios de salud, de acondicionamiento físico y estética, asimismo, aquellas que se dediquen a la producción y manejo de alimentos, medicamentos y productos peligrosos o cualquier otro tipo de actividad que pueda contener algún riesgo negativo para la salud de la población. (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2011)

Edificaciones

En esta categoría no se incluyen las edificaciones en las cuales se brinden servicios y actividades de interés sanitario que son las mencionadas en el ámbito anterior. Como parte de los ejemplos que pueden mencionarse en este apartado están los edificios, urbanizaciones, casas y cualquier otro tipo de bienes inmuebles que las personas utilicen como vivienda, como lugar en donde realicen sus actividades laborales, estudio, recreación entre otras. (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2011)

Recursos humanos

Se refiere al conjunto de acciones que llevan a cabo instituciones públicas y privadas para formar a sus recursos humanos, independientemente si este participa de forma directa en la atención

de la salud de las personas o si, por el contrario, este recurso humano vaya a tener una participación indirecta sobre el desarrollo de la producción social de la salud. (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2011)

Aseguramiento de los servicios de salud

Se asocia al conjunto de acciones que lleva a cabo el Estado que se encuentran dirigidas a garantizar el derecho a la salud, asegurando de la misma forma el derecho al acceso universal a los servicios de atención en salud, conjuntamente de proveer la protección y la mejora del hábitat humano en condiciones de igualdad, oportunidad y calidad. (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2011)

Financiamiento de los servicios de salud

Las acciones o actividades por medio de las cuales el Estado y las diferentes instituciones que forman parte del sector salud, tanto de carácter público como privado para recaudar, gestionar y asignar los recursos necesarios para la adquisición y elaboración de bienes y servicios de salud que se brindan a la población nacional y a las personas que se encuentren afiliadas a algún sistema de seguros. (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2011)

Desarrollo científico y tecnológico en salud

Se contemplan todo el conjunto de actividades que son desarrolladas dentro y fuera de las fronteras de la nación, realizadas por los diferentes actores sociales mencionados anteriormente en la Figura 10, con el propósito de crear nuevos conocimientos y tecnologías que puedan ser empleadas en la promoción, restauración y mantenimiento de la salud de todas las personas. (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2011)

Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS)

La CCSS es la institución pública encargada de la prestación de servicios integrales en materia de salud, pensiones y prestaciones sociales. De tal manera, su misión consiste en “proporcionar los servicios de salud en forma integral, al individuo, la familia y la comunidad, otorgar la protección económica, social y de pensiones, conforme a la legislación vigente a la población costarricense.” (Caja Costarricense de Seguro Social, 2017, p 17)

Cabe agregar que la CCSS realiza su misión, teniendo en cuenta una serie de aspectos fundamentales, citados a continuación según la Caja Costarricense de Seguro Social (2018):

- Orientar los servicios buscando siempre la satisfacción de los usuarios.
- Proporcionar a todos los funcionarios programas de capacitación, actualización y motivación continua que mejoren la calidad del servicio brindado.
- Promover la participación social y de la comunidad en procesos de promoción de la salud, también contribuir con la sostenibilidad económica de los mismos.
- Actuar con respecto respeto a las personas y a los principios de Seguridad Social que son: Unidad, Equidad, Solidaridad, Igualdad, Universalidad y Obligatoriedad.
- Fomentar los principios éticos, el compromiso y la excelencia en el trabajo que realizan los funcionarios de la institución.
- Lograr una mayor eficiencia y calidad en la prestación de servicios mediante una gestión innovadora abierta siempre al cambio.
- Asegurar la sustentabilidad financiera mediante un sistema efectivo de recaudación y cobro.
- Promover la investigación y el desarrollo de las ciencias de la salud y de la gestión administrativa.

Historia

La CCSS se creó en 1941 durante la administración del Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia como una institución semiautónoma en respuesta a los crecientes problemas sociales de pobreza, desigualdad y altos índices de morbi-mortalidad. Tres años más tarde, el 22 de octubre de 1943, se constituyó como una institución autónoma, fundada para ofrecer atención en salud principalmente a sector obrero, bajo un sistema de financiamiento tripartito, en el cual los gastos médicos son cubiertos una parte por el trabajador, otra por el empleador y otra por el Estado. (Caja Costarricense del Seguro Social, 2019)

En 1982, se dio inicio al proceso de integración de los servicios entre el Ministerio de Salud y la CCSS, aproximadamente un años después esta asumió de manera integral la prestación de los servicios de atención en salud a la población costarricense, incluyendo los ámbitos de prevención y curación de las enfermedades, promoción de la salud y la rehabilitación. Posteriormente en 1998,

con la aprobación de la Ley de Desconcentración de Hospitales y Clínicas de la CCSS, se le otorgó mayor autonomía en la gestión, administración y contratación de los recursos humanos. (Caja Costarricense del Seguro Social, 2019)

Según el Ministerio de Salud de Costa Rica (2011), el término desconcentración se define como “el traslado de competencias técnicas y administrativas para la toma de decisiones de un nivel jerárquico superior hacia uno inferior, pero sin que se pierda la relación de organicidad entre ambos.” (p.35)

Con esto se pretende llegar a una mayor adaptabilidad a los cambios en el entorno y las necesidades de la población, aumentando la efectividad y eficiencia operacional.

Más recientemente, el 5 de octubre del 2015, se lanzó la plataforma y la aplicación del expediente digital, la cual facilita a la población información sobre su expediente médico, datos personales, citas médicas, diagnósticos, medicamentos y alergias, dando paso a la transición hacia la era de actualización digital en la que actualmente se encuentra. En ese mismo sentido, dos años después se eliminó la orden patronal y el carné de seguro social, por tanto, dejan de ser requisito para recibir la atención. (Caja Costarricense del Seguro Social, 2019)

Red de Servicios de Salud de la CCSS

Varios establecimientos o centros de salud conforman la red de servicios que ofrece la CCSS, por lo que con el fin de mejorar la capacidad resolutive y asegurar el suministro y la continuidad de la atención, se han establecido tres redes (sur, este y noreste) que operan bajo un sistema de referencia y contrarreferencia basado en protocolos de atención entre las diferentes unidades que conforman cada una de estas redes. (Caja Costarricense del Seguro Social, 2018)

Así mismo, la CCSS distribuye los establecimientos de salud en siete distintas regiones geográficas basado en la ubicación de cada establecimiento de atención ya sean, Hospitales, Clínicas, EBAIS, entre otros, que abarcan todo el territorio nacional, sin embargo, estas no tienen coincidencia con la regionalización oficial del país ni con la del Ministerio de Salud. (Caja Costarricense del Seguro Social, 2018)

Figura 11. Regionalización geográfica de la CCSS



Nota: CCSS, 2018, p.23.

Con respecto a las tres redes mencionadas, la red sur está conformada por 19 áreas de salud, 13 de ellas se ubican en la región Central Sur y seis, en la región Brunca. En esta red se incluyen un total de 243 EBAIS, cuatro hospitales periféricos y uno regional. El Hospital San Juan de Dios es el general de esta región.

La red noreste abarca más cantidad de centros de atención, en esta se incluyen 58 áreas de salud, 484 EBAIS, siete hospitales periféricos y cuatro hospitales regionales distribuidos en las regiones Chorotega, Huetar Norte, Pacífico Central y Central Norte. El Hospital México es el general de esta área. (Caja Costarricense del Seguro Social, 2018)

La tercera corresponde a la red este, conformada por 27 áreas de salud, 315 equipos básicos de atención integral en salud (EBAIS), dos hospitales periféricos, uno de ellos es el Hospital William Allen Taylor de Turrialba, dos hospitales regionales, ubicados en lo que corresponde a las regiones Central Sur y la Huetar Atlántica. El Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia es el general de esta área (ver Anexo 1) (Caja Costarricense del Seguro Social, 2018)

Niveles de atención en salud

Con la finalidad de solventar las crecientes demandas y necesidades de la población, la CCSS, mediante la clasificación de los centros de salud en tres diferentes niveles de atención, ha logrado aumentar su capacidad operativa y extender la cobertura de la vigilancia en salud. Cada nivel de atención posee diferentes grados de complejidad y capacidad resolutoria y se encuentran interrelacionados en sí. (Caja Costarricense del Seguro Social, 2018)

En el primer nivel de atención se incluyen los puestos de visita periódica (PVP), establecimientos donde con frecuencia determinada un EBAIS se desplaza a prestar servicios de salud en zonas donde el acceso se ve dificultado principalmente por las características naturales de la localidad, por tanto, debido a su carácter de simplicidad no poseen un centro con estructura física. (Caja Costarricense del Seguro Social, 2010)

Los EBAIS también forman parte del primer nivel de atención y se encuentran generalmente conformados por médicos generales, auxiliares de enfermería, asistentes técnicos de atención primaria (ATAP), asistentes de redes en caso de EBAIS desconcentrados físicamente y técnicos de salud en farmacia o, en su defecto, un farmacéutico en dependencia de la presencia o no de una farmacia en el recinto. (Caja Costarricense del Seguro Social, 2010)

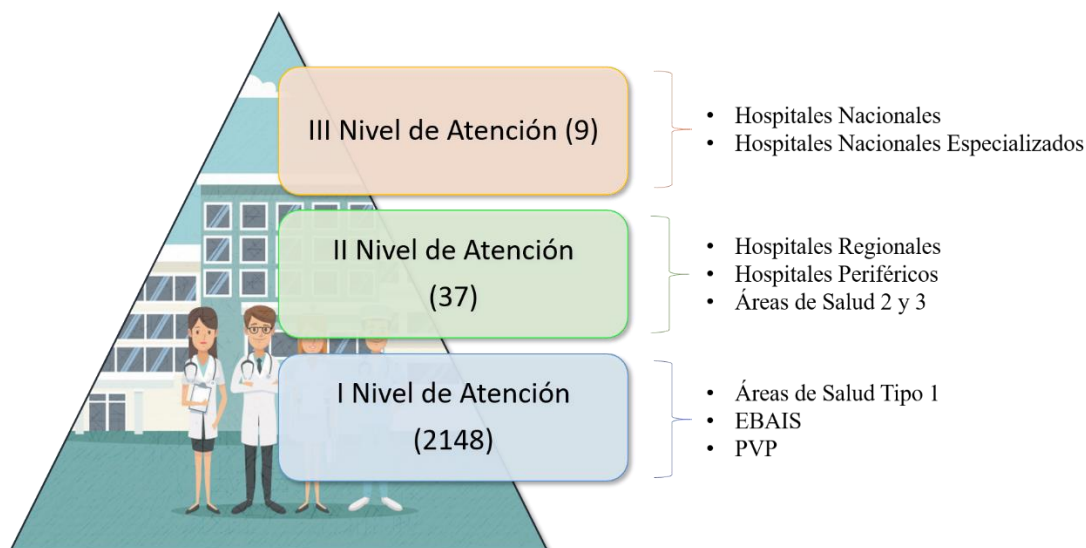
Otro componente del primer nivel de atención son las áreas de salud, definidas por la Caja Costarricense de Seguro Social (2010) como “la unidad geográfica y administrativa básica de los sistemas de gestión financiera institucional y es la sede de la dirección local de salud” (p. 3). Con referencia a lo anterior, las áreas de salud deben prestar servicios integrales de salud a la población ubicada dentro de un espacio territorial definido.

En lo que se refiere al segundo nivel de atención, al ser centros con una capacidad de resolución y complejidad mayor en comparación con los del primer nivel, brindan una mayor cantidad de servicios, entre ellos se pueden citar los servicios de consulta especializada, internamiento, urgencias, pediatría, geriatría, medicina interna, ginecología, obstetricia, cirugía general y ambulatoria, entre otros. (Organización Panamericana de la Salud y Ministerio de Salud, 2005)

El tercer nivel de atención proporciona servicios especializados, además de tratamientos farmacológicos y procedimientos quirúrgicos más complejos, está conformado por tres hospitales

nacionales generales que son los hospitales México, Dr. Rafael A. Calderón Guardia y San Juan de Dios y seis hospitales nacionales especializados, el Centro Nacional de Rehabilitación Humberto Araya Rojas, el Hospital de las Mujeres Adolfo Carit Eva, el Hospital Nacional de Niños, Hospital de Geriátrica y Gerontología Raúl Blanco Cervantes y los hospitales psiquiátricos Manuel Antonio Chapuí y Roberto Chacón Paut. (Caja Costarricense del Seguro Social, 2018)

Figura 12. Clasificación y cantidad de los centros de salud según el nivel de atención



Nota: Elaboración propia, con base en CCSS, 2010.











Indicadores estadísticos de producción en salud.

En el más reciente reporte sobre la prestación de servicios de la CCSS hacia la población costarricense disponible en la Caja Costarricense de Seguro Social (2018), con información recopilada hasta el 31 de diciembre del 2017, se presenta un análisis de la producción en salud que permite determinar los cambios que se producen en la demanda de los servicios por medio del estudio de los principales indicadores estadísticos, los cuales son útiles para poder dirigir de formar más adecuada y eficaz la planificación, gestión y proyección de los servicios que se brindan a la población.

En lo que respecta a las hospitalizaciones, en todos los centros de salud para el 2017, se reporta un total de 358 881 egresos hospitalarios, con un aumento de 4306 egresos en comparación con el 2016, la mayoría de estos egresos se dan en los hospitales que son cabeceras de Red que son los que manejan un volumen superior de pacientes. Es importante mencionar que aproximadamente

el 85% de la morbilidad atendida corresponde principales 10 causas de egresos representados en la Figura 13. (Caja Costarricense del Seguro Social, 2018)

Figura 13. Principales causas de hospitalizaciones en los centros de atención de la CCSS, durante el 2017.

	Egresos	Diagnóstico		Egresos	Diagnóstico
	85 588	Embarazo, parto, puerperio.		23 034	Tumores.
	41 584	Enfermedades del sistema digestivo.		22 946	Enfermedades del sistema circulatorio.
	23 203	Enfermedades del sistema genitourinario.		22 656	Enfermedades del ojo y anexos.
	25 466	Traumatismos, envenenamientos y consecuencias externas.		22 507	Factores que influyen en el estado de la salud.
	23 753	Enfermedades del sistema respiratorio.		13 088	Ciertas afecciones originadas por el período perinatal.

Nota: Elaboración propia, con base en CCSS, 2018, p.45

Otro indicador es la distribución de la consulta médica que se divide en medicina general y especializada, para el 2017 mantuvo un comportamiento semejante en comparación a los años anteriores. Ese mismo año, aproximadamente un 72% de todas las consultas realizadas correspondían a medicina general, mientras que el 28% restante fueron realizadas en consulta especializada. A pesar de esto, con el paso de los años se ha observado que la consulta médica general ha sufrido un leve descenso mientras que las hechas a especialistas son cada vez mayores. (Caja Costarricense del Seguro Social, 2018)

El número total de consultas médicas para el 2017 fue de 10 390 027, de las cuales un 75% fueron realizadas en áreas de salud correspondientes al primer nivel de atención, esto evidencia la importancia de asegurar un servicio oportuno y de calidad en estos centros, ya que una buena atención ayudaría a también a descongestionar hospitales o clínicas que representan el segundo y tercer nivel de atención. (Caja Costarricense del Seguro Social, 2018)

El análisis de las atenciones en el servicio de emergencias corresponde a otro indicador de gran importancia, para el 2017 el total de atenciones disminuyó un 1% equivalente a 60 mil consultas con respecto al año anterior. En total, se atendieron 5 639 430 usuarios en este servicio de los cuales el 56,6% correspondieron a situaciones catalogadas como no urgencias, el restante 43,4% fueron situaciones consideradas como emergencias verdaderas y de este último un 22,4% requirieron una estancia más prologada para mantenerse en observación. (Caja Costarricense del Seguro Social, 2018)

Observar números tan altos de atenciones que no son clasificadas como urgencias hace referencia a una posible saturación de los servicios de consulta externa, debido al incremento en la demanda en este servicio, además refleja la baja capacidad de resolución de los centros correspondientes al primer nivel de atención y de igual manera el desconocimiento de la población sobre la finalidad del servicio de emergencias de los centros médicos. (Caja Costarricense del Seguro Social, 2018)

Un gran número de atenciones en los servicios de urgencias que no son catalogadas como tales implican que la atención dada no siempre ayuda a mejorar la salud de los pacientes, ya que con mucha frecuencia algunos tienen enfermedades crónicas que requieren un abordaje integral y un seguimiento adecuado, lo cual no es posible en el servicio de urgencias, como si ocurre en el servicio de consulta externa. (Caja Costarricense del Seguro Social, 2018)

Hospital William Allen Taylor

El Hospital William Allen Taylor (HWAT) es uno de tipo periférico que pertenece al segundo nivel de atención en salud. Se ubica en el distrito central del cantón de Turrialba de la provincia de Cartago, sus servicios dan cobertura no solo a los habitantes de dicha zona, sino que también vela por la población del cantón de Jiménez. Según la Caja Costarricense de Seguro Social (2016), la misión de dicho hospital es:

Proveer servicios de atención de segundo nivel con calidad, calidez, eficiencia y oportunidad a la salud-enfermedad de los habitantes de los cantones de Turrialba y Jiménez, incluyendo Urgencias y hospitalización las 24 horas del día y atención ambulatoria programada en las especialidades esenciales al perfil epidemiológico del área de atracción. (párr. 20)

Los valores institucionales son calidad, oportunidad, universalidad y equidad, que se ven plasmados en la visión del hospital que es según la Caja Costarricense de Seguro Social (2016):

Seremos líderes de la red de servicios institucionales de salud proveyendo una atención de segundo nivel cercana y cálida, oportuna, pertinente y de calidad eficientemente articulada con los establecimientos de menor y mayor complejidad, a los habitantes del área de atracción. (párr. 21)

Reseña histórica

El HWAT fue construido en 1927 en un terreno donado por Florentino Castro, la primera edificación se logró construir, de igual forma, por una donación hecha por la familia Allen Taylor por medio de una indemnización recibida por el fallecimiento del señor William Allen Taylor. Uno de los motivos por los cuales este centro fue creado es porque, durante la década de los 20, alrededor del 75% de la población turrialbeña laboraba en fincas, por lo que se les imposibilitaba realizar el pago de algún tipo de consulta médica. (Municipalidad de Turrialba, 2008)

Durante varios años, el HWAT sufrió una serie de dificultades económicas, principalmente por la condición de pobreza que sufría la población en esa época, quien era afectada por enfermedades tropicales que causaban una alta tasa de fallecimientos a esta población, debido a esta situación un grupo de personas formaron lo que se conocía como la Junta de Caridad que se responsabilizó por el mantenimiento y la administración del hospital. (Municipalidad de Turrialba, 2008)

Ante la dificultad económica que afectaba a una gran parte de la población en general, se crea el “impuesto de beneficencia” el cual consistía en un aporte bipartita mediante la cooperación del 3% de salario de los peones y un 2% del patrón por el total de salarios que pagaba, este tipo de impuesto se convirtió en el antecedente del sistema tripartita que se aplica en la actualidad por el sistema de salud costarricense, que consiste en contribuciones patronales, de afiliados y del Estado. (Municipalidad de Turrialba, 2008)

No obstante, la Junta de Caridad continuaba enfrentando dificultades para poder abastecerse de lo esencial y urgente, por ejemplo, alimentos, ropa, medicamentos, entre otros, por motivo de que muchos de los contribuyentes del sistema bipartita no cumplían con las contribuciones. Esta

situación dio paso a realizar la propuesta al presidente de la República el Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia el traspaso del hospital a la CCSS institución que recién se creaba. (Ministerio de Salud, 2018)

Es hasta el 11 de abril de 1943, después de una larga serie de reuniones, concesiones y acuerdos, cuando el Congreso Nacional estableció la Ley No. 41 mediante la cual se traspasó el HWAT a la CCSS; sin embargo, el hospital centró su atención únicamente en personas aseguradas, dejando sin ninguna protección a las personas que no contaban con seguro social en ese entonces, situación que generó la disconformidad de la Junta de Caridad quien se hacía responsable del pago de la atención de este sector de la población, es por esto que los miembros de la Junta renuncian por la creciente deuda económica falta de apoyo del Poder Central. (Municipalidad de Turrialba, 2008)

Como consecuencia de la situación negativa que estaba ocurriendo, un grupo de vecinos de Turrialba constituyeron el “Comité pro-asuntos locales de Turrialba” quienes se plantearon y dedicaron a estudiar la problemática buscando solución a la misma, logrando para 1959 las personas no aseguradas se les brindara atención en el HWAT por cuenta de la CCSS y también por una pequeña ayuda económica de la Municipalidad del cantón, esta modalidad conocida hoy como seguro por el Estado ayuda a personas de escasos recursos actualmente. (Municipalidad de Turrialba, 2008)

Durante los años 60, se realizó una remodelación en la infraestructura del hospital desmantelando la vieja estructura de madera (Figura 14), reinaugurándose en 1969, contando con 184 camas, mayor cantidad de equipo médico moderno y más personal médico, técnico y de apoyo para dar una mejor atención a una población de aproximadamente 45 000 personas. (Municipalidad de Turrialba, 2008)

Sumado a estas mejoras y a que la CCSS contaba únicamente con dos hospitales, el HWAT se dotó de un gran número médicos especializados en el exterior y además funcionó como hospital-escuela para médicos residentes e internos nacionales y extranjeros que realizaban sus estudios y practicas finales en la carrera de medicina, lo cual fue de gran relevancia ya que aumentó la capacidad de resolución de las necesidades en salud de la población. (Municipalidad de Turrialba, 2008)

Figura 14. Infraestructura del antiguo edificio del HWAT durante 1940.



Nota: Municipalidad de Turrialba, 2008, p.1.

Para 1973, el hospital contaba con un programa de visitas a las zonas más alejadas, en especial a aquellas donde habitaba la población indígena que, inclusive en la actualidad, comprenden más de la mitad de los cantones de Turrialba y Jiménez. Estas giras se realizaban cada 15 días por medio de un equipo conformado por médicos, enfermeras, un odontólogo y personal auxiliar que brindaban atención a una cantidad de hasta 100 indígenas. (Municipalidad de Turrialba, 2008)

El hospital también contaba con 12 centros de atención en zonas rurales, llamados dispensarios, a cargo de auxiliares de enfermería quienes tenían la tarea de distribuir medicamentos, aplicación de inyectables y brindar primeros auxilios a los habitantes de estas zonas, esto sirvió como antecedente para el desarrollo del primer nivel de atención en salud (EBAIS, PVP y áreas de salud tipo 1). (Municipalidad de Turrialba, 2008)

Servicios

El HWAT brinda un total de 16 servicios de especialidades a la población: anestesiología, cardiología, cirugía general e infantil, cuidados paliativos, dermatología, emergenciólogía, geriatría, ginecología-obstetricia, medicina familiar, medicina interna, medicina del trabajo,

otorrinolaringología, ortopedia y trauma, pediatría y psiquiatría, tres especialidades paramédicas que son nutrición, audiología, optometría y, por último, cuatro servicios de apoyo: imágenes médicas, laboratorio, trabajo social y farmacia. (Caja Costarricense del Seguro Social, 2016)

Según Jiménez, Tapia, Riggioni y Coto (2015), para el 2012, el HWAT, basado en los datos del Área de Rectora de Salud de Turrialba-Jiménez, contaba con un total de 16 médicos generales de los cuales, en su gran mayoría, laboraban en el servicio de emergencias en conjunto con personal de apoyo como auxiliares de enfermería, enfermeros profesionales y asistentes en enfermería.

El hospital cuenta también con dos salas de operaciones, en las cuales se llevan a cabo procedimientos de emergencias y para pacientes que seleccionados previamente, incluyendo también cirugía ambulatoria que no necesitan internamiento; sin embargo, para procedimientos que si lo requieran el hospital cuenta actualmente con 99 camas distribuidas en cuatro salones de hospitalización: medicina hombres y mujeres, cirugía hombres y mujeres, pediatría-neonatología y ginecología- obstetricia. (Caja Costarricense del Seguro Social, 2016)

Servicio de farmacia

Con el fin de brindar un servicio de calidad a las personas, el servicio de farmacia del HWAT cuenta con un manual de procedimientos en el cual se describen las rutinas de trabajo que se llevan a cabo en este servicio indicando quién, cómo, dónde y para qué han de realizarse. El objetivo principal de este manual es guiar la labor tanto de técnicos como farmacéuticos basado en el “Manual Técnico para la Gestión de los Servicios de Farmacia”, de la Caja Costarricense de Seguro Social del 2014. (Vargas , 2016)

Según la Caja Costarricense de Seguro Social (2014), actividades que se llevan a cabo en los servicios de farmacia de la institución deben ir dirigidas a cumplir cuatro funciones principales mencionadas a continuación:

1. Funciones vinculadas con las políticas públicas e institucionales, la organización y la gestión de servicios farmacéuticos.
2. Funciones vinculadas a los medicamentos.
3. Funciones vinculadas al paciente, la familia y la comunidad.
4. Funciones vinculadas a la investigación y la gestión del conocimiento.

Dentro de las funciones que se vinculan al paciente, la familia y comunidad se incluyen: despacho de recetas de medicamentos, realización de programas informativos acerca de los fármacos, atención farmacéutica, programas de farmacovigilancia, actividades y programas de prevención de enfermedades, promoción, protección y rehabilitación de la salud, actividades que promuevan el uso racional de medicamentos y también programas de seguridad al paciente, todas estas en conjunto son parte del proceso esencial para dar garantía a la prestación de servicios en salud. (Caja Costarricense del Seguro Social, 2014)

Con respecto a las actividades que se llevan a cabo en un servicio de farmacia, los cuales forman parte de un subproceso llamado Prestación de Servicios Farmacéuticos, derivan dos procedimientos fundamentales: el primero corresponde al despacho de recetas de medicamentos y el segundo, a la prestación de servicios farmacéuticos clínicos, que deben ser desarrollados en todos los centros de atención de salud en donde haya prestación del servicio de farmacia. (Caja Costarricense del Seguro Social, 2014)

En relación con el despacho de recetas de medicamentos u otros insumos, se dividen según la modalidad de atención, en el caso de usuarios en hospitalización las farmacias deben contar con un sistema de dosis unitaria para la distribución de medicamentos cada 24 horas, además de despachar las recetas correspondientes a pacientes con salida del centro médico después de su hospitalización.

Otra modalidad es el despacho de recetas a usuarios atendidos en el servicio de urgencias y los que se encuentren bajo observación médica, por último, también son despachadas recetas de atención ambulatoria que abarca consulta externa, de otros centros y atención domiciliar. (Caja Costarricense del Seguro Social, 2014)

La prestación de servicios farmacéuticos clínicos debe dirigirse a brindar información sobre los medicamentos de forma activa o pasiva, también encargarse de la realización de preparaciones magistrales, llevar a cabo de forma activa programas de farmacovigilancia y seguridad del paciente reportando reacciones adversas, fallas farmacéuticas e incidentes o errores de medicación. La atención farmacéutica es una herramienta fundamental mediante la dispensación, consejería, educación y visita a los pacientes, finalmente el profesional farmacéutico debe garantizar el uso racional de medicamentos a través de la educación de los pacientes y el personal. (Caja Costarricense del Seguro Social, 2014)

Funciones y responsabilidades del personal del servicio de farmacia.

Un documento de gran importancia que debería ser del conocimiento de todos los trabajadores de la CCSS es el Manual Descriptivo de Puestos, el cual detalla las tareas, responsabilidades, características personales y los requisitos que todos los funcionarios de esta institución deben cumplir y llevar a cabo en función del puesto que ocupe y el servicio en el que labore. (Caja Costarricense del Seguro Social, 2018)

El personal técnico de salud en farmacia, según la Caja Costarricense de Seguro Social (2018), es responsable del cumplimiento de los servicios o actividades que se le asignen de manera eficiente, puntual y con esmero, además de ser consciente que los errores que cometa pueden causar pérdidas, daños o atrasos de consideración en el servicio, por lo que debe realizar cada labor con cuidado y precisión.

En cuanto al trato con el público, el personal técnico requiere la habilidad de tratar en forma cortés y satisfactoria al público y como iniciativa propia debe asegurarse de mantener actualizados todos los conocimientos y técnicas que requiera para un adecuado desarrollo de sus funciones.

Con respecto al personal profesional farmacéutico, algunas de sus principales funciones son organizar, asignar y supervisar las labores encomendadas al personal técnico, administrativo y misceláneo, con el propósito de garantizar que cumplan de manera eficiente, también es responsable del adecuado manejo y empleo de los medicamentos y materiales en el servicio, asimismo, al igual que el personal técnico debe mantenerse sus conocimientos actualizados de acuerdo a su especialidad con el fin de brindar asesoría oportuna cuando se le solicite. (Caja Costarricense del Seguro Social, 2018)

En el Manual Institucional de Normas para el Almacenamiento, Conservación y Distribución de Medicamentos de la CCSS, además, se establece que el regente farmacéutico es aquel responsable de la identidad, pureza y buen estado de medicamentos ya sea en el proceso de elaboración, preparación, manipulación, almacenamiento y suministro de manera directa al público y en relación a esto las áreas de almacenamiento, según lo que indica este deben contar con un espacio suficiente para permitir el manejo ordenado y separado de los medicamentos, a su vez no debe interferir con el flujo normal del recurso humano dentro del servicio y facilitar la limpieza (Caja Costarricense del Seguro Social, 2013)

Despacho de medicamentos en consulta externa

Uno de los procesos que se lleva a cabo con mayor frecuencia en el servicio de farmacia en el HWAT es el despacho de medicamentos en consulta externa, por este motivo es importante describir la logística que se sigue por medio de los colaboradores de este servicio, la cual se encuentra estandarizado en el Manual de Procedimientos con el que cuenta dicho servicio. (Vargas , 2016)

El primer paso es la recepción de la receta de atención ambulatoria, esto se realiza en el área de ventanillas de consulta externa en el servicio de farmacia, esta labor la realizan los técnicos de farmacia asignados a este puesto, el funcionario debe saludar al usuario que se acerque a la ventanilla, recibir la receta y solicitar el documento de identidad, seguidamente el funcionario debe efectuar una revisión técnica y administrativa de la receta que debe cumplir con estipulado en con los siguientes puntos según Vargas (2016).

- Comprobar los datos personales del usuario presentes en la receta con el documento de identidad, y el peso en pacientes pediátricos, así mismo corroborar la información del médico prescriptor (código, especialidad y firma), verificar en donde fue atendido el paciente a través del sello de servicio o de la información contenida en el *sticker*.
- Revisar que los medicamentos prescritos sean legibles, comprobando su disponibilidad en el stock de la farmacia.
- En caso de que exista algún tipo de restricción entre la especialidad del médico y el tipo de medicamento, se debe consultar el perfil generado en el Sistema Integrado de Farmacia (SIFA) si existe alguna observación que apruebe la prescripción.
- Si las recetas provienen del primer nivel de atención, se recibe únicamente si trae el documento que indique el producto está agotado en el EBAIS o algún caso especial previamente comunicado al farmacéutico.

Una vez que la receta cumpla con estos requisitos, el funcionario debe señalar la fecha y hora con el reloj marcador y firmarla al reverso. En caso de ser necesario, debe indicar en la parte superior si la receta contiene algún medicamento que se almacene en refrigeración. Si, por el contrario, debe ser devuelta al médico para que corrija alguna inconsistencia, el farmacéutico de

completar la respectiva boleta de devolución, en caso de que el paciente no esté presente se colocará la receta en el cajón de pendientes. (Vargas , 2016)

Otra labor importante del funcionario de ventanilla es clasificar las recetas según corresponda en emergencias, recetas de consulta del día y copias y las de salidas de hospitalización, las cuales una vez recibidas deben ser entregadas inmediatamente al personal técnico encargado de su confección. Esta categorización es de gran importancia, ya que el tiempo de espera varía en dependencia de tipo de receta y el flujo de trabajo. Por último, el personal encargado entrega la contraseña de retiro al paciente, le indica el tiempo de espera y coloca las recetas ya ordenadas en el cajón correspondiente para su digitación. (Vargas , 2016)

En cuanto a las recetas de psicotrópicos y estupefacientes, el procedimiento es el mismo con las siguientes variaciones: si la persona que trae la receta no porta los documentos de identificación propios y del paciente no se recibirá; por consiguiente, este tipo solo será recibido y despachado a mayores de edad.

La persona debe anotar al dorso tanto de la receta como de la copia el nombre completo y número de cédula, en caso de que no sepa escribir debe marcar la receta con el pulgar y el número de cédula lo anota el funcionario encargado de la recepción. Cabe agregar que al paciente se le entrega un comprobante de psicotrópicos y estupefacientes para que este haga efectivo su posterior retiro. (Vargas , 2016)

El segundo paso que se lleva a cabo para un adecuado despacho de la receta médica es elaborar la etiqueta del medicamento prescrito, que se realizará en la sección de digitación para consulta externa del servicio de farmacia por el personal técnico encargado, el cual procede a asegurar el funcionamiento del equipo necesario, luego inicia sesión y posteriormente accederá al SIFA, ingresando su usuario y clave asignados. (Vargas , 2016)

Antes de comenzar con la digitación de las recetas, el personal debe clasificar nuevamente en grupos las recetas, esta vez por cantidad de cupones con un rango de 20 a 24 en caso de las de consulta externa y numerarlos en forma consecutiva.

En caso de las recetas que corresponden al servicio de emergencias, las de psicotrópicos y estupefacientes, se les dará prioridad en la digitación y se numeran anteponiendo el 9 referente a urgencias. (Vargas , 2016)

De esta forma el personal técnico dará inicio a la digitación de los grupos de recetas, según Vargas (2016), tomando en cuenta los siguientes detalles:

- Ingresar el número de cédula y verificar que coincida con los datos de la receta.
- Ingresar el código del médico y verificar que correspondan los datos de especialidad, servicio y lugar de atención. Si el médico no es encontrado inscrito en la base del hospital, debe solicitarse al administrador de SIFA o al farmacéutico encargado de consulta externa su inclusión.
- Ingresar el número de receta y el tipo de receta.
- Ingresar el código del medicamento y comprobar si el paciente llevó en un período anterior menor de 30 días.
- Ingresar la indicación y la cantidad de medicamento que se va a despachar, debe anotarse la cantidad en la receta si existe riesgo de confusiones para no ralentizar el trabajo en la sección de despacho.
- Anotar observaciones en el caso de los medicamentos que requieren protocolo (carvedilol, clopidogrel, enoxaparina, medicamentos de compra) para su despacho, revisando primero si existe una observación anterior que valide la prescripción y anotando una nueva observación tanto en el perfil de SIFA del paciente como en la receta e indicar su vigencia.
- Imprimir las etiquetas del grupo y sellar las recetas con el sello que contiene la leyenda “Procesadas en cómputo”

Terminado el proceso de digitación, el personal debe colocar las recetas junto con sus respectivas etiquetas en el cajón asignado en la sección de despacho, en el caso de las de psicotrópicos y estupefacientes, estas se colocan sobre el mobiliario donde estos se encuentran almacenados, en conjunto con las etiquetas para que el farmacéutico proceda a alistar revisar y preparar las cantidades necesarias. (Vargas , 2016)

El tercer paso consiste en el acopio y etiquetado del medicamento de atención ambulatoria que se realiza en la sección de despacho de Consulta Externa por el personal técnico asignado al despacho, el acopio consiste en la labor que implica leer cada receta del grupo que se esté elaborando y depositar en una canasta plástica los medicamentos prescritos en la cantidad indicada.

El personal debe firmar cada receta que prepara, para lograr una buena trazabilidad en el trabajo. (Vargas , 2016)

Hay que tomar en cuenta que los grupos que corresponden a recetas de emergencias deben prepararse primero, además si existen medicamentos preempacados o precontados en bolsas de plástico, debe corroborarse que los productos sean del mismo principio activo, color, presentación y en la cantidad correcta.

Cuando se requiera despachar varias cremas o frascos pueden empacarse en bolsa, para su fácil manejo, igualmente en el caso de los ampollas frágiles y frascos goteros muy pequeños pueden colocarse en bolsa o en una caja de cartulina para facilitar la adhesión de la etiqueta. (Vargas , 2016)

Después de recolectar todos los medicamentos el personal se dirige a las mesas de despacho y coloca cada uno de los medicamentos su correspondiente etiqueta y en caso de ser necesario también se deben adherir las etiquetas de color de indicaciones especiales. Los medicamentos que sean de uso restringido que no se encuentran ubicados en la sección de despacho deberán solicitarse al jefe de proveeduría de despacho o al farmacéutico. En este proceso, el técnico puede detectar errores procedentes de la digitación o incluso desde la recepción de la receta por tanto debe comunicar al regente farmacéutico para su respectiva corrección. (Vargas , 2016)

Para concluir el proceso que se realiza en la sección de despacho, el o los regentes farmacéuticos se encargan de la revisión final profesional de la receta y el medicamento. El farmacéutico procederá a revisar que cada producto despachado posea el etiquetado, la cantidad y el producto correcto de acuerdo con la prescripción médica, además se debe asegurar que los datos del paciente sean los correctos y que los medicamentos se encuentren en buenas condiciones y no estén abiertos, sucios, vencidos o exista algún cambio en su apariencia física. (Vargas , 2016)

En el caso de que la receta no cumpla con algún requisito o se detecten inconsistencias el regente farmacéutico procederá a devolver la receta a la sección correspondiente para que se realicen los cambios necesarios. Asimismo, debe anotar en el formulario “registro de inconsistencias” todos los errores que haya detectado durante el proceso de despacho de la receta. (Vargas , 2016)

Por otra parte, si el error amerita que la receta deba ser devuelta al médico prescriptor, el farmacéutico debe confeccionar la “boleta de devolución” y pedir que en la sección de digitación se reintegran los medicamentos en el SIFA y se devuelvan los medicamentos a los estantes que correspondan. Para finalizar, si la receta y los medicamentos cumplen todos los aspectos necesarios, el farmacéutico firma en la parte superior de la receta debajo del encabezado autorizando su debido empaque. (Vargas , 2016)

Para concluir todo el proceso que implica el despacho de las recetas, nuevamente el técnico asignado en la sección de ventanilla se encargara del empaque de medicamentos de atención ambulatoria y entrega de los medicamentos a los pacientes. De esta forma el técnico de ventanilla deberá estar al atento de las recetas que estén listas para proceder con el empaque, es muy importante en este paso que el técnico revise por última vez y se cerciore de empacar los medicamentos adecuados para la persona correcta. (Vargas , 2016)

Después de realizar el empaque utilizando el tamaño de bolsa apropiada y grapar cada receta a ella, el encargado trasladará los paquetes de medicamentos a la sección de ventanilla donde los guardará en el estante respectivo, según la numeración de los últimos dos dígitos de la receta y en la estantería respectiva a las recetas preparadas ese día.

Los paquetes tendrán un plazo máximo de cuatro días en el caso de las de consulta externa y 24 horas las del servicio de emergencias para ser retiradas, después de este tiempo se sacarán de los estantes para proceder a aplicar el reintegro de la receta y la devolución de los medicamentos que se encuentren en buen estado a los estantes apropiados en el despacho (ver Anexo 2). (Vargas , 2016)

Procedimiento del reintegro de recetas no retiradas

Como se ha hecho mención, cuando los medicamentos no son retirados al cabo del plazo establecido, se procede a realizar el reintegro de estos con el objetivo efectuar la devolución física y en SIFA de los productos no retirados, para que estos no afecten en gran medida el cierre de existencias del mes, en el cual se ven reflejados todos los gastos mensuales.

Según el procedimiento establecido en el Manual de procedimientos de la farmacia del HWAT confeccionado por Vargas (2016), los pasos por seguir son los siguientes:

1. En primer lugar, los técnicos de farmacia asignados al área de ventanilla se encargan de sacar los paquetes de medicamentos no retirados, retiran todas las bolsas empleadas y vuelven a acomodar los medicamentos de nuevo en los estantes del despacho, las recetas las guardan en otra bolsa que etiqueta con una leyenda de “Reintegros”, más la fecha en la que se realizó este reintegro físico.
2. El personal técnico encargado de SIFA debe visitar cada día el despacho para recoger los paquetes de recetas de medicamentos no retirados que se reintegran diariamente.
3. Seguidamente, el técnico encargado ingresa al sistema de cómputo de SIFA y reintegra cada una de las recetas.
4. Antes del cierre de cada mes, debe realizarse la mayor cantidad de reintegros posibles y una vez realizados se imprime el listado por pacientes y se guarda en el archivador AMPO que corresponda.
5. Se envía a la jefatura vía correo electrónico en formato PDF el Listado por pacientes y en formato de EXCEL el reporte de no retiradas.

Atención farmacéutica en la farmacia del HWAT

La atención farmacéutica definida por Hepler y Strand (1990), citado por Rodríguez (2015), es “la provisión responsable de farmacoterapia, con el propósito de conseguir resultados concretos que mejoren la calidad de vida del paciente.” (p.1)

La consulta farmacéutica se realiza con el propósito de brindar una atención individualizada a los pacientes que necesiten apoyo profesional para alcanzar las metas terapéuticas a partir de una adecuada adherencia al tratamiento.

El término adherencia al tratamiento se define según Nogués y Villar (2007), citado por Rodríguez (2015), como el “cumplimiento de la dosis y forma de administración y persistencia en la duración del tratamiento.” (p.1)

La falta de adherencia o apego a la medicación en muchas ocasiones se pierde cuando los fármacos se otorgan a la población, como consecuencia a la falta de cumplimiento del paciente.

Para realizar la consulta se debe aplicar una metodología de trabajo basada en el diagnóstico farmacéutico, que es un proceso cognitivo que se utiliza para lograr identificar de manera satisfactoria los problemas relacionados con los medicamentos específicos de cada paciente, sin embargo, se debe tener en cuenta que dentro de este tipo de intervención se concilien los intereses que beneficien al paciente siempre dentro de campo farmacéutico. (Rodríguez A. , 2015)

La consulta de atención farmacéutica que se brinda en el servicio de farmacia del Hospital William Allen Taylor consiste en el abordaje que se le brinda al paciente con el fin de aplicar métodos que permitan analizar la situación del usuario, para determinar si existe la posibilidad de que haya problemas o reacciones en la medicación que generen que el paciente no pueda cumplir con el objetivo deseado. (Rodríguez A. , 2015)

La finalidad de esta consulta es brindar una atención individualizada a los pacientes que son referidos por el médico o captados en el servicio de farmacia para detectar posibles problemas relacionados a los medicamentos y resolver resultados negativos que se encuentren asociados a la medicación, el profesional farmacéutico debe educar al paciente sobre la medicación y la patología además de cualquier duda que pueda surgir durante la atención. (Rodríguez A. , 2015)

Se debe valorar el conocimiento adquirido por el paciente y la percepción hacia la atención recibida, otro aspecto importante que debe realizarse es la elaboración del expediente farmacéutico que incluya toda la información del usuario, su medicación además el registro de las actividades que se realizan en cada cita estos datos deben registrarse de igual manera en el expediente de salud de cada paciente. (Rodríguez A. , 2015)

En caso de que se encuentre algún tipo de problema con la medicación se debe realizar una intervención con el paciente o médico tratante para dar resolución. En caso de que necesite un seguimiento más profundo, se debe coordinar con el equipo de salud para la referencia correspondiente, un aspecto importante es que con el paso de cada cita evaluar el resultado que las intervenciones realizadas para determinar el progreso que ha tenido el paciente. (Rodríguez A. , 2015)

A finales del 2018, la CCSS llevó a cabo un proceso de formación dirigido fundamentalmente al personal farmacéutico, con el propósito de que en las farmacias de esta institución se brindara una atención más focalizada en el paciente. Sin embargo, este programa de

instrucción tiene una duración de una semana y solo la recibieron 40 farmacéuticos, dentro de las habilidades reforzadas se encuentran, la comunicación, el trabajo en equipo, honestidad, compromiso, actitudes proactivas y también busca promover en el personal la generación de ideas que fomenten el crecimiento de la institución. (Martínez, 2018)

Generalidades de los medicamentos no retirados por la población del cantón de Turrialba

En esta sección es de suma importancia mencionar los aspectos fundamentales de los medicamentos que con mayor frecuencia no se retiran en la farmacia del HWAT de Turrialba, por parte de la población, por ello es fundamental conocer tanto sobre los efectos beneficiosos como adversos que pueden generar en la población joven como niños al igual que en adultos mayores o en periodos de gestación y lactancia.

Antiinflamatorios no esteroideos (AINE)

Los AINE son un grupo de medicamentos utilizados para el tratamiento del dolor, la inflamación y en menor grado la fiebre, también pueden ser utilizados para el tratamiento de otras patologías como la gota. Los procesos inflamatorios son consecuencia de un estímulo nocivo como infecciones y lesiones físicas, sin embargo, en algunas ocasiones y en presencia de algunas enfermedades puede desarrollarse una persistencia en la respuesta inflamatoria sin beneficio alguno, por el contrario, pueden ocurrir efectos negativos para la persona. (Brunton, Chabner, & Knollmann, 2012)

La respuesta inflamatoria presenta tres síntomas característicos, dolor, rubor y tumefacción, esto se debe a un proceso de vasodilatación local transitorio y a un incremento en la permeabilidad capilar sumado a una elevación en la infiltración de leucocitos y células fagocíticas con degeneración y fibrosis del tejido. Existen varias moléculas involucradas en el desarrollo de este proceso, una de las más importantes es la histamina otros mediadores de la inflamación son la bradicinina, leucotrienos y el factor activador de plaquetas (PAF). (Brunton, Chabner, & Knollmann, 2012)

Estos medicamentos se clasifican según el grado de selectividad en la inhibición de la ciclooxigenasa (COX) en 1 o 2. La gran parte de los AINES que existen actualmente son inhibidores competitivos irreversibles de la COX-2, sin embargo, es importante resaltar que el

ácido acetil salicílico es único que la inhibe de forma reversible. Dentro de las características en común que poseen los miembros de esta familia, además de los efectos terapéuticos, son las reacciones adversas principalmente a nivel del sistema digestivo. (Brunton, Chabner, & Knollmann, 2012)

Según sus características químicas, suelen clasificarse en derivados del ácido salicílico (ácido acetilsalicílico), del ácido propiónico (ibuprofeno, ketoprofeno), del ácido acético (indometacina, diclofenaco), del ácido enólico (tenoxicam, piroxicam), del ácido mefenámico, alcalonas y compuestos dietilheterocíclicos. Su mecanismo de acción en general consiste en la inhibición en la producción de prostaglandinas, mediante la inhibición de la enzima COX que como se mencionó anteriormente posee dos formas la COX-1 y la COX-2, actualmente se investiga la COX-3. (Brunton, Chabner, & Knollmann, 2012)

La COX-1 es la forma predominante en el organismo humano y se expresa en el tejido epitelial gástrico en donde tiene funciones protectoras, por otra parte, la COX-2 es la fuente más importante de formación de prostaglandinas y se encuentra principalmente en tejido tisular. La inhibición de la COX-1 se relaciona en gran medida con la generación de efectos secundarios a nivel gástrico. (Brunton, Chabner, & Knollmann, 2012)

Aplicaciones terapéuticas

Como se mencionó, todos los AINE son antiinflamatorios, analgésicos y antipiréticos con excepción del paracetamol que solamente es antipirético y analgésico. La principal aplicación de esta categoría es como antiinflamatorio para el tratamiento de trastornos musculoesqueléticos entre ellos la artritis reumatoide y artrosis proporcionando alivio del dolor y la inflamación que acompañan este tipo de padecimientos. (Brunton, Chabner, & Knollmann, 2012)

En el caso de que cumplan funciones analgésicas para el tratamiento del dolor de intensidad leve a moderada como dolores en afectaciones dentales, sin embargo, su efecto contra el dolor es mucho menor en comparación con los opiáceos, pero con la ventaja de no presentar efectos adversos a nivel central como depresión respiratoria y dependencia física.

Los AINE son eficaces para controlar el dolor causado por inflamación como el artrítico, caso contrario a los originados en vísceras huecas en donde no tiene eficacia a excepción del dolor

menstrual ya que la liberación de prostaglandinas por el endometrio causa cólicos de alta intensidad. (Brunton, Chabner, & Knollmann, 2012)

Los AINES también tienen una alta eficacia como tratamiento de primera línea en crisis migrañosas y pueden combinarse también con otros fármacos de segunda elección como es el caso de los triptanos, un ejemplo de esta combinación es el naproxeno con el sumatriptán o, bien, con antieméticos para el control de las náuseas asociadas a la crisis de migraña, es importante destacar que los AINE no tienen efecto sobre el dolor neuropático. (Brunton, Chabner, & Knollmann, 2012)

El tratamiento antipirético debe reservarse únicamente a pacientes que presenten fiebre que resulte peligrosa ya que los procesos inmunitarios o inflamatorios que se presentan pueden ser un mecanismo fisiológico protector, además de que aliviando los síntomas y disminuyendo la fiebre, la evolución de la posible patología puede enmascarse, las prostaglandinas liberadas en la fiebre son originadas mayormente por la COX-2, es por este motivo que los inhibidores selectivos de este tipo de prostaglandinas corresponderían a los más eficaces para esta situación. (Brunton, Chabner, & Knollmann, 2012)

Efectos secundarios

La edad de los pacientes se encuentra estrechamente relacionada con el aumento de las probabilidades de presentar reacciones adversas importantes, por lo que es esencial utilizar una dosis más baja en adultos mayores.

Los efectos secundarios más frecuentes a nivel del tubo digestivo son anorexia, dispepsia, náuseas, dolor abdominal y diarrea, estos síntomas guardan relación directa con el desencadenamiento de úlceras gástricas o intestinales, las cuales presentan una incidencia entre el 15% y el 30% de las personas que lo utiliza con regularidad, especialmente en pacientes alcohólicos, uso concomitante con corticoesteroides e infección con *Helicobacter pylori*. (Brunton, Chabner, & Knollmann, 2012)

Los inhibidores selectivos de la COX-2 son los que menos probabilidades presentan de provocar úlceras gástricas, sin embargo, cuando ocurre lesión gástrica, se debe a al menos dos mecanismos: el primero es la inhibición de la COX-1 en células epiteliales gástricas disminuyendo las prostaglandinas protectoras de la mucosa; el segundo mecanismo es por la irritación local que

causan estos fármacos al contacto con la mucosa gástrica y esto no disminuye significativamente en medicamentos con cubierta entérica; la administración de inhibidores de bomba de protones con los AINE ayuda a disminuir el riesgo de ulceración duodenal y gástrica. (Brunton, Chabner, & Knollmann, 2012)

Como se mencionó, los inhibidores selectivos COX-2 se lanzaron al mercado para mejorar la tolerabilidad del tubo digestivo de los antiinflamatorios en pacientes con un elevado riesgo de complicaciones digestivas; sin embargo, estos medicamentos en varios estudios revelaron un aumento en la frecuencia de infartos agudos del miocardio, apoplejía y trombosis, este riesgo también está asociado a otros fármacos más antiguos que tienen una alta selectividad por COX-2 (diclofenaco, meloxicam y nimesulida), aunque todos los AINES tienen el potencial para aumentar los riesgos cardiovasculares. (Brunton, Chabner, & Knollmann, 2012)

Los AINE también se relacionan con efectos secundarios renales, en personas sanas tienen muy poco efecto sobre la presión arterial o función renal, caso contrario en los pacientes que presenten insuficiencia cardíaca congestiva, cirrosis, nefropatía crónica, hipovolemia entre otros que activan el sistema simpático suprarrenal causando la retención de agua y sal teniendo efectos directos sobre la presión arterial de las personas. (Brunton, Chabner, & Knollmann, 2012)

Los pacientes que utilicen de forma crónica, en alta dosis combinaciones de AINE y, además, padezcan frecuentemente infecciones urinarias pueden estar ante el riesgo de padecer nefropatía por analgésicos, trastorno caracterizado por insuficiencia renal lenta y progresiva, disminución de la capacidad concentradora del túbulo renal y presencia de pus en orina, sin embargo, si se detecta en edades tempranas y se suspende en uso de AINE la función renal puede restablecerse. (Brunton, Chabner, & Knollmann, 2012)

Según Brunton, Chabner y Knollmann (2012), el uso de AINE durante el periodo de embarazo puede prolongar el parto, la indometacina se ha utilizado para tratar partos prematuros, indicación no aprobada por la FDA, no obstante, esto puede ocasionar el cierre de conducto arterioso además de alteraciones en la circulación del feto. El uso de AINE y ácido acetilsalicílico especialmente durante el último trimestre puede aumentar el riesgo de hemorragia postparto, por lo que su administración de cualquier tipo de AINE durante esta etapa está totalmente contraindicada. (Brunton, Chabner, & Knollmann, 2012)

Muchas personas a nivel mundial presentan hipersensibilidad tanto a los AINE como al ácido acetilsalicílico, en las cuales se manifiestan con síntomas como rinitis, urticaria, asma bronquial, edema laríngeo, broncoconstricción, rubefacción e hipotensión, las personas con intolerancia al ácido acetilsalicílico es otra contraindicación para el uso de AINE debido a la frecuencia de desencadenar una reacción cruzada que puede causar la muerte de la persona. (Brunton, Chabner, & Knollmann, 2012)

El Síndrome de Reye es una enfermedad grave y a menudo letal que se caracteriza por el inicio agudo de encefalopatía, infiltración adiposa del hígado y disfunción hepática, el ácido acetilsalicílico está relacionado con este síndrome especialmente en niños y adultos jóvenes menores a 20 años con fiebre relacionada a un proceso viral. A pesar de que no se ha especificado la relación de este medicamento con el síndrome de Reye, la evidencia epidemiológica es convincente para relacionarlos. (Brunton, Chabner, & Knollmann, 2012)

Interacciones farmacológicas

El uso concomitante de AINE e inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) puede ocasionar la disminución de la eficacia de estos últimos, además de producir bradicardia intensa que puede dar como resultado síncope, especialmente en diabéticos, adultos mayores, hipertensos o cardiopatas. En el caso de los corticoesteroides e inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) cuando se combinan con AINE pueden aumentar la gravedad y frecuencia de los efectos digestivos mencionados anteriormente. (Brunton, Chabner, & Knollmann, 2012)

Los pacientes anticoagulados que utilicen warfarina y que, a su vez, se les administre algún tipo de AINE pueden presentar un alto riesgo de sufrir hemorragias ya que estos últimos inhiben temporalmente la función normal de las plaquetas además que algunos AINE interfieren con el metabolismo de la warfarina por lo que debe evitarse la administración concomitante entre estos fármacos, según Brunton, Chabner y Knollmann (2012).

Población pediátrica y geriatría.

De acuerdo con Brunton, Chabner y Knollmann (2012), las indicaciones terapéuticas de los AINE para la población infantil incluye fiebre, dolor leve, dolor postoperatorio y trastornos que

cursan con inflamación como la enfermedad de Kawasaki y la artritis juvenil, sin embargo, ante los efectos adversos gastrointestinales ya mencionados que se observan durante el uso de AINE ha limitado su administración en estas patologías, por lo que la selección de medicamentos para esta población es limitada por esta situación solo deben utilizarse fármacos como el paracetamol, naproxeno e ibuprofeno.

Muchos procesos fisiológicos van cambiando conforme avanzan los años de vida de las personas, tal es el caso de los adultos mayores, en esta población surgen cambios en la absorción, distribución y eliminación de muchos medicamentos, los AINE son no una excepción, sumado a estos cambios, las patologías asociadas también pueden interferir con la farmacocinética que sigue este tipo de fármacos. (Brunton, Chabner, & Knollmann, 2012)

Brunton, Chabner y Knollmann (2012) explican que el proceso de eliminación de muchos de los AINE se ve disminuido por los cambios metabólicos hepáticos en esta población, especialmente los que se caracterizan por tener semividas prolongadas como es el caso del tenoxicam, por estos, las concentraciones plasmáticas serán elevadas en algunos casos hasta el doble, si se compara con individuos menores de 50 años. En consecuencia, siempre es recomendable realizar ajustes de dosificación con precaución, para evitar efectos gastrointestinales nocivos. (Brunton, Chabner, & Knollmann, 2012)

Acetaminofén (paracetamol)

El acetaminofén o paracetamol es un medicamento ampliamente utilizado como analgésico por la población en sus hogares, este medicamento se puede encontrar solo o en combinación con otros analgésicos narcóticos o no narcóticos entre otros. El fármaco es considerado una buena alternativa para el ácido acetilsalicílico como antipirético y analgésico, a pesar de esto sus efectos antiinflamatorios son muy débiles, no obstante, no es conveniente utilizarlo en sustitución de otros AINE para tratar procesos inflamatorios crónicos como la artritis reumatoide. (Brunton, Chabner, & Knollmann, 2012)

Este medicamento tiene como ventaja ser bien tolerado por las personas y además de presentar efectos secundarios a nivel gastrointestinal en baja frecuencia, sin embargo, en casos en los que exista sobredosificación aguda, puede causar daños hepáticos graves. La utilización de este medicamento continua en aumento, por lo que cada vez más se observan situaciones de

intoxicaciones especialmente en presentaciones combinadas con otras sustancias como la cafeína. (Brunton, Chabner, & Knollmann, 2012)

Según Brunton, Chabner y Knollmann (2012), la biodisponibilidad de este medicamento es bastante buena, para obtener concentraciones plasmáticas máximas se requieren de 30 a 60 minutos y comienza el proceso de eliminación al cabo de dos horas posteriores a la administración, su distribución es uniforme en la mayoría de líquidos corporales, en cuanto a la unión de proteínas plasmáticas lo hace en menor grado que el resto de AINE y presenta eliminación renal.

Este medicamento está indicado como analgésico y antipirético, en casos de artrosis corresponde al tratamiento de primera elección y es muy utilizado en casos donde el paciente presente ulcera péptica, niños febriles situaciones en donde el ácido acetilsalicílico se encuentra contraindicado. La dosis oral normal es de 325 a 650 mg cada 4 a 6 horas, y su dosis máxima diaria no debe superar los 4000 mg. En casos de pacientes alcohólicos, la dosis máxima diaria debe reducirse a la mitad, según lo estipulado por la FDA no debe ser administrado más de cinco dosis en un día y niños la ponderal corresponde a 10 mg/kg de peso. (Brunton, Chabner, & Knollmann, 2012)

Por lo general, este medicamento es bien tolerado bajo las dosis terapéuticas, no presentan efectos adversos sobre el sistema respiratorio o cardiovascular ni en los procesos de coagulación, los problemas gastrointestinales que podrían presentarse son mucho menos frecuentes en comparación con AINE tradicionales, sin embargo, en personas sensibles puede aparecer reacciones alérgicas con presencia de exantema en algunos casos grave con presencia de fiebre y lesiones en la mucosa. (Brunton, Chabner, & Knollmann, 2012)

A pesar de ser un medicamento bien tolerado, hay una alta incidencia de casos de intoxicaciones por este medicamento, la ingestión de más de 7,5 g o la administración repetida de dosis supraterapéuticas podría causar necrosis hepática que en algunos casos puede ser letal, además de esto puede presentarse necrosis tubular renal y coma hipoglucémico. Para tratar los casos de sobredosis donde hay riesgo de lesión hepática, se utiliza la N- acetilcisteína aplicándose antes de la absorción del acetaminofén. (Brunton, Chabner, & Knollmann, 2012)

Indometacina

La indometacina es un derivado del ácido acético, introducida al mercado mundial en 1963, este medicamento se utiliza para tratar artritis reumatoide de moderada a grave, artrosis y artritis gotosa aguda; sin embargo, su empleo se ve limitado por su toxicidad y disponibilidad de opciones más seguras, en su forma parenteral es utilizada para cerrar el conducto arterioso permeable. (Brunton, Chabner, & Knollmann, 2012)

Este medicamento posee propiedades antiinflamatorias, analgésicas y antipiréticas, presenta una excelente biodisponibilidad alcanzando concentraciones máximas entre una y dos horas posteriores a la administración. Los metabolitos de este fármaco presentan ciclo enterohepático, esto puede hacer que la semivida plasmática varíe, sin embargo, se establece un lapso entre las dos y cinco horas. (Brunton, Chabner, & Knollmann, 2012)

Debido a que es un fármaco con una alta tasa de intolerancia, hace que sus aplicaciones analgésicas sean limitadas a largo plazo y solamente en casos en donde la fiebre sea resistente a otros fármacos suele utilizarse, a pesar de esto, tiene cerca de 20 veces más potencia ácido acetilsalicílico. La FDA aprueba el uso de este medicamento para el cierre de la persistencia del conducto arterioso en lactantes prematuros con peso entre los 500 y 1750 g. (Brunton, Chabner, & Knollmann, 2012)

Alrededor del 50% de los pacientes a los cuales se les administra una dosis usual de indometacina experimentan reacciones adversas, por en muchos casos la medicación debe suspenderse. Dentro de los efectos nocivos más frecuentes están los del tubo digestivo que en algunas situaciones pueden llegar a ser letales especialmente en poblaciones más vulnerables como los adultos mayores. (Brunton, Chabner, & Knollmann, 2012)

Además de esto, puede presentarse diarrea generalmente asociada a ulceraciones a nivel intestinal, algunos reportes indican también pancreatitis aguda y casos de hepatitis que no son frecuentes, pero por lo general letales. El efecto adverso que se presenta con mayor frecuencia es cefalea frontal en pacientes que utilizan el medicamento por tiempos prolongados, mareos, desvanecimiento, confusión mental y vértigo pueden aparecer con menor frecuencia. (Brunton, Chabner, & Knollmann, 2012)

La administración de este medicamento debe hacerse con mucho cuidado principalmente en adultos mayores, epilépticos, pacientes con enfermedades psiquiátricas o Parkinson ya que presentan un alto riesgo de sufrir efectos adversos de gravedad a nivel del sistema nervioso central, también se han reportado reacciones hematopoyéticas a causa de la indometacina como trombocitopenia, neutropenia y en pocas ocasiones anemia aplásica. (Brunton, Chabner, & Knollmann, 2012)

Ibuprofeno

El ibuprofeno es un AINE, derivado del ácido propiónico, es de los más utilizados en Estados Unidos y primer miembro de este grupo terapéutico, corresponde a un inhibidor no selectivo de la COX, presenta una rápida absorción y una alta unión a proteína plasmática, se metaboliza aproximadamente un 90% en el hígado y se excreta por vía renal, su semivida es de alrededor de 2 horas. (Brunton, Chabner, & Knollmann, 2012)

Las indicaciones terapéuticas de este AINE, según Brunton, Chabner y Knollmann (2012), son el tratamiento sintomático de artritis reumatoide y artrosis, tratamiento del dolor, tendinitis, migraña y dismenorrea primaria, para el tratamiento de artritis reumatoide y artrosis se pueden administrar hasta 800 mg cuatro veces al día, para el tratamiento sintomático del dolor leve o moderado 400 mg cada cuatro a seis horas de ser necesario.

Los efectos adversos comunes son a nivel gastrointestinal característicos de esta categoría de medicamentos, pero mejor tolerados en comparación con el ácido acetilsalicílico e indometacina, al igual que los inhibidores selectivos COX-2 puede haber riesgo de infartos, sin embargo, en mucho menor medida que estos últimos. Con menor frecuencia puede presentarse cefalea, mareos, visión borrosa, trombocitopenia, exantemas; en caso de presentarse reacciones oculares el tratamiento debe suspenderse de inmediato. (Brunton, Chabner, & Knollmann, 2012)

El uso de este medicamento durante el tercer trimestre de embarazo debe evitarse ya que puede retrasar el parto, durante los primeros trimestres puede utilizarse pero con precaución, así lo refieren Brunton, Chabner y Knollmann (2012) con respecto al ibuprofeno, que puede pasar a leche materna y aunque en escasa medida su administración en esta etapa debe hacerse con precaución para evitar efectos no deseados en el lactante.

Tenoxicam

Es un derivado del ácido enólico que tiene la capacidad de inhibir COX-1 y COX-2 de forma no selectiva, posee propiedades antiinflamatorias, analgésicas y antipiréticas. En cuanto a eficacia, es similar a la de la indometacina, el ácido acetilsalicílico o naproxeno para tratar a largo plazo la artrosis o artritis reumatoide, debido a lo larga semivida este medicamento se administra una vez al día (Brunton, Chabner, & Knollmann, 2012)

El tenoxicam se absorbe a nivel gastrointestinal y alcanza concentraciones plasmáticas máximas a las entre una y 1,5 horas posterior a su administración, su metabolismo es hepático y tiene la capacidad de distribuirse ampliamente en el organismo, se elimina en mayor cantidad por orina y en poca proporción en bilis, su vida media de eliminación abarca alrededor de 66 horas. Dentro de sus indicaciones se encuentra tendinitis, bursitis, osteoartritis y artritis reumatoide. (Rodríguez R. , 2013)

En cuanto a sus efectos secundarios más frecuentes esta la indigestión, náuseas, cefalea y vértigo, con menor frecuencia flatulencia, diarrea o estreñimiento, pirosis y dermatitis, solamente en casos raros puede ocurrir gastritis, hemorragias gastrointestinales, depresión mental, trombocitopenia, leucopenia, dificultad para dormir, debilidad muscular y anorexia. Según (Rodríguez R. , 2013) la dosis por vía oral para personas adultas es de 20 mg una vez al día, en jóvenes menores a 16 años no es recomendable su administración.

Antihistamínicos

La histamina es un mediador fundamental en la inflamación, la anafilaxia y secreción de ácido gástrico, muchas de las acciones fisiológicas y fisiopatológicas han sido descubiertas gracias a la elaboración de antagonistas de receptores de la histamina, los antagonistas competitivos de receptores H₁ y antagonista del receptor H₂, los primeros se utilizan para el tratamiento de procesos alérgicos, urticaria, náuseas, reacciones anafilácticas, cinetosis, insomnio y algunos síntomas relacionados con el asma, en el caso de los antagonistas de receptores H₂ son eficaces en la disminución de la secreción del ácido gástrico. (Brunton, Chabner, & Knollmann, 2012)

Antagonistas competitivos del receptor H₁

Según Katzung, Masters y Trevor (2013), este tipo de medicamentos utilizados en procesos alérgicos se dividen en dos generaciones: primera y segunda, diferenciándose entre sí por la potencia de efectos sedativos, siendo los miembros de la primera generación los que presentan este efecto en mayor potencia. Los fármacos de segunda generación tienen una distribución disminuida a nivel del sistema nervioso central, por esta razón, los efectos sedantes ocurren en menor medida.

Cada uno de los miembros de esta categoría de medicamentos presentan una rápida absorción posterior a su administración, alcanzando una concentración plasmática máxima entre una y dos horas, presentan una amplia distribución por el organismo, inclusive penetrando con gran facilidad el sistema nervioso central por ser más liposolubles, como es el caso de los que pertenecen a la primera generación, la metabolización de ambos grupos es hepática. Por lo general, la acción terapéutica se extiende por un lapso de cuatro a seis horas; sin embargo, algunos de segunda generación tienen un efecto más prologado entre las 12 y 24 horas. (Katzung, Masters, & Trevor, 2013)

Todos los medicamentos que pertenecen a ambos grupos inhiben competitivamente y de forma reversible los receptores histamínicos H₁, con esto se logra un bloqueo completo de la contracción del músculo liso de los bronquiolos o del tubo digestivo que se produce por la acción de la histamina en estos sitios, sin embargo, no son capaces de modificar la cantidad de ácido gástrico secretado por el estómago como es el caso de otros fármacos que actúan en sobre otro tipo de receptores histamínicos. (Katzung, Masters, & Trevor, 2013)

Dentro de los efectos farmacológicos originados por el bloqueo de estos receptores histamínicos H₁, pueden describirse como útiles o en algunos casos indeseables, la sedación es el efecto más frecuente que presenta la primera generación de estos medicamentos variando en potencia de un subgrupo a otro, por ejemplo según Katzung, Masters y Trevor (2013), el dimenhidrinato y la difenhidramina que pertenecen al grupo de las etanolaminas y la hidroxizina un derivado de la piperazina producen sedación intensa, por el contrario la clorfeniramina la produce leve.

En algunas ocasiones, bajo dosis terapéuticas normales, los niños pueden presentar excitabilidad en lugar de somnolencia y solamente en casos muy raros se observa en adultos, la

segunda generación de antagonistas H_1 como es el caso de la fexofenadina tienen un nulo o escaso efecto sedativo o estimulante. Con la administración de dosis altas pueden ocurrir situaciones de extrema agitación y estimulación con convulsiones antes de llegar a estados de coma. (Katzung, Masters, & Trevor, 2013)

El dimenhidrinato y la difenhidramina se caracterizan por tener propiedades contra las náuseas y el vómito para evitar la cinetosis, pero cuando este episodio se desencadena la eficacia de estos medicamentos decrece, la difenhidramina en particular puede presentar efectos antiparkinsonianos, disminuyendo los efectos extrapiramidales provocados por algunos antipsicóticos, en general este tipo de medicamentos puede causar efectos adversos como anorexia, náuseas, vómitos, molestias epigástricas, diarrea o estreñimiento, sin embargo, al ser administrados con los alimentos estos efectos se disminuyen. (Katzung, Masters, & Trevor, 2013)

La principal indicación de los antagonistas H_1 , según Brunton, Chabner y Knollmann (2012), es en enfermedades alérgicas que cursan con manifestaciones como rinitis, urticaria y conjuntivitis, suprimiendo los síntomas de la histamina liberada durante estos procesos, no son tan eficaces en asma bronquial y por lo general se utilizan en combinación con otros medicamentos, en casos de anafilaxia son utilizados como medicación complementaria.

Al igual que otros medicamentos, se deben tener precauciones cuando se administren a la población pediátrica o geriátrica, en el caso de los adultos mayores especialmente los que presenten deterioro en su función cognitiva, se recomienda utilizar antihistamínicos de segunda generación a causa de los efectos sedativos y anticolinérgicos característicos de los de primera generación, por lo que en estos casos se deben administrar dosis menores ante la posibilidad de deterioro renal y hepático que afecten la eliminación del mismo. (Brunton, Chabner, & Knollmann, 2012)

Los medicamentos de primera generación tampoco son recomendados en niños, de igual forma por los efectos sedantes que puede afectar su aprendizaje y desempeño académico, por lo que se han aprobado fármacos de segunda generación como la fexofenadina, cetirizina y loratadina. Las presentaciones de medicamentos contra la gripe y la tos que contienen antihistamínicos en su formulación han dado reportes de efectos graves que incluso han llevado a la muerte por lo que no deben utilizarse en menores de dos años. (Brunton, Chabner, & Knollmann, 2012)

Agentes gastrointestinales

Inhibidores de la bomba de protones (IBP)

Este tipo de medicamentos se consideran los más potentes para suprimir la secreción de ácido gástrico por parte de la bomba de protones, tienen la capacidad de reducir hasta un 95% la producción diaria de ácido, según Brunton, Chabner y Knollmann (2012), existen seis IBP diferentes, entre ellos omeprazol, esomeprazol, lansoprazol, rabeprazol y pantoprazol, los cuales comparten propiedades farmacológicas similares.

Para que estos medicamentos se activen y ejerzan su efecto, necesitan activarse en un medio ácido, por esta razón, su administración debe ser preferiblemente en ayunas, alrededor de unos 30 minutos antes de las comidas, ya que, si se administra junto con alimentos, su absorción se ve disminuida significativamente. Para que se alcance la supresión del 70% de las bombas de protones se requieren varias dosis de estos medicamentos por un periodo de dos o cinco días de tratamiento. (Brunton, Chabner, & Knollmann, 2012)

Los efectos adversos descritos de este grupo de medicamentos son pocos, sin embargo, con mayor frecuencia puede ocurrir náuseas, dolor abdominal, estreñimiento, flatulencia y diarrea; también se han realizado reportes de miopatías, dolores de cabeza y exantemas. El omeprazol puede interactuar con otros medicamentos como warfarina, diazepam y la ciclosporina, el tratamiento crónico con omeprazol y otros IBP pueden interferir en la biodisponibilidad de otros fármacos como en ketoconazol y sales de hierro. (Brunton, Chabner, & Knollmann, 2012)

Según Brunton, Chabner y Knollmann (2012), los inhibidores de la bomba de protones son ampliamente utilizados para facilitar la cicatrización de úlcera, pirosis, en el tratamiento de la enfermedad por reflujo gastroesofágico, esofagitis erosiva además de trastornos que cursan con hipersecreción patológica de ácido gástrico como en síndrome de Zollinger-Ellison y, en general, para disminuir el riesgo de reincidencia de úlcera duodenal relacionada con infecciones de *Helicobacter pylori*.

Es seguro utilizar omeprazol en niños para el tratamiento de esofagitis erosiva y enfermedad por reflujo gastroesofágico, ya que representa una opción segura y eficaz para esta población, sin embargo, es normal que se utilicen dosis más altas por kilogramo de peso de este medicamento en

comparación con una persona adulta ya que los niños generalmente tienen una capacidad metabólica más elevada. (Brunton, Chabner, & Knollmann, 2012)

Antagonistas del receptor H₂.

Estos medicamentos inhiben la producción de ácido gástrico al competir con la histamina de forma reversible por la unión a los receptores H₂, dentro de este grupo se encuentra la famotidina, cimetidina y ranitidina, no obstante, si se comparan con los IBP su efecto supresor de ácido es mucho menos potente. Tienen la capacidad de inhibir la secreción basal de ácido por lo es recomendable que su administración sea por la noche ya que de esta manera ayuda a la cicatrización de úlceras. (Brunton, Chabner, & Knollmann, 2012)

La absorción de estos medicamentos es rápida alcanzando concentraciones máximas en un lapso de 1 a 3 horas después de su administración por vía oral, su absorción aumenta con las comidas y puede reducirse con antiácidos, su unión a proteína plasmática es menor en comparación a los IPB, presentan metabolismo hepático y eliminación renal. Al igual que los IBP, son medicamentos bien tolerados, los efectos adversos que puede presentarse como diarrea, cefalea, somnolencia, fatiga, dolor muscular y estreñimiento se manifiestan con muy poca frecuencia. (Brunton, Chabner, & Knollmann, 2012)

La indicación de este tipo de medicamentos se centra en ayudar a la cicatrización de úlceras gástricas y duodenales, en el tratamiento de reflujo gastroesofágico no complicado y en la prevención de úlceras causadas por estrés. En algunas ocasiones puede aparecer tolerancia y rebote a la medicación generalmente al cabo de tres días posteriores al inicio del tratamiento. (Brunton, Chabner, & Knollmann, 2012)

Antiácidos

Con el paso del tiempo y la aparición de medicamentos más eficaces y cómodos, los antiácidos han ido siendo sustituidos, sin embargo, muchos pacientes continúan utilizándolos por diferentes factores, dentro de los más utilizados y prescritos se encuentran los que contienen la combinación de hidróxido de magnesio y de aluminio, una de las ventajas de estos compuestos es que no se absorben y proporcionan un efecto terapéutico sostenido. (Brunton, Chabner, & Knollmann, 2012)

La combinación de estos medicamentos puede compensar los efectos adversos a nivel intestinal, el aluminio tiende a causar relajación del músculo liso estomacal produciendo una disminución del vaciamiento gástrico y, por ende, estreñimiento; en caso contrario, al magnesio se le asocian los efectos opuestos a los del aluminio teniendo como consecuencia diarrea, pero tal equilibrio no siempre se logra y, de acuerdo con cada paciente, puede ocurrir alguno de estos efectos con el uso de antiácidos.

Muchos antiácidos se combinan con simeticona, una sustancia tensoactiva que tiene la capacidad de disminuir la formación de espuma y por ende ayuda en casos de reflujo, sin embargo, para síntomas graves o reflujo no controlado pueden ser administrados cada 30 o 60 minutos, las suspensiones de antiácidos presentan una mayor capacidad neutralizante en comparación con otras formas farmacéuticas como comprimidos que deben masticarse para obtener el efecto máximo. (Brunton, Chabner, & Knollmann, 2012)

Según Brunton, Chabner y Knollmann (2012), el proceso de absorción de estos medicamentos es variable, al cabo de aproximadamente 30 minutos se excretan del estómago, no obstante, cuando se administran con alimentos el pH estomacal incrementa durante una hora prolongando los efectos de los antiácidos hasta por tres horas. El uso concomitante con otros fármacos como el alopurinol, hormonas tiroideas y antimicóticos pueden afectar los procesos de absorción, biodisponibilidad y eliminación de estos, pero se puede evitar si los antiácidos se administran 2 horas antes o después de estos.

Fármacos procinéticos

La metoclopramida es un fármaco antagonista de los receptores de dopamina que se encuentran presentes en el sistema digestivo, la inhibición de la motilidad es uno de los principales efectos que la dopamina ejerce sobre este sistema, los procinéticos ayudan a aliviar síntomas asociados como náuseas y vómitos. La administración de este medicamento ayuda a aumentar el tono del esfínter esofágico inferior y a estimular las contracciones antrales y del intestino delgado, sus efectos están confinados a la porción alta del tubo digestivo por lo que no tiene ningún efecto sobre la motilidad del intestino grueso. (Brunton, Chabner, & Knollmann, 2012)

Este fármaco presenta una rápida absorción posterior a la administración oral, se metaboliza a nivel hepático y se elimina por vía renal, la concentración plasmática máxima se da al cabo de una hora luego de una dosis por vía oral y su efecto tiene una duración de una a dos horas.

Según Brunton, Chabner y Knollmann (2012), este medicamento se ha utilizado para el tratamiento sintomático en sujetos que padecen reflujo gastroesofágico, sin embargo, en comparación con IBP o antagonistas H₂ su eficacia es menor y no contribuyen a la cicatrización de esofagitis que acompaña al reflujo.

Su uso es más frecuente en pacientes con enlentecimiento en el vaciamiento gástrico que se acompaña de síntomas como náuseas y vómitos con mayor frecuencia, la dosis inicial por vía oral es de 10mg, 30 minutos antes de cada comida y al acostarse, ya que su inicio de acción comienza entre los 30 y 60 minutos posteriores a su administración. Los efectos adversos más comunes de son los extrapiramidales (trastornos en el tono y movilidad muscular) que ocurren con mayor frecuencia en niños y adultos jóvenes con dosis altas, también puede producir galactorrea que, de acuerdo con Brunton, Chabner y Knollmann (2012), ocurre con poca frecuencia.

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

En este capítulo se presenta la metodología necesaria para el desarrollo adecuado de esta investigación, por tanto, se realizará una descripción de las técnicas utilizadas, en este caso, análisis estadístico de bases de datos, revisión documental y la realización de entrevistas; también se detallarán los instrumentos utilizados como el método de la determinación del chi cuadrado, recopilación de artículos científicos y elaboración de un cuestionario.

También es importante mencionar que los sujetos o las fuentes de información que fundamentan este estudio corresponden a bases de datos proporcionadas por el servicio de farmacia del HWAT, artículos científicos consultados de bases científicas entre ellas, BINASS, PUBMED, JAMA Internal Medicine, The Lancet, PLOS Medicine, SciELO, entre otros y las opiniones del personal farmacéutico de esta misma institución.

Enfoque

Existen varias clasificaciones de enfoques investigativos, bajo este marco, Hernández, Fernández y Baptista (2014), en su libro titulado *Metodología de la investigación*, señalan dos enfoques principales: el cualitativo y cuantitativo, de los cuales, se deriva un tercero correspondiente al mixto.

Los autores definen el enfoque cuantitativo como un método que “utiliza la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin [sig] establecer pautas de comportamiento y probar teorías.” (p. 4)

De igual forma, los autores conceptualizan el enfoque cualitativo como aquel que “utiliza la recolección y análisis de los datos para afinar las preguntas de investigación o revelar nuevas interrogantes en el proceso de interpretación.” (p.7)

Con respecto al concepto de enfoque mixto, Hernández, Fernández y Baptista (2014) lo describen como:

Un conjunto de procesos sistemáticos, empíricos y críticos de investigación e implican la recolección y el análisis de datos cuantitativos y cualitativos, así como su integración y discusión conjunta, para realizar inferencias producto de toda la

información recabada y lograr un mayor entendimiento del fenómeno bajo estudio.
(p.534)

Sobre las referencias consideradas, el enfoque de esta investigación corresponde al de tipo mixto, ya que implica un análisis estadístico de la información proporcionada por la jefatura mediante la integración de variables cualitativas, al mismo tiempo que se realiza una exploración a fondo de distintas referencias con respecto al problema de investigación y la ejecución de entrevistas al profesional farmacéutico que labora en el HWAT, correspondiente a un enfoque cualitativo, con el fin de obtener conclusiones y generar recomendaciones.

Método

Según Hernández, Fernández y Baptista (2014), los diseños metodológicos son los “planes o estrategias que se desarrollan para obtener la información que se requiere en una investigación y responder al planteamiento.” (p.128)

Existen varias categorías para clasificarlos, por ejemplo, en métodos de tipo transversal o longitudinal, descriptivos o analíticos, experimentales o no experimentales. Basándose en esta clasificación, este estudio corresponde a un diseño de tipo transversal, analítico y no experimental (observacional).

Transversal, porque como lo afirman Hernández, Fernández y Baptista (2014), “su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.” (p.154)

Como se observa esta definición, es aplicable al estudio en el sentido que se hará uso de datos recopilados correspondientes al 2017, los cuales se clasifican en distintas variables entre las cuales se busca establecer si existe o no relación.

Analítico o diseño transeccional: “indagan la incidencia de las modalidades, categorías o niveles de una o más variables en una población, son estudios puramente descriptivos.” (p. 155)

Como se mencionó se estudiará si existe relación entre más de dos variables, en este caso factores sociales como la edad, el género y la zona de residencia de los usuarios que no retiran sus tratamientos en el servicio de farmacia del HWAT *versus* variables propias de la prescripción de

la receta médica, por ejemplo, el medicamento, la especialidad y el servicio donde se indicaron los medicamentos.

Observacional o no experimental es definido por Hernández, Fernández y Baptista (2014) como “estudios que se realizan sin la manipulación deliberada de variables y en los que solo se observan los fenómenos en su ambiente natural para analizarlos.” (p.152)

En el caso de este estudio, solo se realiza la manipulación de las variables propuestas, sin interferir sobre ellas o sobre los resultados obtenidos, de manera que se limita al análisis de los datos estadísticos facilitados.

Operacionalización de las variables

Tabla 4. Operacionalización de las variables (primera parte)

Variables y categorías	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Instrumento
Variables sociales	Son “condiciones, factores o cualidades que pueden ser observadas, tienen la propiedad de poder variar, de asumir valores y, por tanto, es una característica medible.” (Gamboa, 2017)	Edad: Corresponde a las etapas del ciclo de la vida que se encuentra cada persona, desde el nacimiento de un ser humano hasta su muerte. (criterio propio)	Niños: De 0 a 12 años. Jóvenes: De 13 a 17 años Adultos jóvenes: De 18 a 30 años. Adultos: De 31 a 64 años. Adulto Mayor: Mayores de 65 años.	Análisis estadístico por el método del chi-cuadrado.
		Género: Identidad sexual que caracteriza a cada persona (criterio propio)	Femenino Masculino	
		Zona geográfica: Distrito en donde habitan los pacientes que no retiraron sus	Zona cercana: Turrialba (1,0km), La Isabel (7,3km), Santa	

		<p>medicamentos en el HWAT. Se subdividen por la distancia aproximada del hospital. (criterio propio)</p>	<p>Rosa (9,1km) y Pavones (10,8km). Zona intermedia: La Suiza (11,2km), Santa Cruz (13,4km), Peralta (16,3km) y Santa Teresita (18,5km) Zona lejana: Tuis (21,5km), Tres Equis (25,7km), Tayutic (20,9km) y Chirripó (46,9km). Otras zonas: Incluye los distritos de Juan Viñas, Tucurrique, Pejibaye del cantón de Jiménez y zonas de otras provincias.</p>	
		<p>Escolaridad promedio: “Es la cantidad de años aprobados en la educación regular.” (Instituto Nacional de Estadística y Censo, 2014)</p>	<p>Universidad Secundaria Primaria Ninguno</p>	

Nota: Elaboración propia, 2018.

Tabla 5. Operacionalización de las variables (segunda parte)

Variables y categorías	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Instrumento
Variables de la prescripción de medicamentos	Es el acto de un profesional de la salud facultado por la ley, en donde se plasman los datos de este, del paciente y la medicación para su posterior dispensación por parte del farmacéutico. (Guerra & López, 2017)	<p>Grupos terapéuticos: Familia de medicamentos a la que pertenece el fármaco prescrito (criterio propio)</p> <p>Se agrupan según la clasificación de la Lista Oficial de Medicamentos 2014 (LOM) de la Caja Costarricense de Seguro Social.</p>	<p>Antinflamatorios no esteroideos (AINE): Ibuprofeno Tenoxicam e Indometacina.</p> <p>Analgésicos no narcóticos: Acetaminofén.</p> <p>Antihistamínicos, antieméticos, antipruríticos: Fexofenadina, Clorfeniramina, Dimenhidrinato, Difenhidramina.</p> <p>Agentes gastrointestinales, antiácidos y antagonistas del receptor H₂: Famotidina, Metoclopramida, hidróxido de aluminio y magnesio con simeticona, Omeprazol.</p> <p>Otros medicamentos: Se incluyen las restantes categorías de medicamentos que no fueron retirados en menor cantidad.</p>	Análisis estadístico por el método del chi-cuadrado.
		<p>Servicio: Conjunto de diferentes servicios médicos hospitalarios en donde se prescriben los medicamentos.</p>	<p>Urgencias</p> <p>Consulta especializada</p> <p>Medicina general</p> <p>Otros centros</p> <p>Otros: Pediatría, cirugía, consulta odontológica, ginecología, obstetricia, medicina mixta, medicina de empresa y consulta de otorrinolaringología.</p>	

		<p>Especialidad: “Autonomía de saberes y conocimientos especializados de una rama de la medicina” (Casas & Rodríguez, 2015)</p>	<p>Medicina general Cirugía: oncológica-quirúrgica, ambulatoria infantil, general, ortopedia, otorrinolaringología, general-pediatría, oftálmica, urología, torácica, vascular-periférica, maxilofacial y neurocirugía. Pediatría: Medicina general-pediatría, neonatología, cardiología pediátrica, gastroenterología pediátrica y neurología. Especialidades internas: Gastroenterología, gineco-obstetricia, odontología, psiquiatría, cardiología, dermatología, neumología, reumatología, nefrología, endocrinología y hematología. Otros: Geriátría, medicina familiar y comunitaria, medicina interna, emergenciológica, medicina paliativa, alergología, infectología, medicina de rehabilitación.</p>	
--	--	---	---	--

Nota: Elaboración propia, 2018.

Tabla 6. Operacionalización de las variables (tercera parte)

Variables y categorías	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Instrumento
Fortalezas y debilidades del servicio de farmacia	<p>Fortaleza: “Es algo en lo que el servicio es competente, se traducen en los elementos o factores que mantienen un alto nivel de desempeño generando ventajas o beneficios.” (Ramírez J. , 2017)</p> <p>Debilidades: “Algo en lo que el servicio tiene bajo nivel de desempeño y por tanto es vulnerable, denota desventajas”. (Ramírez J. , 2017)</p>	<p>Empatía: Capacidad de comprender los sentimientos y emociones de los demás, basada en el reconocimiento del otro como similar. (López, Filippetti, & Richaud, 2014)</p> <p>Tiempos de espera: Lapso desde que el paciente presenta la receta en farmacia hasta que la receta esta lista para ser entregada.</p> <p>Atención individualizada: Asistencia individual al paciente sobre la terapia farmacológica.</p> <p>Capacitación del personal: Grado de conocimiento del personal que labora en el servicio de farmacia sobre su funcionamiento.</p> <p>Falta o exceso de personal: Cantidad de trabajadores en el servicio de farmacia necesarios para cubrir con las labores diarias.</p>	<p>Tiempo de espera.</p> <p>Empatía del trabajador con el usuario.</p> <p>Información sobre el tiempo para el retiro de medicamentos.</p> <p>Afiches informativos en el servicio.</p> <p>Condiciones de almacenamiento de medicamentos.</p> <p>Empaque de los medicamentos</p>	Entrevista a farmacéuticos del HWAT.

Nota: Elaboración propia, 2018.

Matriz general para el diseño de instrumentos

Tabla 7. Matriz general para el diseño de instrumentos.

Técnica	Instrumento	Sujetos y fuentes de información
Análisis estadístico	Chi-cuadrado	Base estadística de medicamentos no retirados durante el 2017
Entrevista	Cuestionario	Profesionales farmacéuticos que laboran en el área de farmacia del HWAT.

Nota: Elaboración propia, 2018.

Descripción de los instrumentos

En este proceso investigativo se hizo uso de dos tipos de instrumentos con la finalidad de integrar y estructurar información relevante para el desarrollo del estudio y su comprensión a fondo. El instrumento utilizado para el análisis correlacional entre las variables sociales y las propias de la prescripción fue el método estadístico conocido como chi-cuadrado, por medio del cual se establece si existe o no relación entre ellas. (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014)

El método del chi-cuadrado se define como una prueba de carácter estadístico que se utiliza para la evaluación de diferentes hipótesis sobre la relación entre dos variables de tipo cualitativas y se simboliza χ^2 , esta prueba “no considera relaciones causales.” (p. 318)

El procedimiento de esta prueba se hace mediante una tabla de contingencia o tabulación cruzada, la cual “es un cuadro de dos dimensiones y cada dimensión contiene una variable. A su vez, cada variable se subdivide en dos o más categorías.” (Hernández, Fernández y Baptista, 2014, p. 318)

En este método se obtiene un valor de P se considera un “resumen estadístico de la compatibilidad entre los datos observados y lo que podríamos predecir o esperar si conociéramos el modelo estadístico completo.” (Greenland y otros, 2016, p. 339)

Por ello, al obtener este valor, se puede determinar si existe o no relación según el valor que tome P en concordancia con el intervalo de confianza con el que se trabaje. Para hacer esta determinación se utiliza el programa estadístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS).

En el caso de este estudio, el intervalo de confianza establecido será de un 95%, por lo que cualquier valor de P por debajo de 0,05 se considera estadísticamente significativo y caso contrario no se considerará significativo si su valor se encuentra por encima de 0,05. Con respecto a lo mencionado, Greenland y otros (2016) indican que el intervalo de confianza “proporciona una manera conveniente de resumir los resultados de las pruebas de hipótesis.”

Según Hernández, Fernández y Baptista (2014), un cuestionario se define como un “conjunto de preguntas respecto de una o más variables que se van a medir.” (p.217)

Este instrumento se utiliza para evaluar las fortalezas y debilidades del servicio de farmacia del HWAT, aplicándose a tres farmacéuticos, los cuales cumplen con varios años de laborar en la institución y, además, cuentan con un amplio conocimiento sobre la modalidad de atención farmacéutica, por lo que pueden tener una opinión más cercana a la realidad en cuanto a los motivos que podrían estar ligados a que los pacientes no hagan el retiro oportuno de sus medicamentos.

Sujetos y fuentes de información

Como fuentes de información se empleó la base estadística de pacientes que no retiraron su medicación durante el 2017, proporcionada por el servicio de farmacia del HWAT, en la cual se incluyen todos los datos que son indispensables para esta investigación

Por último, en relación con la entrevista, se delimitó la población a la cual se le aplicaría dicha técnica, estableciendo como requisitos los siguientes:

1. Profesional farmacéutico que haya brindado el servicio de atención farmacéutica a los usuarios del servicio de farmacia al menos una vez.
2. Mínimo tres años de experiencia de laborar en el servicio de farmacia del HWAT, en calidad de plaza.
3. Se eligen tres farmacéuticos para realizar la entrevista, sin importar el género de cada uno.

Procedimiento de recolección y análisis de datos

Base de datos estadísticos para la aplicación del método del chi cuadrado

Para el procedimiento de recolección y análisis de los datos, se toma como referencia la base estadística de datos proporcionada por la jefatura del servicio de farmacia del Hospital William Allen Taylor de Turrialba, correspondiente a los medicamentos no retirados durante el 2017, donde se analizan las diferentes variables de tipo cualitativas determinando si existe relación entre cada una de ellas.

Primera fase. Recolección de la base estadística de datos.

Se adquiere el reporte estadístico del Hospital William Allen Taylor de los medicamentos no retirados durante el 2017 y se filtran los datos de mayor relevancia para la investigación.

Segunda fase. Análisis descriptivo de cada una de las variables cualitativas.

De cada una de las variables elegidas con mayor relevancia para el presente estudio, se procede a realizar el análisis descriptivo de cada una.

Tercera fase. Comparación de las variables.

Se lleva a cabo el análisis de las variables de mayor impacto o relevancia para realizar la comparación entre ellas, mediante el método estadístico del chi cuadrado, definido en descripción de los instrumentos para determinar si existe relación entre los medicamentos no retirados con el género, grupo etario, la zona de residencia, escolaridad, servicio y especialidad en donde fueron prescritos.

Para determinar estas relaciones mediante la prueba del chi cuadrado, a continuación, se procede a establecer las hipótesis que se someten a dicha prueba.

Primera variable

H1: Existe relación entre la categoría de medicamentos que no son retirados y el servicio donde es recetado.

H0: El servicio del hospital que receta no tiene relación con que los pacientes no retiren un medicamento de categoría en específico.

Segunda variable

H1: La especialidad del médico es un factor influyente para que el paciente no retire un medicamento de una categoría en especial.

H0: El no retiro de un medicamento de un medicamento de una categoría en especial no es influenciada por la especialidad del médico tratante.

Tercera variable

H1: El género de la población establecida determina que categoría de medicamentos no es retirada por los pacientes.

H0: La categoría de medicamentos no retirados en el servicio de farmacia por los pacientes no es determinada por el género de los mismos.

Cuarta variable

H1: El no retiro de un medicamento de alguna de las categorías analizadas en el Hospital William Allen Taylor es influenciado por el grupo etario de los pacientes.

H0: La edad de los pacientes no es un determinante para el no retiro de una categoría de medicamentos en específico.

Quinta variable

H1: El no retiro de medicamentos de alguna de las categorías en análisis es dependiente de la zona donde vive.

H0: El lugar donde viva un paciente no determina que un paciente retire o no un medicamento de alguna de las categorías analizadas.

Sexta variable

H1: El no retiro de medicamentos de alguna categoría en especial depende de la escolaridad que tenga cada paciente.

H0: La escolaridad de los pacientes no es un factor que tenga relación con el no retiro de medicamentos.

Cuarta fase. Enfatización de las variables.

Se hace énfasis en las variables en las que se ha encontrado relación con el tema de investigación, que corresponde al no retiro de medicamentos por la población de Turrialba que utiliza el servicio del Hospital William Allen Taylor.

Entrevista a farmacéuticos del HWAT

Para determinar la percepción de los farmacéuticos sobre las fortalezas y debilidades del servicio de farmacia del hospital en cuanto a la recepción de recetas y despacho de medicamentos, se realiza una entrevista en la que se indagan una serie de variables que permiten alcanzar visión más amplia de las situaciones que podrían tener alguna relación con en la situación de el no retiro de medicamentos por parte de los usuarios.

Primera fase. Selección de variables y elaboración del cuestionario.

Se realiza una selección de variables que tengan relación con el proceso de recepción y despacho de medicamentos en el servicio de farmacia del hospital, con las cuales se elaboran las preguntas del cuestionario que se utiliza como instrumento que sirve de guía para aplicar la entrevista.

Segunda fase. Aplicación del plan piloto.

Con la guía de preguntas que conforman el cuestionario propuesto, se realiza un plan piloto a tres farmacéuticos que laboran en otros centros de la Caja Costarricense de Seguro Social con mínimo dos años de experiencia, para obtener así opiniones con respecto a las preguntas planteadas, asegurar que dichas interrogantes sean de fácil comprensión y permitan a que el entrevistado brinde una respuesta amplia.

Una vez obtenidas las observaciones realizadas a cada pregunta, se analizan y se procede a llevar a cabo las correcciones necesarias a las mismas para dar forma al cuestionario final que será utilizado para realizar la entrevista a los farmacéuticos del servicio de farmacia del Hospital William Allen Taylor.

Los tres farmacéuticos que colaboraron con el plan piloto de esta investigación son:

- Dr. Giovanni Vargas Solano.
- Dra. Paula Andrea Umaña Arias.
- Dr. Andrés Isidro Mora Barrantes.

Tercera fase. Aplicación de la entrevista.

Se aplica la entrevista a los tres farmacéuticos del servicio de farmacia del hospital que cumplan con los criterios establecidos para su selección. La entrevista se graba bajo consentimiento informado y, posterior a esto, se realiza la traducción a prosa de cada entrevista incluida en la sección de anexos.

Los farmacéuticos entrevistados son:

- Dra. Alejandra Rodríguez Solano.
- Dr. Bolívar Charpantier Molina.
- Dra. María Vindas Villalobos.

Cuarta fase. Análisis de la percepción del farmacéutico.

Con las opiniones obtenidas de cada farmacéutico sobre cada una de las variables que se desean conocer, se procede a realizar la traducción de estas y a extraer los datos de gran relevancia, para ser analizados con el objetivo de indagar sobre los factores en cuanto a la atención de los pacientes por el personal podrían relacionarse con la problemática del no retiro de medicamentos en el HWAT.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE RESULTADOS

En este capítulo se presentan los datos obtenidos con su respectivo análisis de la base de datos suministrada por el servicio de farmacia del HWAT ubicado en el cantón de Turrialba, la cual se encuentra conformada por un total de 5285 pacientes que no hicieron el retiro oportuno de un total de 9102 medicamentos durante el 2017, esta información da respuesta a los objetivos específicos planteados en la presente investigación.

En la primera parte de este apartado se muestran los resultados generales obtenidos de esta base de datos mediante gráficos, los cuales se agrupan según las siguientes cuatro categorías farmacológicas que se presentan en la Lista Oficial de Medicamentos del 2014 (LOM) de la CCSS en antiinflamatorios no esteroideos, analgésicos no narcóticos, antihistamínicos, antieméticos y antipruríticos, agentes gastrointestinales, antiácidos y antagonistas H₂ y otras categorías de medicamentos que no se retiran en menor medida.

En cuanto a la prescripción de dichos fármacos, el servicio se categoriza en urgencias, consulta especializada, medicina general y otros servicios; la especialidad se clasifica en medicina general, cirugía, pediatría, especialidades internas y otras especialidades que representan un porcentaje menor. Con respecto al género de los pacientes se clasifican en femenino y masculino; la edad se categoriza en niños (desde los 0 hasta los 12 años), jóvenes (de 13 a 17 años), adultos jóvenes (de 18 a 30 años), adultos (de 31 a 64 años) y adulto mayor (mayores de 65 años).

En cuanto a los distritos que conforman el cantón de Turrialba, se organizan en zona cercana (Turrialba, La Isabel, Santa Rosa), zona intermedia (La Suiza, Santa Cruz, Peralta y Santa Teresita), zona lejana (Tuis, Tres Equis, Tayutic y Chirripó) y otras zonas (incluye los distritos del cantón de Jiménez Juan Viñas, Pejibaye, Tucurrique y zonas de otras provincias); la escolaridad que representa a esta población se divide en ninguna, primaria, secundaria y universidad.

La segunda parte corresponde a los valores obtenidos en la correlación de los medicamentos no retirados con el género, la edad, el distrito, la escolaridad que caracterizan a la población y, además, con el servicio y la especialidad donde fueron prescritos los medicamentos por medio de la prueba estadística del chi cuadrado, con el objetivo de responder si existe o no relación entre las variables descritas.

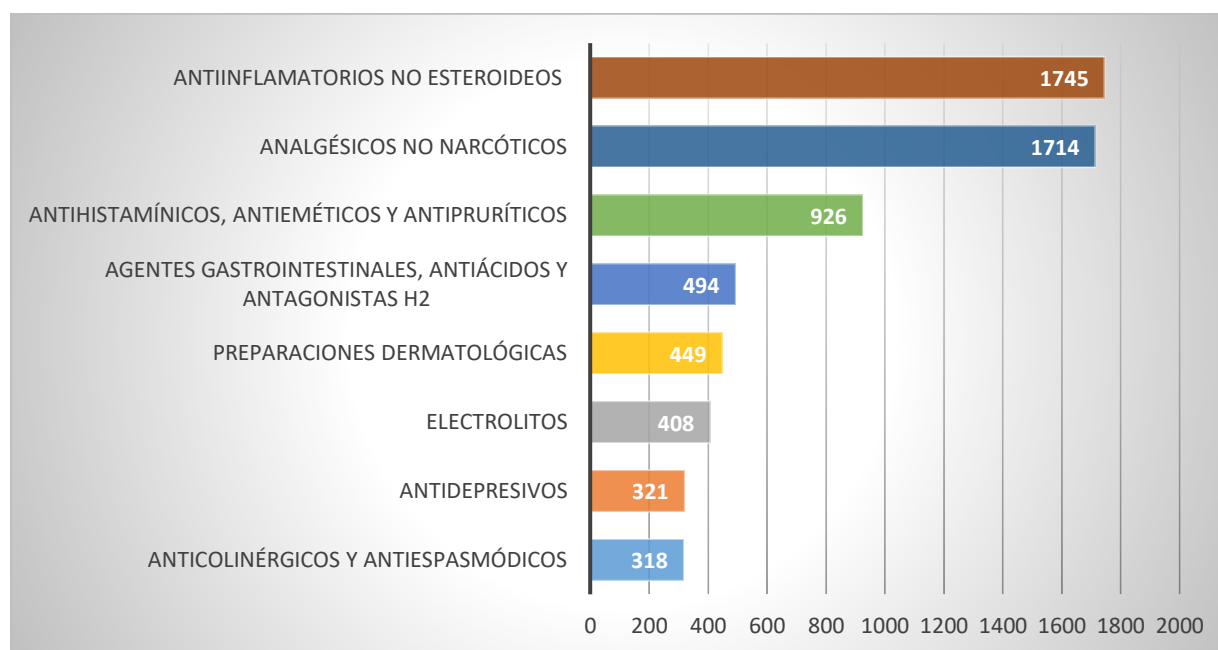
Como tercera parte, se presentan los resultados de la entrevista hecha a tres farmacéuticos que laboran en el hospital, con el fin de conocer su percepción en cuanto a la recepción de recetas y despacho de medicamentos en el área de ventanillas que permitan conocer las posibles fortalezas y debilidades de este servicio en cuanto a tiempos de espera, empatía del trabajador con el usuario, información proporcionada a los pacientes, afiches informativos en el servicio, condiciones de almacenamiento de medicamentos y empaque de mismos.

Por último, correspondiente a la cuarta parte y dando respuesta al tercer objetivo de la presente investigación, se presentan los pasos necesarios para la formulación de una propuesta de mejora al servicio de farmacia del HWAT, basado en diversos aspectos importantes encontrados tanto en la parte teórica como en los resultados obtenidos relacionados en el no retiro de medicamentos mostrados a continuación.

Primera parte. Análisis de los resultados obtenidos de la base de datos estadística proporcionada por el servicio de farmacia del HWAT

En esta sección se presentan los resultados individuales de los datos sobre las variables relacionadas con los medicamentos que no fueron retirados por los usuarios en el servicio de farmacia HWAT de Turrialba durante el 2017, específicamente las categorías y cantidades no retiradas, servicios médicos y especialidades donde se prescribieron estos fármacos, el género, rango de edades, la zona de residencia y escolaridad de los usuarios.

Figura 15. Categoría y cantidad de medicamentos no retirados en el servicio de farmacia del Hospital William Allen Taylor, durante el 2017.



Nota: Elaboración propia, con base en la base estadística del HWAT, 2017.

En la Figura 15 se pueden observar las ocho primeras categorías de medicamentos que no fueron retirados por los pacientes que visitaron el servicio de farmacia del HWAT durante el 2017. En primer lugar, se encuentran los antiinflamatorios no esteroideos con un total de 1745 fármacos equivalentes a un 19,17%, en segundo lugar con una cifra muy similar se encuentran los analgésicos no narcóticos con 1714 (18,83%), seguido de la categoría correspondiente a antihistamínicos, antieméticos y antipruriginosos con un total de 926 equivalente a un 10,17%.

Los agentes gastrointestinales, antiácidos y antagonistas H₂ ocupan la cuarta posición con un total de 494 medicamentos lo que equivale a un 5,43% del total de los medicamentos no retirados durante este año, seguido de preparaciones dermatológicas con 449 (4,93%). Las últimas tres posiciones son ocupadas por electrolitos con una cantidad de 408 (4,48%), seguido por 321 antidepresivos (3,53%), finalizando con anticolinérgicos y antiespasmódicos con un total de 318 correspondiente a un 3,49%.

Se han realizado diferentes estudios dentro del país sobre los medicamentos que no son retirados por la población. Jiménez (2006), en su investigación entre 1998 y 2002 en un hospital

periférico de la CCSS, encuentra que durante este periodo no se retiraron un total de 6043 recetas, correspondientes a analgésicos no narcóticos con un 15%, antiinflamatorios no esteroideos (13%), antianémicos y antibióticos representados por un 7%, antihistamínicos con un 4% y, por último, vitaminas un 2%.

Otro estudio realizado entre el periodo de diciembre 2007 y enero 2008 en el Hospital Dr. Max Peralta de Cartago por Jiménez (2008) revela que los medicamentos que menos retiran los pacientes ambulatorios crónicos corresponden a la categoría de antihipertensivos, fármacos que coinciden con el perfil de estos pacientes. En segundo lugar se encuentran los utilizados para el tratamiento de artritis reumatoide como corticoesteroides y antiinflamatorios no esteroideos. Este autor señala que las principales causas por las cuales los pacientes no retiran su medicamento es porque desconocían el horario de la farmacia o se les vencía el tiempo establecido.

Un tercer reporte realizado por Padilla (2015) en el Hospital Nacional Psiquiátrico Manuel Antonio Chapuí y Torres demuestra que esta problemática también afecta a los hospitales especializados correspondientes al tercer nivel de atención, como es de esperar por el tipo de patologías atendidas en este centro. El primer lugar corresponde a los antidepresivos fluoxetina e imipramina, seguido por los antihistamínicos como difenhidramina e hidroxicina. El tercer lugar corresponde a benzodiazepinas como el clonazepam y diazepam, además, los factores asociados para no hacer efectivo el retiro de los medicamentos fue que los pacientes tenían medicamentos acumulados en sus casas o no pudieron retirarlas por el trabajo.

Por otra parte, la Caja de Seguro Social de Panamá reportó que, para el período del primer cuatrimestre del 2018, un total aproximado de 22.000 pacientes no realizaron el retiro oportuno de su medicación, las dos principales categorías de medicamentos que no se retiraron de las farmacias de los centros de salud fueron los analgésicos y los antiinflamatorios no esteroideos según González (2018) y lo que menciona el jefe del servicio de farmacia de esta institución, por la categoría de medicamentos es probable que las personas solo busquen incapacidad laboral.

Los resultados de esta investigación concuerdan con los revelados por Jiménez (2006) y González (2018), ya que en ambos se observa que las dos categorías de fármacos que no se retiran con mayor frecuencia corresponden a analgésicos y AINE, al igual que en esta investigación donde los AINE ocupan el primer lugar y los analgésicos no narcóticos el segundo, notándose una tendencia que se ha mantenido con el paso de tiempo desde el análisis del período de 1998 al 2002

como lo muestra Jiménez (2006) y fuera de nuestras fronteras como en el caso Panamá, según lo reportado por González (2018) más recientemente.

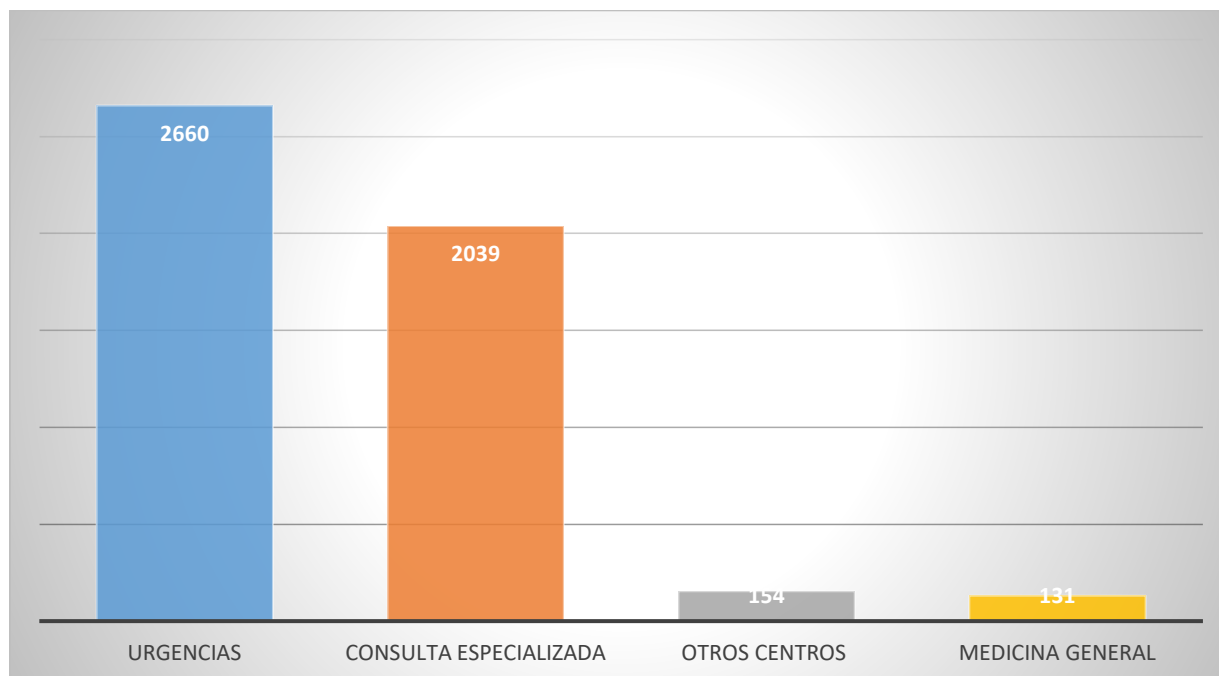
De igual manera la investigación de Jiménez (2008), al incluir solo pacientes ambulatorios crónicos, excluye otros tipos de medicamentos, por esto se observa que los menos retirados corresponden a antihipertensivos y aquellos que se utilizan en el tratamiento de la artritis reumatoide. Sin embargo, en este estudio también se encontró que una parte de los medicamentos que no se retiran en el servicio de farmacia del HWAT corresponde a antihipertensivos, vasodilatadores, diuréticos y agentes cardiacos con un porcentaje acumulado de 2.8% equivalente a 255 medicamentos.

Como se ha descrito, se han encontrado diferentes causas por las cuales los pacientes no retiran sus medicamentos, esto además se observa en diferentes centros de salud a nivel nacional e internacional. De esta manera, se observa una tendencia muy similar en Panamá en cuanto a los medicamentos que no se retiraron, uno de los principales motivos por los que los usuarios del servicio de farmacia del HWAT no retiran su medicamento es que solo buscan una incapacidad, tienen medicamentos en sus casas o les resulta más fácil comprarlos que esperar para que le entreguen el medicamento.

La Figura 16 representa los cuatro principales servicios donde se prescriben la mayoría de los medicamentos que no son retirados por la población que visita el HWAT de Turrialba. En primer lugar se encuentra el servicio de urgencias con un total de 2660 usuarios equivalente al 50,32%, seguido de consulta especializada con un total 2039 personas correspondiente a un 38,57%, en tercer lugar con un total de 154 usuarios (2,91%) se encuentran las atenciones en otros centros de salud, por último del servicio de medicina general con 131 usuarios (2,48%).

En la investigación realizada por Jiménez (2006) encuentra en su estudio durante 1998 y 2002 que los medicamentos no retirados por parte de los pacientes corresponden mayormente a los prescritos en el servicio de consulta externa con un 51%, seguido el servicio de urgencias, representado por un 29% y, en menor medida, el servicio de consulta especializada y otros que incluyen odontología y obstetricia, esto revela el uso irracional de los servicios de salud, fundamentalmente por falta de información sobre su uso adecuado.

Figura 16. Principales servicios médicos donde se prescriben los medicamentos que no son retirados por los usuarios del servicio de farmacia del Hospital William Allen Taylor, durante el 2017.



Nota: Elaboración propia, con base en la base estadística del HWAT, 2017.

Los autores Rojas y Arce (2015) e Ibarra y Morillo (2017), en sus investigaciones, concuerdan con que el aumento de visitas por los usuarios a los centros médicos en especial en el servicio de urgencias se relaciona estrechamente con la falta en el cumplimiento de los tratamientos prescritos, por la aparición de complicaciones que pueden conducir al aumento del número de hospitalizaciones, al mismo tiempo que incrementa la cantidad de medicamentos a administrarse.

Un reporte realizado por la Caja Costarricense de Seguro Social (2017) pone en manifiesto como el servicio de emergencias es el más visitado por los usuarios en los diferentes centros de salud a lo largo del país, sin embargo; se señala que del total de las casi seis millones de personas que acudieron a este servicio durante este año, un 56,6% no correspondían a urgencias verdaderas, esto puede ser causado por el desconocimiento de la población sobre la verdadera función de este servicio.

Los resultados de esta investigación no coinciden con los obtenidos por Jiménez (2006), ya que el autor encuentra que, en primer lugar, los medicamentos que no son retirados son prescritos

en el servicio de consulta externa y, segundo, en emergencias, caso contrario en esta presente investigación, en donde se identifica que el principal servicio es el servicio de urgencias, seguido por consulta especializada.

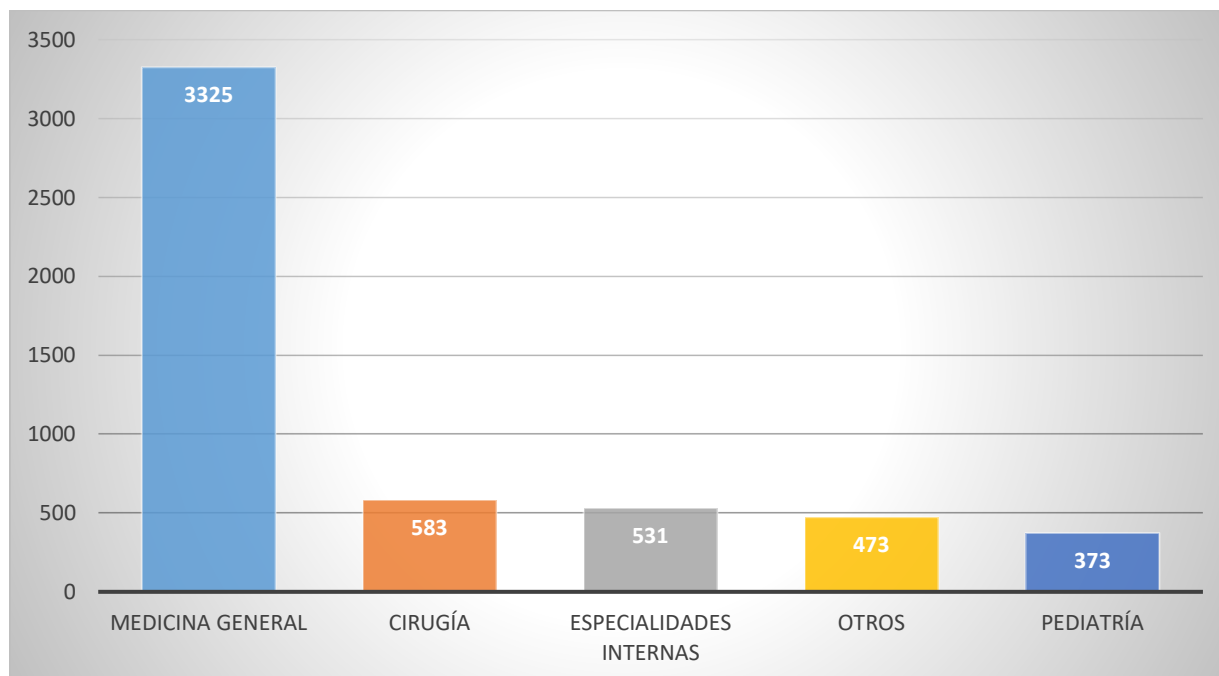
No obstante, en relación con lo expuesto por los autores Rojas y Arce (2015) e Ibarra y Morillo (2017), se observa que los resultados de esta investigación pueden coincidir con los planteamientos propuestos por estos autores, en que los pacientes que menos se adhieren su medicación, en este caso aquellos que no retiran su medicamento, tienden a hacer un uso más frecuente del servicio de urgencias, lo cual -a su vez- implica que una saturación, propiciando un retraso en la atención de los demás usuarios.

De igual manera, como lo refleja la CCSS en su reporte, en muchas ocasiones las consultas que se atienden en el servicio de urgencias de los centros médicos a nivel nacional no son consideradas como situaciones reales de emergencia, si este mismo factor se diera en los usuarios del servicio de urgencias del HWAT, probablemente no existiría un interés real en cumplir con el ciclo de atención y, por ende, no retirarían su medicación prescrita. (Caja Costarricense del Seguro Social, 2017)

Como se puede observar en la Figura 17, los médicos generales realizan la mayor cantidad de prescripciones de fármacos que no son retirados por los usuarios el HWAT con un total de 3325 pacientes, lo que equivale a un 62,91%, en segundo lugar, se encuentran los médicos cirujanos con 583 usuarios correspondiente a un 11,03%, seguido por la categoría de especialidades internas con 531 (10.05%).

En la cuarta posición se encuentra la categoría de otras especialidades representada por un total de 473 usuarios, equivalente a un 8,95%, la cual se encuentra conformada mayormente por médicos con especialidad en medicina interna, medicina familiar y comunitaria y geriatría; por último, se encuentran las prescripciones realizadas por especialistas en pediatría con un 7,06% equivalente a 373 usuarios.

Figura 17. Especialidades de los médicos que prescriben los medicamentos menos retirados por los usuarios del servicio de farmacia del Hospital William Allen Taylor de Turrialba, durante el 2017.



Nota: Elaboración propia, con base en la base estadística del HWAT, 2017.

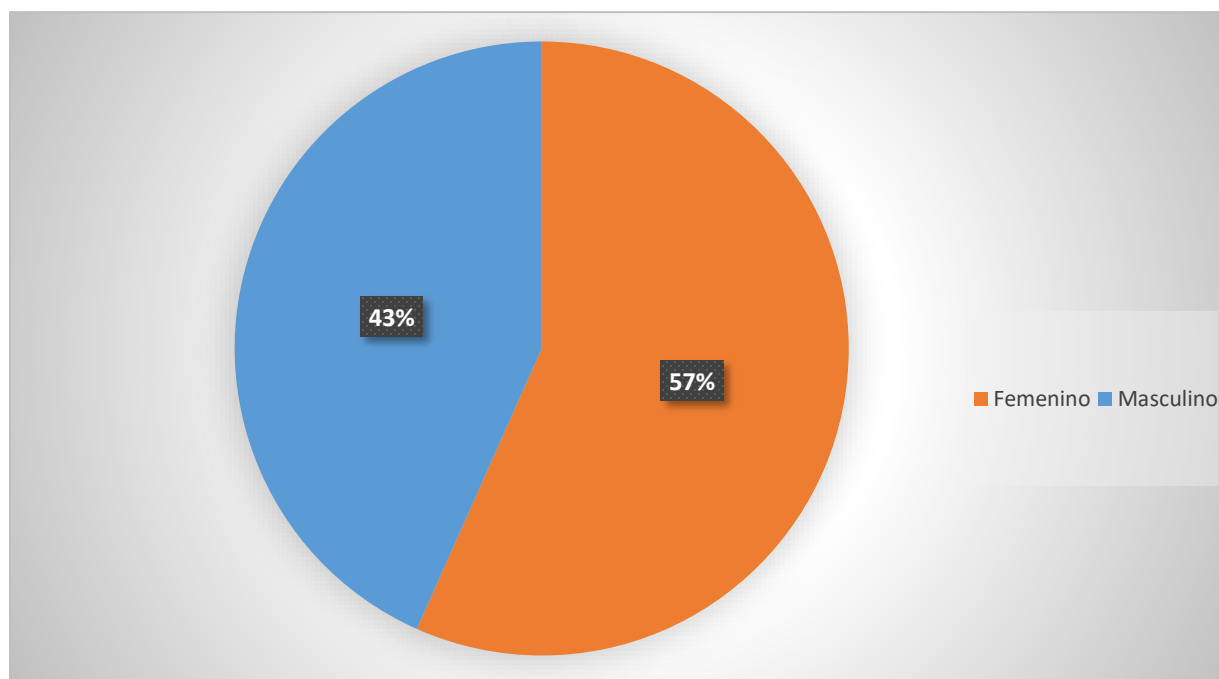
Durante la investigación realizada por Jiménez (2006), sobre las prescripciones de medicamentos no retirados por pacientes ambulatorios de una farmacia de hospital de la CCSS, durante el periodo 1998-2002, señala cuáles especialidades médicas presentan mayor relación con la problemática del no retiro de las medicaciones. Durante su estudio encuentra que el 73% de estas prescripciones en este centro corresponden a médicos generales, seguido por médicos especialistas y otras especialidades que no se indican.

Para el 2017, la CCSS en su informe anual refleja con respecto a la distribución de la consulta médica en todos los centros de salud del país que el 72% de las consultas realizadas corresponden a médicos generales y, en menor medida, con un 28% restante, son consultas que se llevaron a cabo en el consultorio de médicos especialistas; según este reporte, con el paso del tiempo se ha dado una tendencia a la disminución de las consultas en medicina general y un aumento en las consultas de especialistas. (Caja Costarricense del Seguro Social, 2017)

Con respecto a los resultados de esta investigación y en referencia a lo encontrado por Jiménez (2006) en su estudio, se observa que la tendencia de prescripciones de medicamentos por médicos generales abarca en gran medida la problemática de medicaciones no retiradas por los pacientes. Sin embargo; en la presente investigación el no retiro de medicamentos prescritos por médicos cirujanos ocupan el segundo lugar, por lo que no concuerda con lo encontrado por (Jiménez L. , 2006).

En relación con lo reportado por la Caja Costarricense de Seguro Social (2017) con respecto a la distribución de las consultas a nivel nacional, donde los médicos generales son los encargados de brindar la mayor cantidad de consultas, se nota que esta tendencia coincide con los resultados observados en la Figura 17, según la cual los médicos generales que prescriben los medicamentos que no se retiran laboran principalmente en el servicio de urgencias según los datos mostrados por Jiménez, Tapia, Riggioni y Coto (2015)

Figura 18. Distribución poblacional por género de las personas que no retiraron medicamentos en el servicio de farmacia del Hospital William Allen Taylor de Turrialba, durante el 2017.



Nota: Elaboración propia, con base en base estadística del HWAT, 2017.

En la Figura 18 sobre la distribución poblacional de las personas que no retiraron su medicación en cuanto a género, se observa que de los 5285 pacientes que no hicieron el retiro oportuno de la medicación prescrita un total de 2995 pertenecer al género femenino, lo que equivale a un 57%, mientras que el 43% restante corresponden a masculinos con una totalidad de 2290 durante el 2017.

Durante la investigación de Jiménez (2008), sobre las causas que tienen los pacientes ambulatorios crónicos del Hospital Dr. Max Peralta de Cartago, se encuentra que las mujeres presentan más problemas de adherencia a los medicamentos, en este caso un 65% correspondientes al género femenino no hicieron el retiro de los fármacos prescritos para sus determinadas patologías.

En España, los resultados de una encuesta nacional acerca de la adherencia terapéutica que se aplicó durante el 2016, señalados por los autores Ibarra y Morillo (2017) en su informe, reflejan una mayor adherencia por parte del género femenino en comparación con el masculino, ya que por lo general, este sector de la población además de responsabilizarse por su medicación y salud también lo hacen por todo el entorno familiar.

Según los datos recopilados por el Instituto Nacional de Estadística y Censo (2011) durante la realización del último censo nacional en el 2011, se destaca que en el cantón de Turrialba habitan un total de 69 616 personas de las cuales 35 201 son mujeres y 34 414 hombres, esta tendencia en cuanto a género se observa también en los distritos de Turrialba, La Isabel, La Suiza, Santa Rosa, Santa Teresita, Tuis y Chirripó, donde la mayoría de los habitantes son mujeres.

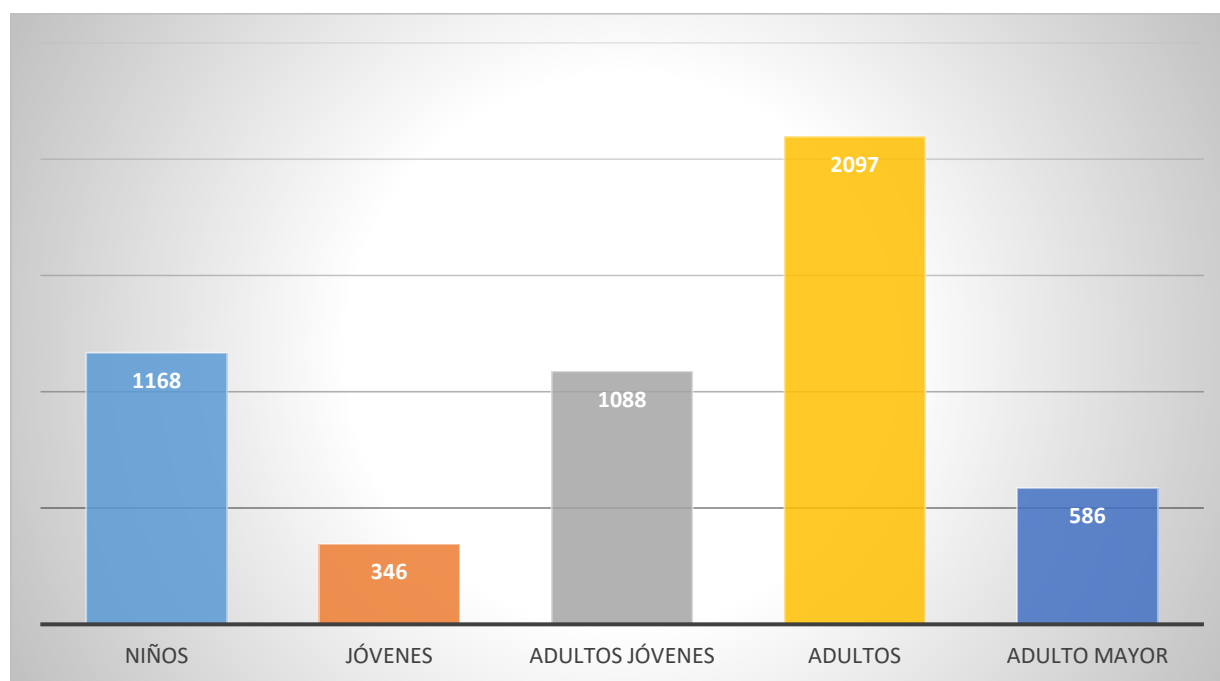
Como se refleja en el informe de la CCSS elaborado por Solís (2013), el género femenino, por su rol cuidador, es por mayoría el sector de la población que más visita los centros de salud del país, tanto como los servicios de consulta externa como emergencias, las consultas externas son ocupadas por un 65,31% de mujeres y los servicios de urgencias por un 56,23%. De forma general, el género masculino hasta cierto punto es caracterizado por la sociedad como el sexo fuerte y por ende a ser menos vulnerables a padecer quebrantos de salud y, por lo general, buscan ayuda médica hasta que su salud se ve más deteriorada.

Los estudios de esta investigación concuerdan con los encontrados por Jiménez (2008), ya que ambas investigaciones realizadas en diferentes periodos de tiempo, pero en zonas

pertenecientes a la provincia de Cartago se observa que el género femenino representa a la mayoría de pacientes que no hacen el retiro de su medicación, y en menor medida, el género masculino, durante la investigación de Jiménez (2008) estuvo representado por un 35% mientras que en la presente corresponde a un 43%.

Por otro lado, en relación con lo expuesto por Ibarra y Morillo (2017), en cuanto a que en las mujeres españolas presentan un mejor apego a los tratamientos, no concuerda con lo encontrado en esta investigación, a pesar de que en apariencia aquellas se responsabilizan más por su salud y entorno familiar, en el sector del cantón de Turrialba no parece ser así; las diferencias culturales y educativas que identifican a cada región puede ser un factor influyente en esta problemática.

Figura 19. Rango de edades de las personas que no retiraron medicamentos en el servicio de farmacia del Hospital William Allen Taylor de Turrialba, durante el 2017.



Nota: Elaboración propia, con base en la base estadística del HWAT, 2017.

La Figura 19 muestra la clasificación de acuerdo con el rango de edades de los usuarios del HWAT de Turrialba que no hicieron el retiro de su medicación durante el 2017, las personas adultas (31 a 64 años) se encuentran en primer lugar con un total de 2097 equivalente a un 39,68%, seguido niños (0 a 12 años) con un 22,59% correspondiente a un 22,10%. En tercer lugar se encuentra el

rango de adultos jóvenes (18 a 30 años) con 1088 usuarios (20,59%), en cuarta posición se encuentran los adultos mayores (mayores de 65 años) con un total de 586 personas (11,09%) y, por último, los jóvenes (13 a 17 años) con 346 equivalente a un 6,55%.

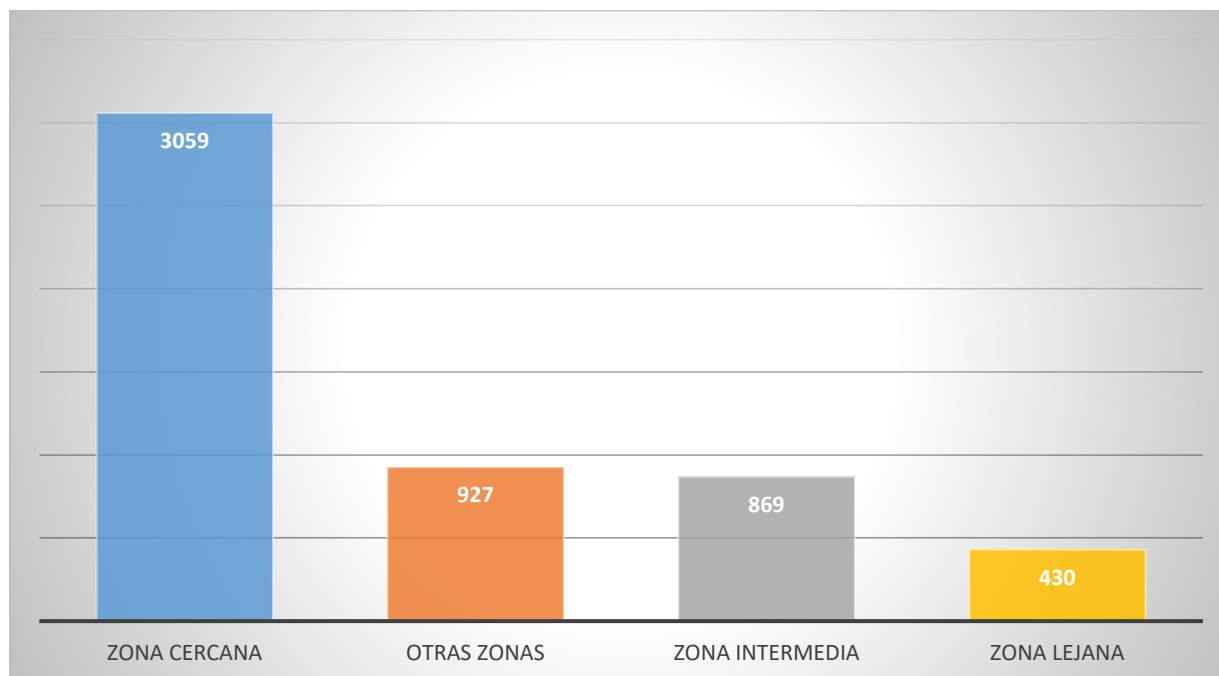
Según lo expuesto por los autores Núñez y otros (2014), los pacientes adultos mayores presentan mayor dificultad en cuanto la adherencia a la medicación, debido a que en muchas ocasiones son un sector de la población que se caracteriza por utilizar varios tipos de medicamentos para el tratamiento de diferentes patologías; además, por lo general presentan información errónea, negativa o, bien, carecen de alguna en cuanto a su estado de salud y fármacos de uso diario.

Más reciente, Ibarra y Morillo (2017) resaltan que las personas adultas mayores con una buena capacidad cognitiva son consideradas mejores cumplidores a la medicación en comparación con adultos jóvenes, de la misma forma los pensionistas han demostrado mejor adherencia que las personas que se encuentran laboralmente activas por el factor del tiempo y que no prestan suficiente atención a su salud, en el caso de los adolescentes estos muestran una mejor adherencia con respecto a los niños que dependen de sus padres o tutores a la hora de la administración de los medicamentos.

Los resultados de esta investigación no concuerdan con lo mencionado por los autores Núñez y otros (2014), ya que los adultos mayores en este caso no son los que presentan más problemas en cuanto al retiro de su medicación, que es considerado uno de los factores que afectan el cumplimiento a los tratamientos, a diferencia de las personas adultas de 31 a 64 años de edad que en la presente investigación corresponden al grupo etario que menos retira la medicación prescrita y por ende presentan una menor apego al tratamiento prescrito por los médicos.

Con respecto a los datos del informe de Ibarra y Morillo (2017), coinciden con los presentados en esta investigación, en ambos casos se observa que los adultos mayores, a pesar de que su capacidad cognitiva no puede ser determinada, no son el grupo etario que presenta menos problemas en cuanto al no retiro de su medicación y, de igual manera, son mejores cumplidores en comparación con los adultos jóvenes, también concuerdan en cuanto a que los adolescentes, este caso jóvenes, tienen un mejor cumplimiento que los niños, ya que estos dependen de sus padres o cuidadores que por lo general son adultos y son los que menos cumplen con el retiro de los fármacos.

Figura 20. Agrupación por zona de residencia de los pacientes que no retiraron los medicamentos en el servicio de farmacia del Hospital William Allen Taylor de Turrialba, durante el 2017.



Nota: Elaboración propia, con base en la base estadística del HWAT, 2017.

La Figura 20 muestra la clasificación de los distritos en diferentes zonas de residencia que corresponden a los pacientes que no retiraron la medicación, de acuerdo con la distancia promedio en que se encuentran desde el HWAT de Turrialba, dentro de la zona cercana se encuentran los distritos de Turrialba, La Isabel, Santa Rosa y Pavones, en la zona intermedia (La Suiza, Santa Cruz, Peralta y Santa Teresita), zona lejana que incluye los distritos de Tuis, Tres Equis, Tayutic y Chirripó y por último otras zonas en donde se encuentran los tres distritos del cantón de Jiménez (Juan Viñas, Tucurrique y Pejibaye) y otros sectores que no pertenecen a Jiménez y Turrialba.

En esta misma figura se observa que las personas que menos retiran la medicación prescrita por el médico corresponden a los distritos más cercanos al HWAT con un total de 3059 usuarios equivalente a un 57,88%, seguido por otras zonas con un total de 927 personas correspondiente a un 17,54%, en tercera posición se encuentran 869 usuarios (16,44%) que habitan en zonas de lejanía intermedia con respecto al hospital, por último un total de 430 personas se movilizan desde

zonas alejadas, lo que corresponde a un 8,14% del total que no realizaron el retiro oportuno de la medicación.

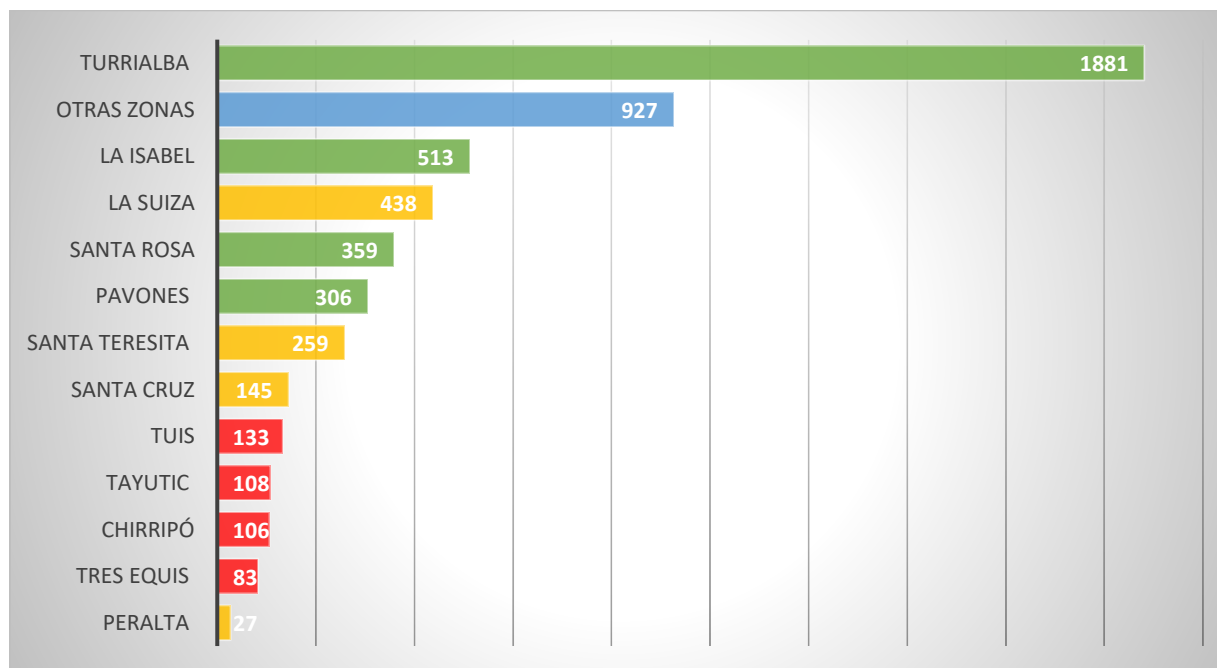
En la investigación realizada por los autores Núñez y otros (2014) sobre diferentes factores que afectan el cumplimiento de los tratamientos en la población española, se encuentra que las personas que residen en zonas alejadas de los centros médicos donde reciben atención, en especial los adultos mayores, está relacionado de manera directa y estrecha con la pérdida de la adherencia a los tratamientos y una de las causas es el no retiro de la medicación.

Por otra parte, más recientemente la CCS de Panamá dio a conocer la problemática que se vive en este país por la gran cantidad de personas que olvidan retirar los medicamentos prescritos en las farmacias, según los datos reportados, la gran mayoría de estas personas habita en zonas cercanas a los diferentes centros de salud en donde reciben la atención médica, por lo que es injustificable ya que no presentan problemas o dificultades de transporte para volver por sus tratamientos. (Perea, 2018)

Los resultados obtenidos en esta investigación no coinciden con lo reportado por Núñez y otros (2014), ya que en el caso de esta presente investigación las personas que viven en zonas más alejadas del hospital no presentan tantos problemas para retirar su medicación, sin embargo, en aquellos usuarios en donde la lejanía si es un factor, puede deberse a las limitaciones en cuanto al transporte público y la dificultad de desplazarse en varias ocasiones al centro de salud respectivo, en este caso el HWAT.

Con respecto a la situación que se observa en Panamá y los datos recopilados durante esta investigación, se observa que ambos concuerdan en que los pacientes que viven en las zonas de mayor cercanía al centro de salud, en este caso el HWAT, son los que por gran mayoría no retiran los medicamentos en el servicio de farmacia, esto puede deberse a que al igual como se reporta en el país vecino muchas personas buscan solamente una incapacidad laboral.

Figura 21. Distribución por zona distrital de los usuarios que no hicieron el retiro de su medicación en el servicio de farmacia del Hospital William Allen Taylor de Turrialba, durante el 2017.



Nota: Elaboración propia, con base en la base estadística del HWAT, 2017.

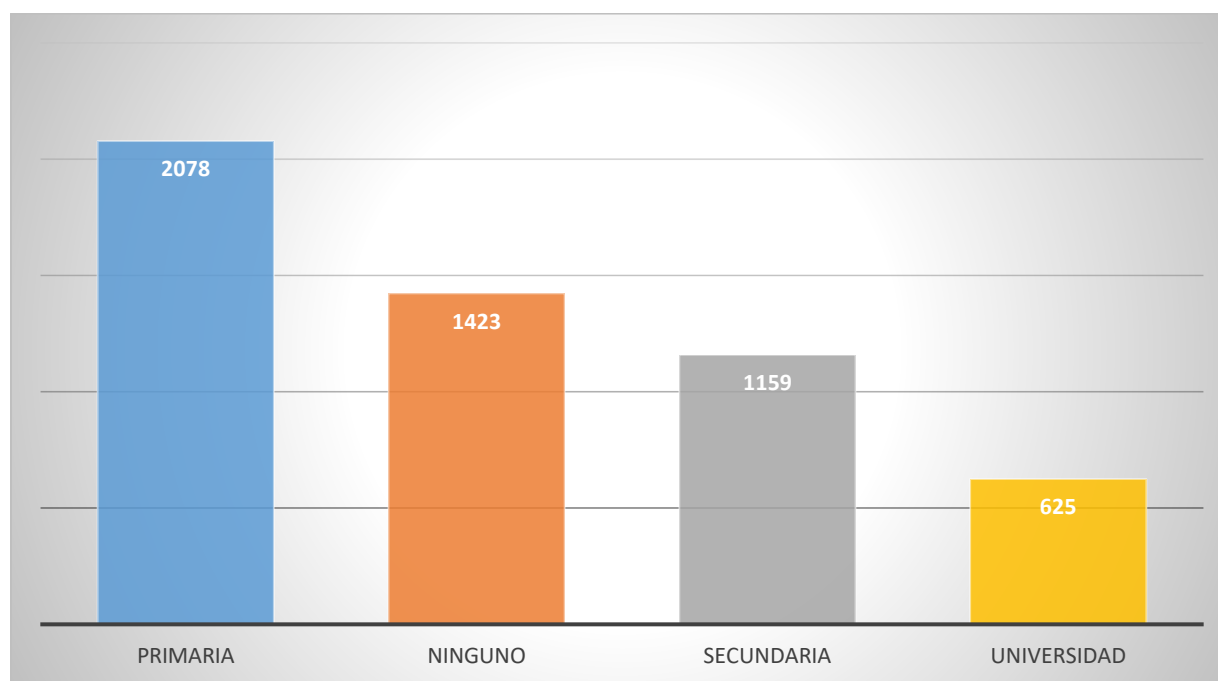
En la Figura 21 se observa con más detalle cuáles son los distritos donde habitan los pacientes que no retiraron su medicación. Se observa que el distrito más cercano al HWAT, Turrialba, se encuentra en primer lugar, con un total de 1881 personas, correspondiente a un 35,59%; en segundo lugar, se observan personas que provienen de otras zonas, donde se incluyen localidades del cantón de Jiménez y otras provincias, con un total de 927 habitantes equivalente a un 17,54%; en tercer lugar se encuentra La Isabel con 513 personas (9,71%); en la cuarta posición están los habitantes del distrito de La Suiza, con un total de 438 (8,29%).

El quinto lugar de los distritos lo ocupa Santa Rosa con 359 personas (6,79%); en sexto lugar se encuentra Pavones, con un total de 306 personas correspondiente a un 5,79%, seguido por un 4,90% del distrito de Santa Teresita, equivalente a un total de 259 usuarios. El distrito de Santa Cruz ocupa el octavo puesto con 145 personas (2,74%); Tuis se encuentra en la novena posición, con 133 (2,52%), seguido por Tayutic con 108 (2,04%).

Los últimos tres lugares son ocupados por el distrito de Chirripó, con 106 personas (2,01%), Tres Equis, con un 1,57% (83 personas) y, por último, el distrito de Peralta con un total de 27 personas equivalente a un 0,51%.

En esta misma Figura 21 se observa la clasificación por color de los distritos según la lejanía del Hospital William Allen Taylor, aquellos con coloración verde corresponden a la zona cercana, en este caso Turrialba, La Isabel, Santa Risa y Pavones; con amarillo se encuentran los distritos que conforman la zona intermedia (La Suiza, Santa Teresita, Santa Cruz y Peralta); en rojo, se pueden visualizar los cuatros distritos que forma la categoría de zona lejana (Tuis, Tayutic, Chirripó y Tres Equis) y, por último, el azul representa otras zonas fuera del cantón de Turrialba.

Figura 22. Escolaridad de los usuarios que no hicieron el retiro de su medicación en el servicio de farmacia del Hospital William Allen Taylor de Turrialba, durante el 2017.



Nota: Elaboración propia, con base en la base estadística del HWAT, 2017.

La Figura 22 representa al grado de escolaridad de los usuarios que durante el 2017 no retiraron los medicamentos prescritos en el HWAT de Turrialba, la gran mayoría de estas personas (2078), equivalentes a un 39,32%, únicamente han cursado el grado de primaria; otra gran parte de esta población, encontrándose en la segunda posición, son personas con ningún grado de

escolaridad representando un 26,93% (1432 personas); en tercer lugar se encuentran un total de 1159 personas, equivalente a un 21,93% los que solamente han cursado el grado de secundaria y, por último, en menor medida, personas con un grado universitario con un total de 625 correspondiente a un 11,83% del total de personas que no retiraron la medicación.

Como se observa en los resultados que muestra la Figura 22, las personas que con menor frecuencia retiran su medicación prescrita corresponden a personas con una baja escolaridad o nula, según los datos del Instituto Nacional de Estadística y Censo (2011) en el cantón Turrialbeño la mayoría de la población a lo largo de sus 12 distritos solo alcanzan los seis años de escolaridad. Esta misma tendencia se resalta en el perfil de Costa Rica, presentado por la OMS, un 90% de la población joven del territorio solamente alcanza la educación primaria. (OPS, 2017)

Dentro de los factores que la Organización Mundial de la Salud considera afectan de forma directa la adherencia de los pacientes a la medicación, se encuentra el bajo nivel educativo de las personas, esta situación también es resaltada por los autores Martín, Grau y Espinosa (2014) e Ibarra y Morillo (2017) en sus respectivos informes.

Durante una investigación en el Hospital Max Peralta de Cartago, realizada por Jiménez (2008), se encontró que un 80% de las personas que no retiraron su medicación no habían completado los estudios a nivel de secundaria, lo que puede conducirlos a situaciones de pobreza y desempleo.

Esto está estrechamente relacionado con la salud de las personas, como se observa dentro de los determinantes sociales de la salud descritos por Wilkinson y Marmot (2003), la pendiente social es considerada una de las determinantes sociales más influyentes en materia de salud, ya que no solo afecta la salud de la persona sino también de los demás que la rodean, por esto es que estos mismos autores instan en incrementar y promover el éxito educativo de las personas.

Los resultados de esta investigación coinciden con los encontrados por Jiménez (2008), en su investigación en el Hospital Max Peralta de Cartago, ya que ambas demuestran que los usuarios con un grado bajo de escolaridad se relacionan con el no retiro de medicamentos en estos centros de salud y, en su mayoría, son usuarios que no han completado más allá de la educación media o secundaria. Esta situación puede conducir a lo que ya se mencionó: una marcada pendiente social

llevará a circunstancias sociales y económicas adversas que van a repercutir en salud durante toda la vida.

Segunda parte. Análisis de la relación entre las variables sociales con el no retiro de la medicación por parte de los usuarios del HWAT, por medio de análisis estadístico chi cuadrado.

En esta sección se presentan las tablas de contingencia de la correlación de variables cualitativas realizado por el método estadístico del chi cuadrado con su respectiva interpretación y análisis, para determinar si existe o no relación entre las siguientes variables: género, edad, zona de residencia, escolaridad, servicio y especialidad médica con los medicamentos no retirados por los usuarios del HWAT durante el 2017; sin embargo, no se establecerá el tipo de relación que existe entre ellas.

Para comprobar la correlación existente entre las variables cualitativas planteadas, se procede a realizar el análisis del chi cuadrado, donde se establece que el valor de aceptación o de rechazo es de 0,05.

Como se plantea en el marco metodológico, los medicamentos han sido divididos por categorías. Para este análisis se excluye la de “otros medicamentos”, ya que el total de subcategorías, por ser tan alta, altera la estadística realizada, por lo que se toman en cuenta las principales cuatro analizadas para tener un valor de P más confiable. Aun así, es importante recalcar que, según el análisis estadístico, la comprobación de las hipótesis obtiene el mismo resultado independientemente de si se excluye o no la categoría de otros medicamentos, para no alterar los resultados.

Además, para simplificar los datos en las tablas de contingencia, se establece la siguiente nomenclatura para las categorías de medicamentos:

Tabla 8. Nomenclatura para las tablas de contingencia

Categoría	Grupo	Nombre
1	Antiinflamatorios no esteroideos, antireumáticos y agentes mineralizantes.	AINES
2	Analgésicos no narcóticos.	Analgésicos
3	Antihistamínicos, antieméticos y antipruríticos.	Antihistamínicos
4	Agentes gastrointestinales, antiácidos y antagonistas del receptor H ₂	Gastrointestinal

Nota: Elaboración propia, 2019.

Tabla 9. Relación entre las categorías de medicamentos no retirados y el servicio médico del HWAT en donde se prescriben, durante el 2017.

Categoría de medicamentos	Urgencias		Consulta especializada		Medicina general		Otros centros		Otras	
	Fo	Fe	Fo	Fe	Fo	Fe	Fo	Fe	Fo	Fe
AINES	1174	1096,93	408	496,78	57	44,71	22	25,04	84	81,55
Analgésicos	1206	1077,44	346	487,96	37	43,91	14	24,59	111	80,10
Antihistamínicos	393	582,10	485	263,62	20	23,72	8	13,29	20	43,27
Gastrointestinal	294	310,53	150	140,64	11	12,66	26	7,09	13	23,09

Notas: Valor de P= 0,00004

Fuente: Elaboración propia, 2019.

Se observa en la Tabla de contingencia 11 la relación existente entre el medicamento y el servicio que genera la receta y que posteriormente no es retirada por el paciente. Se procede con un valor de 0,00004 a rechazar la hipótesis nula y establecer que si existe relación entre ambas variables. Nuevamente, el servicio de confección de la receta determina que grupo terapéutico no es retirado.

Como se ha comentado, según el reporte de la Caja Costarricense de Seguro Social (2017), en Costa Rica existe una marcada tendencia en cuanto al uso irracional del servicio de urgencias, ya que más de la mitad de las consultas atendidas en este servicio no corresponden a emergencias reales, lo que refleja el mal uso que los usuarios por desconocimiento de la verdadera función de este servicio.

La gran cantidad de consultas realizadas en el servicio de emergencias se relaciona con la falta de cumplimiento de los tratamientos prescritos por parte de los pacientes, lo que a su vez conduce al desarrollo de complicaciones que incrementan el número de hospitalizaciones y la cantidad de medicamentos que deben ser administrados a cada paciente, según lo mencionan Rojas y Arce (2015) e Ibarra y Morillo (2017).

Tabla 10. Relación entre las categorías de medicamentos no retirados y la especialidad del médico prescriptor del HWAT, durante el 2017.

Categoría de medicamentos	Medicina general		Cirugía		Especialidades internas		Pediatria		Otras	
	Fo	Fe	Fo	Fe	Fo	Fe	Fo	Fe	Fo	Fe
AINES	1405	1287,20	162	188,13	108	109,80	13	84,05	57	75,8
Analgésicos	1384	1264,33	135	184,78	86	107,85	49	82,56	60	74,4
Antihistamínicos	471	683,06	185	99,83	66	58,27	167	44,60	37	40,2
Gastrointestinal	339	364,40	44	53,26	47	31,08	6	23,79	58	21,4

Notas: Valor de P= 0,000000002

Fuente: Elaboración propia, 2019.

Se puede afirmar que existe una relación de dependencia entre la categoría de medicamento no retirado y la especialidad del médico que genera la receta. (Valor P=0,000000002). Esta afirmación lleva a la aceptación de la hipótesis real, estableciendo que el servicio que está recetando se relaciona directamente con el grupo terapéutico que se deja en la farmacia y que el paciente no acude a retirar. La existencia de la relación en esta parte en específica se puede apreciar en la Tabla 12.

Como se ha encontrado en otros estudios por los autores Jiménez (2006) y la Caja Costarricense de Seguro Social (2017), las recetas que menos se retiran son prescritas mayormente por médicos generales, esta tendencia se observa inclusive desde hace 20 años atrás. Esto, debido a que los médicos generales mayormente brindan atención en los servicios de emergencias, como es el caso del HWAT, según el reporte de Jiménez, Tapia, Riggioni y Coto (2015).

El hecho de que las recetas que menos se retiran sean por médicos generales puede estar relacionado con planteamientos anteriores, ya que es probable que la mayoría de las consultas realizadas por estos médicos sean realizadas en el servicio de emergencias, pero no sean urgencias

reales, las personas solo acuden a este servicio porque la atención es más rápida en comparación a otros y no tienen un interés real en retirar los medicamentos.

Tabla 11. Relación entre las categorías de medicamentos no retirados y el género de los usuarios del servicio de farmacia del HWAT, durante el 2017.

Categoría de medicamentos	Género			
	Masculino		Femenino	
	Fo	Fe	Fo	Fe
AINES	745	752,15	1000	992,85
Analgésicos	754	738,79	960	975,21
Antihistamínicos	421	399,13	505	526,87
Gastrointestinal	183	212,93	311	281,07

Notas: Valor de $P=0,017$

Fuente: Elaboración propia, 2019.

En la Tabla 9 se aprecia la distribución de frecuencias de la primera correlación planteada. El no retiro de medicamentos, según la estadística, sí es influenciado por el género del paciente. Con un valor de P de 0,017 se puede afirmar que el género afecta qué grupo de medicamentos no es retirado en el servicio de farmacia del hospital.

De esta manera, como se ha mencionado, en la investigación de Ibarra y Morillo (2017) en España, se encuentra que el género es un factor que se relaciona con un índice más alto de adherencia a los tratamientos: el femenino en comparación con el masculino, pues las mujeres españolas se caracterizan por ser más responsables con su salud y su núcleo familiar.

Sin embargo, como se ha encontrado en la presente investigación y la de Jiménez (2008), ambas realizadas en la provincia de Cartago, las mujeres, con mayor frecuencia, no retiran su medicación, principalmente por el tiempo de espera y por tener tratamientos acumulados en sus hogares, lo que refleja una mala administración del tratamiento.

Sumado a esto, el informe de Solís (2013) deja en evidencia que la población femenina es la que hace mayor uso de los servicios de la CCSS, ya que usualmente los hombres se caracterizan, socialmente, por ser el “sexo fuerte” y acuden en menor medida a los centros de salud.

Tabla 12. Relación entre las categorías de medicamentos no retirados y el grupo etario de los usuarios del servicio de farmacia del HWAT, durante el 2017.

Categoría de medicamentos	Niños		Joven		Adulto joven		Adulto		Adulto mayor	
	Fo	Fe	Fo	Fe	Fo	Fe	Fo	Fe	Fo	Fe
AINES	51	331,90	120	112,66	473	407,73	966	761,81	135	130,90
Analgésicos	478	326,01	97	110,66	370	400,48	649	748,27	120	128,58
Antihistamínicos	383	176,13	79	59,78	167	216,36	262	404,26	35	69,46
Gastrointestinal	16	93,96	19	31,89	130	115,43	253	215,66	76	37,06

Notas: Valor de P= 0,000000008

Fuente: Elaboración propia, 2019.

Se puede afirmar que existe una relación de dependencia entre la categoría del medicamento no retirado y el grupo etario de los pacientes. (Valor P=0,000000008). Esta afirmación lleva a la aceptación de la hipótesis real, estableciendo que la edad sí es un factor influyente para no retirar algún grupo terapéutico específico. La variabilidad entre los datos obtenidos y los datos esperados se observa a simple vista en la Tabla 10.

Con respecto a los grupos etarios, los autores Ibarra y Morillo (2017) resaltan que las personas adultas mayores que presentan una buena capacidad cognitiva son mejores cumplidores con su medicación en comparación con los adultos jóvenes, debido a que estos últimos en muchas ocasiones por motivos laborales no tienen el tiempo necesario para esperar por la medicación. Los niños, por depender del cuidado de personas adultas, presentan cifras más bajas de adherencia con respecto a los adolescentes al ser más dependientes de sus padres o cuidadores.

Sin embargo, en contraposición a lo mencionado por Ibarra y Morillo (2017) sobre las personas adultas mayores, según lo recalcan Núñez y otros (2014), esta población presenta una dificultad mayor para alcanzar una adecuada adherencia a la medicación, por ser, por lo general pacientes, a quienes se les administran varias categorías de medicamentos para tratar distintas enfermedades.

Tabla 13. Relación entre las categorías de medicamentos no retirados y la zona de residencia de los usuarios en el HWAT, durante el 2017.

Categoría de Medicamentos	Zona Cercana		Zona Intermedia		Zona Lejana		Otras zonas	
	Fo	Fe	Fo	Fe	Fo	Fe	Fo	Fe
AINES	935	987,13	317	290,42	155	149,14	338	318,31
Analgésicos	972	969,59	284	285,26	155	146,49	303	312,66
Antihistamínicos	526	523,83	148	154,11	81	79,14	171	168,92
Gastrointestinal	327	279,45	63	82,22	26	42,22	78	90,11

Notas: Valor de P= 0,000009

Fuente: Elaboración propia, 2019.

La dependencia de la variable zona de residencia y su influencia en la categoría de medicamentos que no se retiran es aceptada. Con un valor de P de 0,000009, se confirma que el no retiro de un medicamento de una categoría en específico por parte de un paciente en el hospital tiene relación absoluta con la zona donde este mismo viva. Las zonas de residencia son un factor influyente para que aquel no retire algunos tipos de medicamentos, tal y como se observa en la Tabla 13.

En Panamá, se observó una misma tendencia en cuanto al lugar de residencia de los usuarios que olvidan retirar las recetas en el servicio de farmacia, igualmente se encuentra que los medicamentos olvidados corresponden a AINES y analgésicos, principalmente, prescritos a personas que viven en zonas cercanas al lugar de atención según Perea (2018), lo que evidencia que los usuarios solo asisten por la atención médica para recibir incapacidades y no les interesa retirar la medicación, como se ha mencionado.

Por otra parte, Núñez y otros (2014) resaltan que incumplir los tratamientos más bien se relaciona con la lejanía del centro médico con respecto a la zona de residencia del paciente, debido principalmente a las dificultades que pueden existir en cuanto al transporte público o propio, sumado a las condiciones económicas desfavorables que viven muchas de estas personas en comparación con zonas más urbanizadas.

Tabla 14. Relación entre las categorías de medicamentos no retirados y la escolaridad de los usuarios en el HWAT, durante el 2017.

Categoría de medicamentos	Sin escolaridad		Primaria		Secundaria		Universidad	
	Fo	Fe	Fo	Fe	Fo	Fe	Fo	Fe
AINES	286	426,68	729	682,41	478	419,53	252	216,38
Analgésicos	522	419,10	631	670,28	379	412,08	182	212,54
Antihistamínicos	321	226,42	328	362,13	181	222,63	96	114,82
Gastrointestinal	64	120,79	220	193,19	135	118,77	75	61,26

Notas: Valor de P= 0,00000001

Fuente: Elaboración propia, 2019.

Los datos obtenidos en la Tabla 14 muestran la dependencia entre la variable escolaridad y el no retiro de una categoría específica de medicamentos. Con un valor de P de 0, 00000001, se procede a rechazar la hipótesis nula estableciendo la dependencia de variables.

El bajo nivel educativo de las personas es considerado un factor que influye en la adherencia a la medicación, como se resalta en las investigaciones de Wilkinson y Marmot (2003), Martín, Gray y Espinosa (2014) e Ibarra y Morillo (2017), debido a que usualmente se relaciona con situaciones de pobreza y desempleo, lo cual afecta la salud de las personas y su entorno social, por este motivo es importante la promoción de la educación las comunidades.

Los bajos niveles de escolaridad son una característica observada en gran parte de la población del cantón de Turrialba, de acuerdo con los datos del Instituto Nacional de Estadística y Censo (2011); por tanto, puede considerarse una variable que influye en el no retiro de medicamentos, esto debido a que las personas con un menor grado de formación pueden no ser conscientes de la importancia de cuidar su salud y tomar su medicamento adecuadamente, sin embargo, también existe la posibilidad de que por el contrario las personas con una educación superior no retiren sus medicamentos porque no tienen tiempo para esperar o no están de acuerdo con lo que les prescribieron.

Tercera parte. Análisis de la percepción de los farmacéuticos del HWAT sobre las fortalezas y debilidades del servicio de farmacia.

A continuación, se presentan los resultados del análisis de la percepción de tres farmacéuticos que laboran en el HAWT, obtenidas por medio de una entrevista, mediante la cual se buscaba conocer las posibles fortalezas o debilidades del servicio de farmacia en cuanto al tiempo de espera para preparar y entregar la receta médica, la empatía del trabajador con el usuario, información proporcionada a los pacientes que visitan el servicio, afiches informativos en el área de farmacia, las condiciones de almacenamiento de los medicamentos en el área de ventanillas y el empaque de los mismos.

Tabla 15. Percepción de los farmacéuticos del HWAT sobre los tiempos de espera estipulados para preparar y entregar las recetas.

Farmacéutico	Opinión
F1	<p>“Hay muchos factores que enlentecen el proceso de preparación de la receta, por ejemplo, personal que habla mucho y pierde mucho tiempo, los fines de semana las recetas de emergencia tardan entre cinco y 10 minutos, muchas veces a los pacientes se les dice un tiempo excesivo, entre semana a pesar de que el volumen es mayor, el tiempo para recetas de emergencia debería ser máximo 30 minutos.</p> <p>Para mitigar los cuellos de botella la jefatura debe observar, evaluar y potenciar al personal en cuanto a funciones y comunicarlo de forma apropiada, para sacar más provecho de las capacidades de cada uno, sin embargo, al ser un proceso muy rutinario con el paso del tiempo van adquiriendo los conocimientos necesarios para desempeñarse en todas las áreas del servicio, entre más capacitado este el personal el proceso va a ser más rápido.</p> <p>En cuanto a las prioridades de atención, solo se toman en cuenta a adultos mayores, embarazadas y personas que lo soliciten, sin embargo, muchas veces esto depende del criterio de quien esté en ventanilla, sería un buen punto tomar en cuenta a los indígenas que vienen desde largo y muchas veces con niños pequeños.”</p>
F2	<p>“La actitud del personal depende mucho a la hora de hacer las labores diarias, hay personas que trabajan con amor, otras solo lo hacen para cumplir con el rol, de esto dependen mucho los tiempos de espera, cuando hay un buen grupo de trabajo los tiempos de espera pueden reducirse hasta la mitad, en el presente no solo afecta el factor humano sino también la parte del sistema, muchas veces las recetas prescritas</p>

	<p>no se reciben por fallas externas al servicio. Por estos factores externos es que los tiempos de espera han perdido relevancia en las calificaciones del servicio.</p> <p>Todo el personal está debidamente capacitado por el CENDEISS para poder trabajar con la Caja y ocupar cualquier puesto en especial los que tienen plaza, los interinos pueden tener algunas áreas un poco más deficientes, sin embargo, es importante que se retomen iniciativas internas como la escuelita para técnicos, pero se complica porque casi todos los días falta personal y dificulta la aplicación de estas.</p> <p>Por ley hay una ventanilla preferencial para el paciente discapacitado, pero también se atienden embarazadas y adultos mayores, otras situaciones especiales que sean consideradas en el momento. En el caso de los indígenas ahora tienen servicio de buses hasta las 4 o 5 p.m. todos los días, por las facilidades que tiene ahora son pacientes como cualquier otro paciente.”</p>
F3	<p>“El tiempo de espera para el paciente nunca va a ser adecuado, por lo general, todos desean llegar y que la medicación ya esté lista, en especial las personas que viven largo y los horarios del transporte público son limitados. De igual forma, dentro del servicio deben eliminarse puntos muertos, por ejemplo, la lejanía del área de despacho con el área de etiquetado, en otros lugares donde se han acortado estas distancias el tiempo de espera se ha reducido a 45 minutos, a veces es mejor que dure un tiempo prudente, pero garantizar que el despacho vaya bien.</p> <p>En cuanto a la capacitación los técnicos solamente tienen el curso del CENDEISS, debería establecerse un calendario de capacitaciones, también es idea que el personal rote en las funciones, ya que un buen empleado es aquel que sabe hacer de todo.</p> <p>Las preferencias de atención dependen de la persona que esté en ventana, para una atención en ventanilla más rápida, solo los adultos mayores y embarazadas, en el caso de los indígenas existe la dificultad del idioma y lo poco comunicativos, pero habría que ver cada caso individual. Las recetas de visita domiciliar, cuidados paliativos y geriatría deberían priorizarse.”</p>

Nota: Elaboración propia, 2019.

Con respecto al primer indicador sobre el tiempo de espera, se observa en la Tabla 15 que los tres farmacéuticos entrevistados concuerdan en que existen factores que entorpecen el proceso de preparación y entrega de la receta médica a los pacientes. El F1 y F2 coinciden en que uno de estos factores es la forma en la que se desempeña el personal, por ejemplo, cuando se conversa y se pierde mucho tiempo en horas laborales, situación que ocurre en el servicio según lo señala el F1, en relación a esto el F2 indica que alguna parte de este personal no trabaja por amor y cuando se cuenta con un buen grupo de trabajo los tiempos de espera llegan a disminuirse hasta la mitad.

Otro factor mencionado por el F3 son los puntos muertos que existen en el proceso, un ejemplo de esto es la lejanía entre el área de despacho y la de etiquetado, además comenta que en otros lugares donde se ha disminuido esta distancia los tiempos de espera se han logrado disminuir, sin embargo, este farmacéutico resalta que es mejor que el proceso tome un poco más de tiempo pero que se garantice que los medicamentos se entregue al paciente sin errores.

De acuerdo con lo menciona el F1, cuanto más capacitado esté el personal, más rápido será el proceso dentro del servicio de farmacia, ya que por lo general es rutinario y conforme pasa el tiempo, va adquiriendo las habilidades y el conocimiento necesarios para cumplir con las labores diarias. El F2 y F3 sobre este mismo tema de capacitaciones coinciden en que el personal técnico del servicio cuenta con una capacitación proporcionada por la CCSS que les permite ocupar cualquier puesto.

El F1 considera que una de las maneras para mitigar los cuellos de botella en cuanto al factor humano dentro de la farmacia es que la jefatura como tal observe, evalúe y potencie el personal en cuanto a sus funciones y lo comunique de forma apropiada.

En relación con esto, el F2 considera de gran importancia que algunas iniciativas internas vuelvan a retomarse, por ejemplo, la “escuelita para técnicos”, el F3 también concuerda con esto, ya que considera que un buen empleado es aquel que sabe hacer de todo por lo que se debería establecer un calendario de capacitaciones que ayuden a enriquecer y reforzar las habilidades que requiera cada puesto.

En cuanto al trato preferencial que se brinda en el servicio de farmacia, los tres farmacéuticos concuerdan en que se les da prioridad en la atención a los adultos mayores y las mujeres embarazadas, así como a las personas que lo soliciten por alguna situación en especial; sin embargo, esto también depende del criterio de la persona que esté laborando en el área de ventanilla.

Al indagarse sobre si debería tomarse en cuenta alguna otra población, como en el caso de los indígenas, el F1 opina que debería de dárseles prioridad, porque vienen de zonas muy lejanas y generalmente con niños, el F2 resalta que hoy presentan más facilidades con respecto al servicio de buses entonces deberían ser tomados como cualquier otro paciente y el F3 menciona que la barrera del idioma y poca comunicación por parte de los indígenas dificulta la atención de los

mismos, por lo que debería evaluarse cada caso individualmente; sin embargo, considera que sí deberían priorizarse las recetas de cuidados paliativos, visita domiciliar y geriatría.

Como se mencionó, el desempeño que tenga el personal dentro del servicio de farmacia para cumplir con sus labores está relacionado con los largos tiempos de espera, por tanto, según lo describe el manual descriptivo de puesto de la CCSS, el personal técnico es responsable de colaborar en las asignaciones propias de su puesto y aquellas encomendadas por el jefe inmediato, además debe cumplir con ellas con esmero, eficiencia y puntualidad, cuando esto no se cumplen estos principios una de las consecuencias son atrasos durante los procesos. (Caja Costarricense del Seguro Social, 2018)

En referencia al tema de las capacitaciones del personal que mencionan los tres farmacéuticos, según lo mencionan Martín, Grau y Espinosa (2014), el sistema de salud juega un papel muy importante en el cumplimiento del tratamiento por parte del paciente, por tanto, la falta de preparación y capacitación del personal que labora en estos centros así como un ineficaz despacho o dispensación de los medicamentos se relaciona con bajos índices de adherencia, esto debido a que les genera a los usuarios desconfianza e inseguridad.

Como lo menciona el F1 respecto a la responsabilidad del farmacéutico, como jefatura, de observar, evaluar y potenciar el trabajo del personal, de acuerdo con el manual descriptivo de puestos de la CCSS, dentro de las obligaciones que debe ejercer el profesional farmacéutico en el servicio de farmacia de esta institución se encuentra la organización, coordinación, asignación y supervisión de las tareas de todo el personal que labore en este servicio, con el objetivo de asegurar el cumplimiento eficiente de las actividades asignadas a cada uno de ellos. (Caja Costarricense del Seguro Social, 2018)

En otros centros de salud, tanto dentro del territorio nacional como fuera de nuestras fronteras, se ha logrado reducir los tiempos de espera mediante la implementación de acciones que mejoran los procesos. A nivel nacional, como lo menciona Coto (2013), se redujo el tiempo de espera de recetas de consulta externa de una hora a 20 minutos y una reducción cercana a los 45 minutos en recetas del servicio de urgencias, por medio de una redistribución del espacio físico y aprovechamiento del personal mediante una evaluación para identificar posibles problemas debilidades.

Posteriormente según informa Henry (2014), en el Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, se logró disminuir los tiempos de espera que se tardaban de 4-6 horas a dos horas y 30 minutos para las recetas de consulta externa mediante una redistribución de la planta del servicio, optimizando el flujo de la receta, además del control del ingreso de cada receta en cada proceso, como la revisión inicial, digitación, acopio, preparación, revisión final, empaque y la posterior colocación en el estante.

En Chile, se ha logrado de igual forma reducir los tiempos de espera de manera eficaz, como lo menciona un reporte por parte del Hospital Clínico Félix Bulnes (2017), se logró reducir la espera de cuatro horas a una hora, como resultado de un proyecto de mejora en el flujo de atención, mediante un cambio de mobiliario. Los cortos tiempos de espera reflejan un alto grado de satisfacción en los usuarios, por ejemplo, en México los resultados de una encuesta que la gran mayoría de los usuarios están complacidos con el tiempo de entrega de sus medicamentos, el cual fue de ocho minutos en el Hospital Dr. Rodolfo Nieto Padrón. (García & León, 2014)

Con respecto a las afirmaciones anteriores, en la medida en la que todo el personal trabaje de manera eficiente, puntual y con esmero, como está dispuesto en el manual descriptivo de puestos de la CCSS, no habría motivo para que las recetas se retrasen mucho más del tiempo establecido, por la percepción de los farmacéuticos se podría deducir que no toda la totalidad del personal que labora en el servicio de farmacia del HWAT realiza sus labores bajo estos principios, de igual forma el profesional farmacéutico como jefatura debe hacerse responsable de asegurar el cumplimiento eficiente de las labores diarias.

Por otra parte, se encuentra evidenciado que la capacitación y preparación con la que cuenta el personal es muy importante en cuanto a la adherencia a los tratamientos por parte de los pacientes, ya que en ocasiones donde estas situaciones sean deficientes, pueden generar un estado de inseguridad y desconfianza hacia el servicio. Por este motivo, una capacitación constante y enriquecedora debe aplicarse de forma regular, tal y como lo mencionan los farmacéuticos entrevistados: implementar la educación del personal de forma interna y no dejar que los conocimientos sean adquiridos solo por la rutina que caracteriza la labor.

De igual manera, se pone en manifiesto que la apreciación del F3 sobre una buena organización es un punto sumamente efectivo para reducir los tiempos de espera, un factor determinante para que los pacientes no retiren la medicación, lo cual se ha demostrado en diferentes

centros de salud de la CCSS a nivel nacional y en otros países latinoamericanos, al implementar cambios que mejoran el flujo de la receta y reducir el tiempo de preparación de las receta de consulta externa como de urgencias y en algunos casos incluso más de la mitad.

Tabla 16. Percepción de los farmacéuticos del HWAT sobre la empatía y trato del personal con el usuario.

Farmacéutico	Opinión
F1	<p>“En el servicio de farmacia hay todo tipo de personas, desde unas muy amables hasta otras muy groseras a la hora de expresarse, si los pacientes se quejaron traería problemas, sin embargo, también hay pacientes con actitudes difíciles, llegan exigiendo a la ventanilla. El farmacéutico debe intervenir y darle solución cuando se presenten estas situaciones y ser una figura de autoridad en el servicio, al mismo tiempo debe conocer bien a su personal y estar atento a cualquier situación.</p> <p>La jefatura debe acercarse a la persona y comunicarle de la forma más adecuada que esa actitud no están bien.”</p>
F2	<p>“El porcentaje de quejas es muy bajo, eso quiere decir que hay buenas relaciones entre el personal del servicio y el usuario, a pesar de esto, se han dado conflictos, pero se han logrado resolver en el área de ventanilla. El personal técnico tiene el conocimiento de solicitar la intervención del farmacéutico en casos donde el usuario se encuentre molesto, dudoso o incómodo; otros usuarios llegan disgustados a la farmacia debido a que este es el último lugar posterior a la consulta médica y al ser informados del tiempo que deben esperar, en el peor de los casos 3 horas o regresar el día siguiente los indisponen aún más, porque implica volver al hospital o quedarse esperando.</p> <p>Una buena alternativa es que la CCSS brinde capacitaciones para todo el personal para mejorar la comunicación con los pacientes y el manejo de una persona enojada, triste o desesperada.”</p>
F3	<p>“El trato del personal hacia los usuarios es bueno, a pesar de que en muchas ocasiones influye el estado de ánimo de ambas partes, por ejemplo, a los pacientes los puede predisponer a la hora llegar a la ventanilla que tan apresurados estén, que no se les entrega la medicación con la prontitud deseada. A pesar de esto existen personas que dicen que no, pero bajo las condiciones en que nos desenvolvemos se considera bueno y no debería cambiarse.”</p>

Nota: Elaboración propia, 2019.

En la Tabla 16 se muestra la percepción de los farmacéuticos sobre la empatía y el trato que el personal brinda a los usuarios en el área de ventanilla del servicio de farmacia del HWAT de

Turrialba. Según la apreciación de dos farmacéuticos (F2 y F3), las relaciones entre el personal del servicio y el usuario son buenas, tomando en cuenta el bajo porcentaje de quejas, como lo menciona el F2; sin embargo, el F1 señala que dentro del servicio también hay personas muy groseras a la hora de expresarse.

Los tres farmacéuticos entrevistados resaltan que algunos de los conflictos que se dan en el área de ventanilla pueden deberse a que los pacientes en ocasiones llegan con actitudes difíciles, por ejemplo, disgustados, apresurados o exigentes, lo cual puede llegar a predisponer al personal que labora en esta área. El F1 y el F2 coinciden en que bajo estas situaciones el farmacéutico debe intervenir como una figura de autoridad y darle solución al conflicto.

Como recomendaciones a esta situación, el F1 deja clara la necesidad de que la jefatura conozca a su personal y le comunique de la forma más adecuada que ciertos tratos a los usuarios no son los correctos, otra buena alternativa mencionada por el F2 es que la CCSS como institución sea quien brinde capacitaciones dirigidas a todo el personal sobre diferentes técnicas que ayuden a mejorar el manejo y la comunicación de las personas de acuerdo con su estado anímico.

Los autores de diferentes informes (Martín, Grau y Espinosa, 2014; Orellana, Chacón, Quizhpi y Álvarez, 2016, e Ibarra y Morillo, 2017) ponen en evidencia la importancia de las buenas relaciones que deben existir entre el personal de salud y los usuarios, ya que al ser adecuadas influye en que el paciente pueda adherirse de forma eficaz a la medicación prescrita, por el contrario, actitudes negativas, falta de empatía y desmotivación del personal contribuyen a falta de cumplimiento.

Como lo menciona Martínez (2018), a finales del 2018, la CCSS comenzó un proceso de formación de un total 40 farmacéuticos, lo que equivale a aproximadamente a un 4% del total de profesionales de esta institución, enfocado en la atención del paciente, con el objetivo de fomentar habilidades comunicativas, creativas, proactivas, trabajo en equipo, creatividad, responsabilidad, honestidad, compromiso y como relacionarse de forma adecuada con el paciente.

Como ha quedado en evidencia, el trato del personal de los servicios de salud hacia los pacientes está estrechamente ligado con la falta de adherencia a los tratamientos, un mal trato y la falta de empatía podrían generar que el paciente presente desconfianza e insatisfacción y no se sienta motivado para acercarse al servicio. A pesar de que en el HWAT las relaciones entre el

usuario y el personal parecen ser buenas, según uno de los farmacéuticos entrevistados, ciertas personas dentro del servicio presentan problemas a al expresarse o comunicarse.

Como lo mencionaron los farmacéuticos entrevistados, la capacitación constante en temas de comunicación y empatía es una herramienta importante que debe dirigirse a todo el personal de la farmacia del hospital; sin embargo, actualmente a nivel institucional solo se implementa a un 4% del personal profesional farmacéutico con que cuenta la CCSS, por tanto, a nivel interno, es importante la organización de iniciativas en esta temática dirigidas no solo al persona farmacéutico, sino también al técnico y auxiliar que posee mayor contacto con los pacientes.

Tabla 17. Percepción de los farmacéuticos del HWAT sobre la información brindada acerca del tiempo efectivo para hacer el retiro de la medicación.

Farmacéutico	Opinión
F1	<p>“Siempre se les informa del tiempo que se tarda la receta en salir, sin embargo, siempre hay casos donde las personas expresan no tener conocimiento de estos tiempos y muchas veces a las recetas de consulta externa se les da un día más de los tres establecidos previo al reintegro, para el servicio de emergencias el tiempo efectivo son solo 24 horas.</p> <p>Hay factores ajenos al servicio de la farmacia, en el caso de pacientes que olvidan regresar por los tratamientos, en especial adultos mayores que muchas viven solos y no tienen cuidadores que les brinden ayuda. Existen casos muy puntuales de pacientes que han expresado su dificultad y bajo esa situación en la farmacia se les extiende hasta un día más el plazo del tiempo para el retiro.”</p>
F2	<p>“Siempre se informa el tiempo que la receta duran en salir, si hay algún inconveniente se les explica el motivo del atraso. Actualmente el sistema digital influye mucho, ya que la falta de conocimiento por parte del personal de los servicios del hospital puede causar confusión en la información que se le brinda a los usuarios, ya que esta puede ser errónea o nula.</p> <p>Se debe comparar el impacto del sistema digital nuevo con el tradicional sobre los reintegros para comprobar si siguen siendo las emergencias las que menos se retiran o hay un alza en consulta externa. Debe educarse a las personas para que comprendan el nuevo proceso y no dejen la receta sin retirar, si es el caso que no tienen interés en retirar la medicación que lo comuniquen al médico.</p> <p>Al final toda esta problemática se traduce en un desperdicio de recursos humano, dinero, horas laboradas y materiales, porque, aunque el medicamento vuelve al estante la mayoría de los materiales se pierden.”</p>

F3	“Siempre se les informa, el problema es que el paciente en muchas ocasiones no presta atención, también se les comunica cuando hay algún tipo de atraso por alguna circunstancia, ya sea por problemas en el sistema o falta de personal, dejándoles la posibilidad de regresar al día siguiente o esperar unas tres horas.”
-----------	--

Nota: Elaboración propia, 2019.

Con respecto a la Tabla 17 sobre la percepción de los farmacéuticos del servicio de farmacia del HWAT de Turrialba, acerca de la información brindada por el personal a los usuarios sobre el tiempo requerido con el que cuenta el usuario para retirar su medicación, los tres farmacéuticos entrevistados (F1, F2 y F3) concuerdan en que siempre se les informa sobre el tiempo que tarda la receta en estar lista para ser retirada; de igual manera, cuando se presentan situaciones puntuales que retrasen el proceso, se les comunican el motivo y el lapso extra que deben esperar.

Sin embargo, como resalta el F1 en ocasiones los pacientes expresan no tener conocimiento sobre dicha información, este mismo farmacéutico considera que una dos de las razones por las cuales esto ocurre son el olvido o, en muchos casos, que sean adultos mayores, a los cuales se les dificulta volver por el medicamento. El F3 señala también que algunos pacientes no prestan atención. Actualmente, el cambio al sistema digital puede estar influyendo ya que, como lo menciona el F2, hay parte del personal de los diferentes servicios del hospital que desconocen el funcionamiento de este sistema y podrían brindar información errónea a los usuarios.

Este mismo farmacéutico (F2), enfatiza en la necesidad de educar a los usuarios para que se familiaricen de manera adecuada con el funcionamiento del nuevo sistema y no dejen de retirar el tratamiento, o bien, sino existe interés que lo comuniquen al médico prescriptor para que no le genere la receta, ya que en el presente la receta siempre se va a recibir y preparar en el servicio de farmacia y por ende esa cantidad de reintegros implica un desaprovechamiento de recursos tanto tangibles como intangibles.

Como lo menciona Castro (2009), la información que brinda el personal de farmacia con respecto al tiempo de espera y educación sobre su tratamiento es una variable para conocer el grado de satisfacción del usuario, ya que si ha sido mal transmitida o el paciente no interpreta de manera correcta lo que se le está informando, afectará el cumplimiento de los objetivos que se pretenden alcanzar.

Dentro de las consecuencias que puede traer consigo la información errónea o nula, es el abandono del tratamiento por parte de los pacientes, Martín, Grau y Espinosa (2014) mencionan que esta situación está directamente relacionada con la pérdida económica, de tiempo y de recursos que se invierten día a día, ya que por esta razón el paciente puede realizar un mal uso del medicamento o no utilizarlo por hacer efectivo el retiro del medicamento.

Es evidente que la información que se brinde a los usuarios, en este caso en el servicio de farmacia, debe ser comunicada de manera oportuna y correcta para que el paciente tenga conocimiento sobre cualquier asunto, por tanto, es importante que reciba información clara y precisa.

Según la percepción de los farmacéuticos entrevistados, el personal que labora en el servicio de la farmacia del HWAT siempre les brinda a los pacientes información sobre el tiempo para hacer efectivo el retiro de su medicación y situaciones especiales en las que se presente algún atraso en el proceso.

No obstante, un punto importante que menciona el F2 es que actualmente, con la implementación del sistema digital, se introdujeron una serie de cambios en la parte operativa de la farmacia que deben informarse a la población con la cooperación de otros servicios, ya que la farmacia es el último lugar de atención al que el paciente accede. Por tanto, llegado a este punto, el paciente debería tener ciertos conocimientos sobre el funcionamiento del nuevo sistema.

Asimismo, es importante, según lo expresado por el F2, que el paciente se eduque para que cumpla de manera adecuada con todo el ciclo de atención y que retire oportunamente la medicación, sin importar los diferentes obstáculos que puedan presentarse. Otra alternativa, como lo menciona este mismo farmacéutico, es que, si el paciente no tiene interés en retirar la medicación, se lo comunique al médico para que no le realice ninguna prescripción.

Sin embargo, ante este último razonamiento se debe tener mucho cuidado, ya que indirectamente podría estarse fomentando una cultura de no adherencia al tratamiento y restándosele importancia a este y al servicio de farmacia, lo que sería contraproducente al objetivo deseado de que retire su medicación y no hayan altos índices de reintegros, pérdidas económicas y de tiempo, por lo que aunque educar sea un proceso más dificultoso y lleve más tiempo, es la solución más acertada, como también lo mencionan los entrevistados.

Tabla 18. Percepción de los farmacéuticos del HWAT sobre los afiches informativos dirigidos a los pacientes con los que cuenta el servicio de farmacia.

Farmacéutico	Opinión
F1	<p>“En algunas ocasiones se elaboran ciertas infografías sobre medicamentos al personal de enfermería y médicos, en el caso de los pacientes, se les brinda información de igual manera sobre medicamentos y asuntos relacionados a la parte operativa de la farmacia, también el número de teléfono de la farmacia por si tienen alguna consulta, pero no se realiza de manera frecuente. Sería importante difundir información a los pacientes sobre la importancia del retiro de la medicación.”</p>
F2	<p>“Información solamente lo que está en la ventana, cuando hay alguna situación, por ejemplo, un fallo en el sistema se pegan rótulos en la ventana y en el Día R se hacen charlas, se elaboran brochures de acuerdo con el tema.</p> <p>Un recurso que puede aprovecharse es la pantalla electrónica y desde una computadora dentro del servicio manejar la información que se está transmitiendo, de igual manera realizar cápsulas informativas sobre el funcionamiento del sistema y la importancia de retirar el medicamento.”</p>
F3	<p>“Actualmente no se cuenta con infografía en el servicio, existía una pantalla, pero con la remodelación se perdió. Lo que hay ahora es un televisor que no se ha podido utilizar por problemas técnicos, entonces solo se aprovechan las pequeñas pizarras para brindar la información de las campañas mensuales de la CCSS.</p> <p>El servicio confecciona brochures que se introducen en las bolsas de medicamentos, se realizan charlas en la sala de espera de la farmacia de igual forma sobre la campaña del mes. Se deberían implementar diferentes formas de brindar la información, ya que las personas aprenden de diferentes formas, además teniendo en cuenta la condición educativa de cada persona.”</p>

Nota: Elaboración propia, 2019.

Las opiniones presentadas en la Tabla 18 corresponden a la apreciación de los farmacéuticos que laboran en el servicio de farmacia del HWAT, sobre los diferentes tipos de afiches brindados a los usuarios. Los tres farmacéuticos entrevistados coinciden en que el servicio sí proporciona material informativo, sin embargo, el F1 indica que por lo general el contenido del material gira en torno al tema de los medicamentos y algunos asuntos relacionados con la parte operativa de la farmacia. El F2 y F3, por otra parte, mencionan que en las campañas mensuales establecidas por la CCSS se realizan actividades como charlas, entrega de brochures, entre otros.

Dos farmacéuticos entrevistados (F2 y F3) consideran que sería de gran utilidad contar con una pantalla electrónica que facilite la difusión de información en la sala de espera, ya que el servicio contaba con una, pero se dañó y, con respecto a este mismo tema, los tres farmacéuticos mencionan que un punto importante sería proporcionar información referente a la importancia del retiro de la medicación, para lo cual el F3 resalta que brindar esta información por diferentes medios, debido a que el aprendizaje de cada persona es distinto.

Los autores Ibarra y Morillo (2017) mencionan la importancia de realizar actividades que permitan educar a los pacientes mediante diferentes herramientas como boletines informativos, carteles, charlas dirigidas a diferentes grupos poblacionales, información en medios de comunicación, entre otros aprovechando la tecnología y aplicaciones telefónicas, que ayuden a fomentar una conducta adherente al paciente.

La celebración del Día R en julio se aprovecha para acercarse más a la comunidad y crear consciencia en las personas sobre el correcto uso de los medicamentos, en conjunto con profesionales de otras áreas. La CCSS, además, realiza varios tipos de actividades mensuales para informar a la población sobre diferentes temáticas, por medio de la entrega de materiales informativos, charlas, ferias de salud entre otros. (Barrantes, 2013)

Como se ha hecho mención, la elaboración y aplicación de diferentes métodos informativos permiten acercarse más al paciente y educarlo sobre diferentes temáticas de interés, en el servicio de farmacia del HWAT se entrega material de este tipo sobre medicamentos principalmente, además de esto se realizan las actividades mensuales establecidas por la CCSS; sin embargo, no se cuenta con ningún tipo de material que brinde información sobre la importancia del retiro de medicamentos.

Sumado a esto, es fundamental utilizar diferentes metodologías de aprendizaje, como lo recalca un farmacéutico entrevistado, para asegurar que la información llegue y sea entendida por la gran mayoría de las personas, además es importante poder contar con diferentes tecnologías que permitan difundir dichos comunicados, como por ejemplo recuperar la pizarra informativa como mencionan los entrevistados y aprovechar la pantalla de televisión con la que cuenta el servicio.

Tabla 19. Percepción de los farmacéuticos del HWAT sobre los factores que influyen en el no retiro de medicamentos.

Farmacéutico	Opinión
F1	<p>“Situaciones muy puntuales del paciente como la lejanía del hospital con la zona de residencia, olvido podría ser el factor principal, desmotivación por largos tiempos de espera, esperar más de 2 horas por una receta es un exceso, el farmacéutico debería ver los cuellos de botella y corregirlos.</p> <p>Se cuenta con mucho personal dentro del servicio y muchas veces las actitudes de estos afectan las labores diarias, ya que algunos trabajan más que otros.</p> <p>Una de las dificultades de las jefaturas es q hay ocasiones en las que debe hacerse de la vista gorda porque muchas personas se defienden con el sindicato, no es una situación común, pero puede darse.”</p>
F2	<p>“El principal factor es el tiempo, a los pacientes no les gusta esperar ni regresar al día siguiente por la medicación.</p> <p>Se debe educar al paciente sobre la importancia retirar y utilizar los medicamentos, a pesar de que esto generalmente se abarca en la consulta farmacéutico solo se abarca a una población muy pequeña de la que se encuentra adscrita al hospital.</p> <p>Hay que educar a las personas sobre la importancia de su tratamiento para que el tiempo de espera no sea una barrera.”</p>
F3	<p>“Uno de los problemas que se perciben es la situación económica de algunos pacientes lo cual dificulta el transporte de estos al hospital. Otro factor es la lejanía del lugar donde habita el usuario con dificultad de transporte público. La falta de adherencia y la acumulación de medicamentos en los hogares es el principal factor, se observa especialmente en las visitas domiciliarias en donde se encuentra medicamentos de hasta 5 a 6 meses acumulado, muchas veces vencidos.</p> <p>Es importante conocer esos factores, porque con ellos se pueden implementar estrategias que ayuden a que el despacho sea más eficiente para algunas poblaciones.”</p>

Nota: Elaboración propia, 2019.

La Tabla 19 contiene las opiniones de los farmacéuticos que laboran en el HWAT sobre los posibles factores que se relacionarían con la situación del no retiro de medicamentos, el F1 y el F3 concuerdan en que la lejanía de la zona de residencia de los usuarios con el hospital es un factor que lo afecta, sumado a las dificultades del transporte público que presentan estas zonas.

El F1 señala el olvido por parte de las personas como el principal factor por el cual no retiran la medicación, el F2 más bien considera que el tiempo que deben esperar mientras se prepara el medicamento no es del agrado para el usuario, esta misma situación la menciona el F1. Por último, el F3 destaca que la razón primordial es la acumulación de medicamentos en el hogar, por esto el paciente prefiere volver a su hogar y no esperar por la medicación, sumado a esto, el mismo farmacéutico resalta que la condición económica de los pacientes puede representar otro factor.

El F3 considera de importancia conocer los factores asociados al no retiro de medicamentos para así poder implementar nuevas estrategias que ayuden a mitigar esta problemática. El F1 considera oportuno que la jefatura pueda ver los cuellos de botella dentro del proceso y corregirlos, ya que, por ejemplo, la actitud que tenga el personal a la hora de realizar sus labores de manera eficiente sin recargar el trabajo de los demás, afecta fluidez del proceso. El F3 enfatiza en la necesidad de educar a la población sobre la importancia de retirar y utilizar sus medicamentos para lograr que el tiempo de espera no sea un obstáculo para ellos.

Los factores socioeconómicos forman parte de los diferentes factores que influyen de forma directa con la pérdida de adherencia a la medicación por parte de las personas, como lo mencionan Orellana, Chacón, Quizhpi y Álvarez (2016) e Ibarra y Morillo (2017), situaciones laborales difíciles, una baja condición académica, inestabilidad en las condiciones de vida y creencias populares en conjunto pueden aumentar las posibilidades de que aparezcan complicaciones en la salud de las personas.

Los autores de varios informes han identificado otros factores relacionados con la no adherencia a los tratamientos, en este caso en no retiro de la medicación, Jiménez (2008) menciona que el vencimiento del tiempo otorgado para el retiro del mismo es la principal causa en su estudio. En segundo lugar, se encuentran las personas con medicamento acumulados en sus hogares. Posteriormente, Ramírez (2016), en su investigación, menciona que el principal motivo por el cual las personas no hacen el retiro de su medicación es porque tienen grandes cantidades almacenadas en sus viviendas.

De igual manera, Padilla (2015) observa esta misma problemática en su investigación sobre la acumulación de medicamentos, además, se mencionan otras causas como la pérdida de la colilla necesaria para retirar la medicación y los olvidos involuntarios. Muchos pacientes retiran la

medicación en otros centros de salud, de igual manera otros creen no necesitar los tratamientos o no se encuentran satisfechos con la prescripción.

La lejanía del centro de atención con el lugar de residencia de la persona se encuentra estrechamente relacionada con la pérdida de adherencia, según los autores Núñez y otros (2014) y Martín, Grau y Espinosa (2014), estos últimos destacan que en muchas ocasiones el costo del transporte también es un aspecto relacionado con la falta de cumplimiento.

Como puede observarse, los factores considerados por los profesionales entrevistados también corresponden a los mismos que han mencionado investigadores a nivel nacional e internacional, por ejemplo, Panamá y España, los factores en que coinciden los farmacéuticos y los autores son la acumulación de medicamentos en el hogar, las condiciones económicas, olvidos involuntarios y la lejanía de la zona de residencia con respecto al centro médico.

En cuanto al factor de lejanía del centro médico de la zona de residencia del paciente considerado por el F1, F2 y los autores Núñez y otros (2014), coinciden en que este es un factor relevante; sin embargo, como se observó en esta investigación, las personas que viven más cerca del hospital y, por lo tanto, tienen mayor facilidad de acceso son los que menos retiran sus medicamentos como se demuestra en la Figura 20 y Figura 21. Esto puede deberse a que la gran mayoría de pacientes, dependiendo del medicamento, es probable que prefiera comprarlo en un establecimiento privado que esperar para retirarlo como lo visualiza también el F2.

Sumado a esto, como se determinó en investigaciones pasadas y en concordancia con el F3, otro factor que se encuentra relacionado con el no retiro de medicamentos es la acumulación de fármacos en el hogar, esta situación evidencia el uso irracional y la baja adherencia por parte de la población, especialmente en medicamentos prescritos para tratar patologías crónicas, situación que ha sido comprobada por el F3 durante la atención farmacéutica brindada durante la visita domiciliar.

Otro factor mencionado son los olvidos involuntarios por parte de los pacientes, en este caso, la situación podría verse más relacionada con la población adulta mayor, sin embargo, en este caso representa un 11.09% del total de usuarios que no retiraron la medicación como se observa en la Figura 19.

Los factores socioeconómicos, de igual manera, afectan esta situación planteada y, como se menciona en la literatura, el bajo nivel educativo se encuentra asociado y es una característica que se observa en la población de estudio en la presente investigación (ver Figura 22), la cual en su mayoría presenta un baja o nula escolaridad, lo que puede conllevar a situaciones de inestabilidad en las condiciones de vida de la persona.

Tabla 20. Percepción de los farmacéuticos del HWAT sobre las condiciones de almacenamiento de los medicamentos en el área de ventanillas del servicio de farmacia.

Farmacéutico	Opinión
F1	“El aire acondicionado del servicio hace que las condiciones de temperatura sean adecuadas para los medicamentos. En muchas ocasiones el personal no es cuidadoso a la hora de manipular los medicamentos, especialmente en el área de ventanilla. El farmacéutico debe realizar reuniones para dar conciencia sobre el manejo adecuado de los medicamentos.”
F2	“Un problema muy común es la confusión con presentaciones de medicamentos muy similares, cuando se hacen los reintegros existe la posibilidad del error humano a la hora de acomodar de nuevo los medicamentos en los estantes. Las condiciones de almacenamiento dentro de la farmacia son buenas, ya que el clima es controlado, algo que se debería mejorar es el tamaño de los estantes, ya que son muy pequeños para el volumen de recetas que se maneja en la farmacia y en ocasiones los medicamentos se dañan, no por la manipulación del personal sino por el espacio reducido.”
F3	“Las condiciones de almacenamiento en el servicio son adecuadas, pero no son manipulados correctamente, hay personas que revientan los paquetes de pastillas y eso influye en el deterioro de la calidad del medicamento. Otro factor que puede generar problemas son los números consecutivos de cada receta, son muy similares y pueden causar confusión, además muchos medicamentos tienen presentaciones visualmente muy similares y han ocurrido errores en la entrega de medicamentos.”

Nota: Elaboración propia, 2019.

La Tabla 20 contiene las opiniones del personal farmacéutico del HWAT de Turrialba sobre las condiciones de almacenamiento de los fármacos en el servicio de farmacia. El 100% de los entrevistados dan a conocer que las condiciones son las adecuadas, ya que el sistema de aire acondicionado, al ser controlado, mantiene la temperatura correcta.

A pesar de esto, el F1 y el F3 señalan que el deterioro de los medicamentos, por lo general, se debe a factor humano, ya que algunos trabajadores del servicio en ocasiones no los manipulan de forma cuidadosa y correcta. El F2 no concuerda con los anteriores, ya que manifestó que el daño de los medicamentos es a causa del pequeño tamaño y espacio que poseen los estantes donde se almacenan los medicamentos, por lo que a veces se caen y se dañan.

Otra situación desventajosa externa al servicio que señalan el F2 y el F3 es que una gran parte de los medicamentos tienen presentaciones visualmente muy parecidas, lo cual dentro del servicio al hacer los reintegros abre la posibilidad de error humano, ya que podrían almacenarse medicamentos en un lugar erróneo donde no les corresponde. El F3 resalta que, debido a esto, han ocurrido errores en la entrega de medicamentos. Otro problema que describe el farmacéutico es la similitud en los números consecutivos de la receta que podrían causar confusión en el personal.

Dentro de los aspectos que podrían mejorarse en este tema el F1 y el F2 indican dos que se pueden realizar. El F1 considera que una buena opción es que los farmacéuticos realicen reuniones con todo el personal para concientizarlo sobre la importancia del manejo adecuado de los medicamentos. Por otra parte, el F2 manifiesta la importancia de mejorar el tamaño de los estantes donde se encuentran las bolsas de medicamentos listos para entregar al paciente, esto para evitar los errores expuestos.

Los farmacéuticos opinan que las condiciones de almacenamiento de la farmacia son buenas porque cuenta con un sistema de aire acondicionado que permite mantener la temperatura apropiada; sin embargo, el F2 resalta que un inconveniente es el tamaño de los estantes donde se almacenan listos para ser retirados. Con respecto a esto, el Manual Institucional de Normas para el Almacenamiento, Conservación y Distribución de Medicamentos de la CCSS, las áreas de almacenamiento deben contar con un espacio suficiente para facilitar el manejo ordenado de los fármacos, permitir el flujo del personal y la limpieza. (Caja Costarricense del Seguro Social, 2013)

De igual forma, los farmacéuticos F1 y F3 señalan que otro problema es la falta de cuidado en la manipulación de los medicamentos por parte de algunos empleados del servicio, sin embargo como se menciona en el Manual de la Caja Costarricense de Seguro Social (2013), el profesional farmacéutico es el encargado de mantener el buen estado de aquellos; por tanto, es responsable del daño que puedan recibir los fármacos ya que, a su vez, también le corresponde supervisar que las tareas que se le delegan al personal de apoyo sean realizadas con cuidado y de manera eficiente.

Es importante resaltar que, así como lo mencionan Wittingham (2008), el F2 y el F3, la semejanza entre el blíster de algunos de los medicamentos de la CCSS es una causa de potencial de error que puede generarse en el proceso de despacho y reintegro de los fármacos por parte del personal encargado de estas labores. Dicha equivocación puede asociarse a la sobrecarga y el cansancio que conduce a la falta de cuidado al realizar dichas tareas.

Las condiciones de almacenamiento dentro del servicio de farmacia del HWAT, según la percepción de los tres farmacéuticos entrevistados, son apropiadas, tomando en cuenta las buenas prácticas de almacenamiento; sin embargo, hay un factor que sí podría estar generando daños en los medicamentos que sería la manipulación por parte de algunos trabajadores. Esta situación, en el caso de los reintegros de los medicamentos no retirados, aparte del trabajo para realizar ese procedimiento, puede significar también pérdida económica por daño al medicamento.

Durante este proceso de reintegro, el personal a cargo debe trabajar de manera atenta y cuidadosa de modo que se pueda evitar en la medida de lo posible confusiones al regresar el medicamento reintegrado a su área de almacenamiento y que esta situación no conduzca a que se le entregue a un paciente un tratamiento que no le fue prescrito que, al final, todo esto sumaría a generar desconfianza e insatisfacción en el servicio de farmacia.

Tabla 21. Percepción de los farmacéuticos del HWAT sobre el empaque de medicamentos en el servicio de farmacia.

Farmacéutico	Opinión
F1	<p>“Se desperdicia mucho las bolsas plásticas y etiquetas, siempre se desechan en la basura común, dentro del servicio no hay políticas de reciclaje, algunas veces las etiquetas se reutilizan, en el caso de las bolsas no pueden reutilizarse ya que el nuevo sistema genera una etiqueta extra que se le pega a la bolsa. Antes dependiendo de la persona encargada de los reintegros podían reutilizarse, pero ahora es más difícil. Sería importante utilizar bolsas de papel, para no utilizar tanto plástico.”</p>
F2	<p>“Para lo que son cajas, cartón y cartulina grande si había un programa de reciclaje, los demás materiales que se mantienen en buen estado y que han permanecido dentro de la farmacia, se busca como reutilizarlos, sino es posible se desecha. El cambio de bolsas de plástico a bolsas de papel es un piloto que tiene la coordinación, ellos determinan el impacto de este cambio. Quiere realizarse una compra central a nivel de toda la CCSS, el problema del hospital es que actualmente está bajo un contrato con una empresa local de bolsas.”</p>

F3	<p>“Siempre se buscan reutilizar las etiquetas blancas y las cajas grandes se reciclan, las bolsas plásticas se desechan en la basura. Actualmente con la implementación de la receta digital, esta genera una etiqueta con un número consecutivo que se adhiere a la bolsa de medicamentos y en casos de reintegro no es posible reutilizarla.</p> <p>Sería importante desde el punto de vista ecológico, implementar un programa de reciclaje y separación de residuos, y las bolsas solamente deberían utilizarse cuando se empaca más de un medicamento, ya que es un desperdicio de recurso.”</p>
-----------	--

Nota: Elaboración propia, 2019.

La Tabla 21 muestra la percepción que tienen los tres farmacéuticos que laboran en el HWAT sobre los materiales de empaque de los medicamentos. Como se observa, todos concuerdan con que actualmente no existe una política de reciclaje dentro del servicio; sin embargo, el F2 y F3 menciona que materiales como cajas, cartones grandes se reciclan, pero este proceso no parece ser muy conocido por el personal. Por otra parte, las bolsas y etiquetas que no puedan ser reutilizados se desechan como basura común.

El F1 y F3 creen que, con la llegada de la receta digital, se genera una etiqueta extra con el número de receta y datos del paciente que se adhieren a una bolsa adicional que contiene los medicamentos, haciendo imposible reutilizar dicha bolsa, por lo que existe mucho desperdicio de este material en el servicio.

El F1 considera importante reducir el consumo de plástico, dejando en manifiesto que una buena opción sería sustituir las bolsas de ese material por otras de papel. El F3 refleja la importancia de implementar un programa de reciclaje y separación de residuos, además de utilizar bolsas plásticas solo en caso necesario.

Tal y como lo resalta el F2, la sustitución del plástico por bolsas de papel es un piloto que maneja la coordinación, entonces, depende de ellos medir los resultados de este plan, para aplicarlo al 100 % de los servicios de farmacia de la CCSS. Realizar un cambio inmediato en el hospital es complicado porque la compra de este insumo se manejó por contrato con una empresa local, por lo que la parte administrativa del servicio deberá coordinar cuando el contrato venza si es factible realizar el cambio.

Como parte de esta investigación, se realiza de manera aproximada un conteo de la cantidad bolsas plásticas de acuerdo con el total de medicamentos no retirados, tomando en cuenta la forma farmacéutica de cada uno de los 9102 fármacos reintegrados. Como resultado, se obtuvo que

aproximadamente un total de 12 658 bolsas plásticas para el 2017, las cuales no fueron reutilizadas en su totalidad.

Los desechos que se generan dentro de las actividades sanitarias corresponden en su mayoría a un 85% a desechos comunes no peligrosos, según el informe de la Organización Mundial de la Salud (2018), dentro de esos desechos comunes se encuentra el plástico. El tratamiento inadecuado de estos residuos puede generar un impacto ambiental y riesgos indirectos en la salud de las personas, llegando incluso a depositarse en ríos, mares y suelos.

El informe de Green Peace (2016) afirma que la degradación completa de este material toma alrededor de 55 años. Cerca del 80 % de los fragmentos de plástico depositado en mares y océanos provienen de los desechos generados en tierra y se estima que un total de 5 a 50 billones de fragmentos contaminan estas zonas. De acuerdo con Royte (2018), se han encontrado micropartículas de plásticos en los intestinos de más de cien especies acuáticas de agua dulce y salada y más de la mitad de estas forman parte de la dieta habitual de las personas.

Si bien el plástico, al ser un material de fácil uso y económico, ha llegado a convertirse en una buena opción para que sea utilizado en diferentes procesos, por ejemplo, en el empaque de los medicamentos en los servicios de salud, es importante tomar en cuenta las observaciones hechas con respecto a este material, ya que ha quedado en evidencia que existe una gran cantidad de micropartículas no solo en el agua, sino también en animales que son fuentes de alimento para las personas, pudiendo afectar su salud a corto o largo plazo. Por esta razón, es de suma importancia eliminar o, bien, reducir lo máximo posible el uso de bolsas plásticas de un solo uso y buscar otras alternativas más amigables con el ambiente.

Cuarta parte. Formulación de una propuesta de mejora al servicio de farmacia del HWAT de Turrialba.

En esta última sección se presenta el diseño de una propuesta de mejora para servicio de farmacia del Hospital William Allen Taylor de Turrialba, la cual se fundamenta en los aspectos teóricos importantes y resultados obtenidos, como las variables relacionadas con el no retiro de medicamentos y las debilidades determinadas en la entrevista realizada a tres farmacéuticos que laboran en este servicio, dando así respuesta al tercer objetivo planteado en la investigación.

Es importante realizar capacitaciones a todo el personal del servicio de farmacia del HWAT de forma regular. Este aspecto ha sido recalcado como una necesidad por parte de los farmacéuticos entrevistados, especialmente en temas sobre empatía y buen trato a los usuarios, buen desempeño en las labores diarias y la manipulación de medicamentos, ya que, como lo resaltan Ibarra y Morillo (2017), una deficiencia en la preparación y capacitación del personal de los servicios de salud, sumado a un ineficaz despacho de medicamentos se relaciona con bajos índices en la adherencia, ya que esto genera desconfianza en el servicio.

En relación con esto, Wilkinson y Marmot (2003) señalan que cuando a los trabajadores no se les brindan oportunidades de superación para que desarrollen adecuadamente sus habilidades, con lleva a que se manifieste una actitud negativa hacia las labores propias de cada puesto, que además de afectar la salud del trabajador, conduce a un mal desempeño afectando la calidad de la atención que se le brinda a las personas.

Como se menciona en el Manual Descriptivo de puestos de la CCSS y de acuerdo con la opinión expresada por farmacéuticos, la jefatura del servicio debe hacerse responsable de la organización, asignación y supervisión de las tareas adjudicadas a todo el personal, con el fin de garantizar un buen desempeño de este. Por este motivo, es fundamental que los regentes farmacéuticos estén atentos al cumplimiento de cada actividad y mediante evaluaciones pueda determinar las debilidades y convertirlas en fortalezas. (Caja Costarricense del Seguro Social, 2018)

Otro aspecto que debe tomarse en cuenta es disminuir los tiempos de espera a través de una adecuada redistribución del espacio físico e inmobiliario para mejorar el flujo de la receta por cada una de las áreas que conforman la farmacia desde la recepción hasta el retiro de los medicamentos por parte de los pacientes, como se ha logrado en distintos hospitales y centros a nivel nacional, según los autores Coto (2013), Henry (2014) y, a nivel internacional, en México, por García y León (2014), y más recientemente, en Chile por el Hospital Clínico Félix Bulne (2017).

Debe señalarse que, según los autores mencionados, el tiempo de preparación de la receta médica se ha reducido incluso a más de la mitad mejorando la satisfacción y percepción del paciente sobre el servicio. Asimismo, así como lo mencionan Wilkinson y Marmot (2003), al mejorar las condiciones laborales de los trabajadores se incrementará la capacidad productiva, por

tanto, debe tomarse en cuenta que el lugar de trabajo este diseñado bajo principios ergonómicos y de seguridad.

De igual manera, como lo mencionan los autores Castro (2009), Barrantes (2013) y Martín, Grau y Espinosa (2014), la información que se brinde a los usuarios es un factor muy importante que se relaciona no solo con la satisfacción de las personas, sino también con el abandono del tratamiento, como lo resaltan los farmacéuticos entrevistados es esencial que se brinde información sobre temas, como la importancia del retiro y uso racional de los medicamentos y sobre la parte operativa del nuevo sistema de receta digital, esto debido a que actualmente no se cuenta con ningún tipo de material informativo sobre estos temas.

La tecnología es un instrumento al cual puede utilizarse para ayudar fomentar en los pacientes una actitud adherente, como lo destacan Liu y otros (2015), Thakkar y otros (2016) e Ibarra y Morillo (2017), el uso de estas técnicas duplica las probabilidades de que el paciente se adhiera a su medicación, principalmente en aquel de mediana edad con enfermedades crónicas; por tanto, estos autores concuerdan con utilizar herramientas tecnológicas, por ejemplo, la mensajería de texto.

Por último, es importante disminuir o, en la medida de lo posible, eliminar el consumo de plástico y aprovechar otros materiales de empaque más amigables con el medio ambiente, como bolsas de papel o plástico biodegradable. Como lo menciona la OMS (2018), el uso inadecuado y excesivo del plástico puede traer como consecuencia un impacto ambiental negativo y afectaciones indirectas en la salud.

Según lo refuerza el informe de Green Peace (2016) y Royte (2018), los fragmentos que se han sido depositados en mares, océanos y ríos en su mayoría provienen de desechos generados en tierra, actualmente se han encontrado una alta cantidad de micropartículas de plástico tanto en aguas embotelladas como en especies marinas que son consumidos en la dieta de muchas personas alrededor del mundo.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En este capítulo se presentan las conclusiones y recomendaciones de esta investigación, las cuales se elaboraron a partir de los resultados obtenidos con la base de datos sobre los medicamentos no retirados en el servicio de farmacia del Hospital William Allen Taylor de Turrialba, durante el 2017. Ello, mediante la prueba del chi cuadrado y a la entrevista a profesionales farmacéuticos sobre las fortalezas y debilidades de este servicio.

Conclusiones

Gracias a esta investigación se ha podido obtener una visión más amplia sobre la problemática del no retiro de los medicamentos, se determinó, mediante la prueba estadística del chi cuadrado, que las variables propias de los usuarios como género, grupo etario, escolaridad y zona de residencia se encuentran relacionadas con el no retiro de los medicamentos en el HWAT de Turrialba. El servicio donde se generan las recetas y la especialidad del médico prescriptor son dos variables que, de igual manera, influyen en el no retiro de los medicamentos por los usuarios.

Además de las características propias de cada paciente, una situación que agrava esta problemática es el sistema de salud como tal, en este caso, en el servicio de farmacia del HWAT de Turrialba los tiempos de espera son un factor que afecta de forma negativa el retiro de los medicamentos por parte de los usuarios, a su vez variables como la capacitación del personal, la distribución del mobiliario y la actitud del personal a la hora de llevar a cabo las labores diarias, influyen en los tiempos de preparación y entrega de los tratamientos.

Con el desarrollo de este estudio también se ha determinado que otro factor influyente en esta problemática es la acumulación de fármacos en el hogar, lo que, a su vez, evidencia un uso irracional de los medicamentos, lo cual conduce a que los pacientes decidan no retirar su tratamiento al considerar que no lo necesitan; de igual forma, los tiempos de espera que se establecen en la farmacia para la preparación y entrega de los fármacos son un factor muy importante a tomar en cuenta.

A continuación, se establecen las conclusiones de manera específica para cada objetivo obtenidas en la investigación. Para el primer objetivo, se procede a plantear la comprobación de las hipótesis con los datos obtenidos con la prueba del chi cuadrado, en la siguiente Tabla 22:

Tabla 22. Tabla de comprobación de hipótesis.

Hipótesis	Aceptada	Rechazada
Existe relación entre la categoría de medicamentos que no son retirados y el servicio donde es recetado.	X	
La especialidad del médico es un factor influyente para que el paciente no retire un medicamento de una categoría en especial.	X	
El género de la población establecida determina que categoría de medicamentos no es retirada por los pacientes.	X	
El no retiro de un medicamento de alguna de las categorías analizadas en el Hospital William Allen Taylor es influenciado por el grupo etario de los pacientes.	X	
El no retiro de medicamentos de alguna de las categorías en análisis depende de la zona donde vive.	X	
El no retiro de medicamentos de alguna categoría en especial depende de la escolaridad que tenga cada paciente.	X	

Nota: Elaboración propia, 2019.

Los medicamentos menos retirados por los usuarios del servicio de farmacia del HWAT de Turrialba durante el 2017 son los antiinflamatorios no esteroideos y analgésicos no narcóticos, debido a que una de las principales causas por la que los usuarios consultan es para recibir una incapacidad laboral, sumado a esto son medicamentos de fácil acceso y bajo costo que en muchas ocasiones mantienen almacenados en sus hogares.

Existe relación entre el no retiro de medicamentos y la especialidad del médico y el servicio donde se prescriben las recetas. Los médicos generales son los principales prescriptores de las recetas de medicamentos que no se retiran, en mayor medida, en el servicio de emergencias del HWAT, debido a que son quienes brindan atención en este servicio. Dicha situación refleja el uso irracional que se le da al servicio de urgencias por parte de las personas, por desconocimiento del verdadero objetivo de este, lo que genera saturación y atraso a otros usuarios.

El género determina el no retiro de medicamentos, la población femenina es la que con mayor frecuencia visita los centros de salud y hace uso de los servicios ofrecidos por la CCSS, esto debido a su papel de cuidadora de la salud propia y familiar, a pesar de esto, ese sector de la población se caracteriza por presentar cifras más altas en cuanto al no retiro de la medicación prescrita, debido principalmente a la acumulación en el hogar y a los tiempos de espera.

El no retiro de los medicamentos está relacionado con el grupo etario al que pertenece el usuario. La población adulta de 31 a 64 años es la que presenta más problemas al retirar la medicación en el servicio de farmacia del Hospital William Allen Taylor de Turrialba, debido a que generalmente posee una menor disponibilidad de tiempo por motivos laborales y por no presentar una cultura adherente a la medicación prescrita por una falta de interés en su salud.

La zona de residencia del usuario influye en el no retiro de los medicamentos: las personas que viven en las zonas más cercanas al hospital, por lo que no debería existir una razón de peso que afecte el retiro, como la dificultad de transporte, esto refleja que los usuarios tienen más interés por recibir una consulta médica que por retirar y administrar los medicamentos.

La escolaridad es un factor determinante en el no retiro de los medicamentos. Gran parte de la problemática se presenta en los pacientes con baja grado de formación, ya que afecta la adherencia al tratamiento, porque se dificulta la comprensión de la importancia de la correcta administración de su medicación, esta variable no solo afecta la salud de la persona sino también la de quienes la rodean.

En el servicio de farmacia del HWAT de Turrialba la actitud del personal es un factor que influye en el tiempo de preparación de las recetas, situación que podría generar insatisfacción en los usuarios, esto, debido a que no todo el personal realiza sus labores bajo principios de esmero y esfuerzo. De tal manera, el farmacéutico es el responsable de supervisar y garantizar la eficiencia del cumplimiento de las labores del personal que tiene a su cargo.

El personal del servicio de farmacia del HWAT de Turrialba no recibe capacitaciones de manera regular, sino que muchos de los conocimientos que necesitan son adquiridos por la rutina del trabajo diario, lo que afecta los tiempos de espera, porque no todo el personal está adecuadamente capacitado o no tienen la formación necesaria para desempeñarse en todas las áreas de forma eficiente.

La distribución organizacional del mobiliario y las diferentes áreas en el servicio de farmacia del Hospital William Allen Taylor de Turrialba no es la más adecuada en cuanto a productividad, una buena organización estructural del servicio permitiría reducir los tiempos de preparación de la receta, aumentando la efectividad y fluidez de dicho proceso.

El trato del personal del servicio de farmacia del HWAT se considera bueno, con excepción de algunos funcionarios que muestran una actitud descortés al relacionarse con el paciente. Esta situación afecta de manera negativa la confianza y satisfacción del usuario con el ese servicio, porque la falta de empatía y la descortesía que caracteriza a algunos funcionarios conduce a que aquel no se sienta motivado a retirar su medicación.

Los usuarios del servicio de farmacia del Hospital William Allen Taylor de Turrialba siempre son informados acerca del tiempo que tardará la preparación de la medicación. Sin embargo, actualmente existe una deficiencia de conocimientos sobre el funcionamiento del nuevo sistema digital por parte de los usuarios y el personal que labora en otros servicios.

A los usuarios del servicio de farmacia del HWAT de Turrialba no se les proporciona material informativo acerca de la importancia del retiro del tratamiento farmacológico, sino solo sobre los temas propuestos por la coordinación de la CCSS y algunos medicamentos, además de que no se aprovechan los recursos tecnológicos propios del servicio para brindar información importante acerca de este tema.

Dos de los principales factores que se relacionan con el no retiro de los tratamientos en el servicio de farmacia del HWAT de Turrialba son la acumulación de medicamentos en el hogar y el tiempo de espera para hacer el retiro de los fármacos prescritos. Estas situaciones dejan en manifiesto una deficiencia en la adherencia al tratamiento por parte de los pacientes.

Las condiciones de temperatura dentro del servicio de farmacia del HWAT son las adecuadas, sin embargo, dos factores que generan pérdidas de medicamentos por daño son la mala manipulación por parte de algunos funcionarios, sumado el poco espacio disponible en los estantes donde se almacenan los medicamentos ya preparados en el área de ventanilla. Esto se traduce en una pérdida económica y también en la calidad del medicamento.

En el servicio de farmacia del HWAT de Turrialba la similitud visual en los empaques primarios y secundarios de los medicamentos sumado al descuido por parte del personal durante el proceso de reintegro son factores que generan errores en el almacenamiento y posterior despacho de los medicamentos, ocasionando una percepción negativa del servicio de farmacia y desconfianza por parte de los usuarios.

Las bolsas de plástico son uno de los insumos que mayormente se utilizan en el servicio de farmacia del Hospital William Allen Taylor de Turrialba y como producto de la actividad diaria se generan una gran cantidad de desechos de plástico, especialmente en el proceso de reintegro, los cuales actualmente son eliminados con la basura común, ya que no se cuenta con ninguna política de reciclaje para este material.

Recomendaciones

La CCSS debe implementar mejoras en el sistema de receta digital que permitan anotar en el expediente de cada paciente si realiza el retiro de su medicación o, por el contrario, presenta problemas en cuanto al no retiro del tratamiento prescrito, para que los profesionales en salud como médicos y farmacéuticos puedan intervenir y abordar estos casos, especialmente los reincidentes.

Es fundamental que la CCSS extienda los horarios de atención y el número de consultas que se llevan a cabo en el primer nivel de atención, con el propósito de disminuir la saturación de los servicios de otros niveles superiores. Además, debe recalcar de forma periódica el verdadero objetivo del servicio de urgencias, por diferentes medios informativos en todos los centros de salud del país que conforman esta institución.

El personal del servicio de emergencias del HWAT de Turrialba, en particular los médicos generales, deben educar de forma práctica y eficiente a sus pacientes sobre la importancia del retiro y la correcta administración de los medicamentos prescritos, ya que son el primer contacto que tiene el usuario con la atención de salud en la CCSS, con el fin de garantizar un aumento en la adherencia de estos.

El gobierno de Costa Rica debe priorizar medidas que garanticen un acceso en igualdad de condiciones a la educación, con lo cual aumentará el éxito educativo de la población costarricense con el fin de asegurar una buena salud pública. Por su parte, la CCSS debe fomentar la realización de giras a zonas donde se presenten problemas de bajo cumplimiento farmacológico o con marcados problemas de salud.

Se recomienda a la jefatura del servicio de farmacia del Hospital William Allen Taylor de Turrialba que identifique el personal que no cumpla con sus funciones de forma eficaz y con dedicación, con el objetivo de comunicarle de la manera más adecuada sus fortalezas y debilidades en cuanto a la realización de sus labores.

La CCSS debe garantizar la capacitación regular de su recurso humano sobre las funciones requeridas principalmente en el servicio de farmacia que abarque todo el personal que labore en condición de plaza o interino. De igual forma, la jefatura del servicio de farmacia del HWAT debe organizar y aplicar de forma interna charlas o actividades que ayuden a preparar más al personal

en las áreas donde presentan más deficiencia, con el objetivo de agilizar los tiempos de preparación de las recetas.

El servicio de farmacia del Hospital William Allen Taylor de Turrialba debe realizar modificaciones en cuanto a su mobiliario y la distribución de los espacios, para procurar mantener un proceso de recepción, digitación, preparación y entrega más lineal, evitando que el personal se vea afectado por temas de espacio en momentos donde haya más volumen de trabajadores y de labores.

Las universidades que forman profesionales en Ciencias de la Salud deben incluir dentro de su formación talleres o cursos que estén dirigidos a fomentar habilidades blandas que permitan alcanzar un desarrollo profesional exitoso. Asimismo, la CCSS debe brindar de forma frecuente este tipo de talleres a todo su personal, tanto en condición de interino o en plaza, para que sea capaz de abordar y resolver las diferentes situaciones relacionadas con la atención a los usuarios.

Las jefaturas de todos los servicios HWAT deben prestar atención al usuario para reforzar mediante capacitaciones el conocimiento del recurso humano sobre el adecuado funcionamiento del sistema digital, para que, de esta forma, se instruya al usuario sobre los pasos correctos que deben seguir para completar satisfactoriamente el ciclo de atención; de la misma manera, hay que elaborar y colocar material de apoyo sobre este tema en lugares estratégicos.

El servicio de farmacia del Hospital William Allen Taylor de Turrialba debe diseñar y poner a disposición de los usuarios material informativo tomando en cuenta diferentes métodos de aprendizaje, para asegurar que una gran parte de la población conozca acerca de la importancia del retiro de la medicación para el beneficio propio y de la comunidad.

Los farmacéuticos del HWAT deben investigar más a fondo las causas que motivan a los pacientes a no retirar la medicación e implementar medidas eficaces que permitan mejorar la adherencia al tratamiento de los usuarios, además de extender los horarios de atención farmacéutica, incluyendo fines de semana, para captar un mayor porcentaje de la totalidad de personas adscritas al hospital.

Concientizar a todos los funcionarios del servicio de farmacia sobre la correcta manipulación de los medicamentos por medio de pequeñas capacitaciones regulares, con el fin de evitar el daño o pérdida de estos, debido a esta situación, además, debe adquirir estantería más

amplia de acuerdo con el volumen de producción de la farmacia, esta situación debe ser tomada en cuenta por la jefatura de dicho servicio.

Es fundamental que la CCSS les solicite a sus proveedores que los medicamentos que le proporcionen tengan empaques visualmente diferentes para evitar en mayor medida los errores cometidos por el factor humano en los procesos de reintegro y despacho de los medicamentos y, así, evitar afectar la seguridad y salud de los usuarios.

La jefatura del servicio de farmacia del HWAT debe tomar todas las medidas necesarias para priorizar el cambio de bolsas de material plástico a papel o, en su defecto, de plástico biodegradables más amigables con el ambiente, además de concientizar al personal sobre el problema de la contaminación ambiental que ocurre con el desperdicio de recursos producto de las actividades diarias, al mismo tiempo que implemente campañas de separación y reciclaje de estos residuos en conjunto con la Municipalidad del cantón.

A los futuros investigadores, se les recomienda analizar más detalladamente las causas que conducen a los usuarios de diferentes comunidades a no retirar su medicación, tomando en cuentas las diferentes variables sociales que caracterizan a cada zona.

Además, se sugiere continuar con la presente investigación para conocer el tipo de relación que existe con respecto a las variables propuestas y el no retiro de medicamentos para crear herramientas más eficaces que ayuden a mejorar el cumplimiento de la medicación y aumentar la calidad en la atención brindada en los centros de salud que, en conjunto, ayuden a mitigar esta problemática.

Referencias

- Alianza Latinoamericana de Salud Global [ALASAG]. (2013). *Acta de Constitución*. Disponible en:
<http://cebes.org.br/media/File/Acta%20de%20Constituci%F3n%20de%20ALASAG%20COMPLETO.doc>. : Santiago, Chile.
- Arroyo, M. (2014). Caracterización psicosocial del consumo de medicamentos en Costa Rica: Estado de la cuestión. *Revista Reflexiones*, 93(2), 55-65. Recuperado de:
<https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/reflexiones/article/view/17872/17411>
- Barrantes, S. (2013). *Promoción del uso racional de medicamentos mediante la implementación de cápsulas informativas dirigidas a pacientes del Área de Salud Goicoechea 2 durante el 2013*. Trabajo de graduación para optar al grado académico de Licenciatura en Farmacia: San José, Costa Rica.
- Brunton, L., Chabner, B., & Knollmann, B. (2012). *Goodman & Gilman: Las bases farmacológicas de la terapéutica. 12a Edición*. México D.F: Mc Graw Hill.
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2010). *Perfil del Recurso Humano CCSS. Dirección de Administración y Gestión de Personal*. San José, Costa Rica. Recuperado de:
onarhus.ministeriodesalud.go.cr/sites/observatorio_cr/files/.../ORHS_CCSS_2010.ppt
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2013). *Manual Institucional de Normas para el Almacenamiento, Conservación y Distribución de Medicamentos*. Recuperado de:
<http://www.binasss.sa.cr/protocolos/medicamentos.pdf>: San José, Costa Rica.
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2014). *Manual Técnico de Gestión de los Servicios de Farmacia*. San José, Costa Rica.
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2015). *Plan Estratégico Institucional 2015-2018*. San José, Costa Rica. Recuperado de:
<http://repositorio.binasss.sa.cr/xmlui/handle/20.500.11764/639>
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2016). Obtenido de Hospital William Allen Taylor: Recuperado de: <https://www.ccss.sa.cr/hospitales?v=13>

- Caja Costarricense de Seguro Social. (2017). *Memoria Institucional 2017*. San José, Costa Rica.
Recuperado de: <https://www.ccss.sa.cr/cultura#>
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2018). *Manual Descriptivo de Puestos*. San José, Costa Rica.
Recuperado de: <https://rrhh.ccss.sa.cr/portalarh/documentos/manual-puestos.pdf>
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2018). *Memoria Institucional 2017*. San José, Costa Rica.
- Caja Costarricense de Seguro Social. (01 de enero de 2019). *Reseña Histórica: 1940-1969*.
Obtenido de <https://www.ccss.sa.cr/cultura#>
- Casas, D., & Rodríguez, A. (2015). El origen de las especialidades médicas; en búsqueda de un acercamiento a la práctica médica actual. *Revista Médica de la Universidad de Costa Rica*, 9 (1), 1-11. DOI:10.15517/rmu.v9i1.19624
- Castro, M. (2009). *Análisis de la satisfacción de los usuarios externos del servicio de farmacia del área de salud la unión durante agosto del 2007*. Tesis para optar por el grado de Maestría en Administración de Servicios de Salud Sostenible: Universidad Estatal a Distancia, Costa Rica.
- Coto, D. (10 de mayo de 2013). *Hospital del Grecia disminuye tiempos de espera para atención*.
Recuperado de: <https://www.ccss.sa.cr/noticia?hospital-de-grecia-disminuye-tiempos-de-espera-para-atencion>
- Fortune, K. (2015). *Equidad en Salud desde un Enfoque de determinantes sociales: Salud en todas las políticas*. Ciudad de México. p. 5-12. Recuperado: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INTOR/equidad-salud-enfoque-determinantes-sociales.pdf>
- Frenk, J., Gómez, O., & Moon, S. (2014). From sovereignty to solidarity: a renewed concept of global health for an era of complex interdependence. *The Lancet*, 383 (9911) 94-97.
DOI:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62561-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62561-1)
- Gamboa, M. (2017). Estadística aplicada a la investigación educativa. *Revista Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores*, 2 (5), 1-32

- García, E., & León, E. (2014). Satisfacción por tiempo de espera y surtido de recetas del Hospital del Niño en Tabasco. *Calidad y gestión de servicios de salud*, 13(1). p 148-155. DOI: 10.19136/hs.v13i1.57
- González, E. (15 de junio de 2018). *Pacientes dejan miles de medicamentos sin retirar en farmacias de la CSS*. Obtenido de tvn Noticias: https://www.tvn-2.com/nacionales/Pacientes-medicamentos-retirar-farmacias-CSS_0_5054494642.html
- Gonzálvez, P. (15 de marzo de 2018). *La OMS advierte sobre la presencia de plástico en el agua embotellada*. Obtenido de https://www.huffingtonpost.es/2018/03/15/la-oms-advierte-sobre-la-presencia-de-plastico-en-el-agua-embotellada_a_23386427/
- Green Peace. (2016). *Plásticos en los océanos: Datos, comparativas e impactos*. Madrid, España. Recuperado de: https://archivo-es.greenpeace.org/espana/Global/espana/2016/report/plasticos/plasticos_en_los_oceanos_LR.pdf
- Greenland, S., Senn, S., Rothman, K., Carlin, J., Poole, C., Goodman, S., & Altman, D. (2016). Statistical tests, P values, confidence intervals, and power: a guide to misinterpretations. *European Journal of Epidemiology*, 32, 337-350. DOI 10.1007/s10654-016-0149-3
- Guerra , D. L., & López, M. E. (2017). *Evaluación de la calidad en la prescripción de medicamentos antes y después de la implementación de un módulo de prescripción en historias clínicas electrónicas, de pacientes con diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad, durante enero del 2015 a diciembre 2016*. Trabajo de graduación para optar por el grado académico de especialista en medicina familiar y comunitaria. Ecuador: Universidad Católica del Ecuador.
- Henry, R. (31 de octubre de 2014). *Hospital Calderón Guardia reduce tiempos de espera en Servicio de Farmacia*. Recuperado de: <http://edus.ccss.sa.cr/noticia?hospital-calderon-guardia-reduce-tiempos-de-espera-en-servicio-de-farmacia>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación* (6ª ed.). México: McGrawHill.

- Hospital Clínico Félix Bulnes. (04 de septiembre de 2017). *Disminuyen tiempos de espera en farmacia*. Recuperado de: <http://felixbulnes.cl/2017/09/04/disminuyen-tiempos-de-espera-en-farmacia/>
- Ibarra, O., & Morillo, R. (2017). *Lo que debes saber sobre la adherencia al tratamiento*. Badalona, España: Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria (SEFH).
- Instituto de Desarrollo Rural de Costa Rica. (2014). *Informe de Caracterización Integral Básica: Territorio Turrialba-Jimenez*. San José, Costa Rica. Recuperado de: https://www.inder.go.cr/territorios_inder/region_central/caracterizaciones/Caracterizacion-Turrialba-Jimenez.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Censo. (2011). *Censo Nacional 2011 (en línea) INDER*. Consultado el jueves 3 de enero 2019: Disponible en: <http://www.inec.go.cr/empleo/temas-especiales-de-empleo>.
- Instituto Nacional de Estadística y Censo. (2014). *Costa Rica: Indicadores de Educación y de Contexto*. San José, Costa Rica.
- Jiménez, J. (2008). *Análisis de las causas del no retiro de medicamentos por parte de los pacientes ambulatorios crónicos y los costos generados por el reintegro de los medicamentos no retirados, en la Farmacia de Consulta Externa del Hospital Dr. Max Peralta, durante el mes de diciembre 2007 y enero 2008*. Tesis para optar por el grado académico de Licenciatura en Farmacia. Costa Rica: Universidad Internacional de las Américas.
- Jiménez, L. (2006). Prescripciones de medicamentos no retirados por pacientes ambulatorios de una farmacia de hospital de la CCSS, 1998-2002. *Revista Costarricense de Ciencias Medicas*, 27(1-2).
- Jiménez, M., Tapia, A., Riggioni, R., & Coto, E. (2015). *Estadísticas relevantes de Turrialba: Situación del cantón al 2012*. San Jose, Costa Rica: Recuperado de: <http://repositorio.ucr.ac.cr/bitstream/handle/10669/13746/Estad%C3%ADsticas%20relevantes%20de%20Turrialba.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Katzung, B., Masters, S., & Trevor, A. (2013). *Farmacología Básica y Clínica* (12ª edición). México, D.F: McGraw Hill.

- Liu, X., Lewis, J., Zhang, H., Lu, W., Zhang, S., Zheng, G., Fielding, K. (2015). Effectiveness of Electronic Reminders to Improve Medication Adherence in Tuberculosis Patients: A Cluster-Randomised Trial. *PLOS Medicine*, 12 (9), 1-18. doi:10.1371/journal
- López, M. B., Filippetti, V. A., & Richaud, M. C. (2014). Empatía: desde la percepción automática hasta los procesos controlados. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 32 (1), 37-51. doi: dx.doi.org/10.12804/apl32.1.2014.03
- Martín, L. d., Grau, J. A., & Espinosa, A. D. (2014). Marco conceptual para la evaluación y mejora de la adherencia a los tratamientos médicos en enfermedades crónicas. *Revista Cubana de Salud Pública*, 40 (2), 225, 238.
- Martínez, V. (30 de octubre de 2018). Farmacias de la CCSS pretenden brindar una atención más centrada al paciente. Recuperado de: <https://www.elmundo.cr/costa-rica/farmacias-de-la-ccss-pretenden-brindar-una-atencion-mas-centrada-al-paciente/>
- Ministerio de Salud. (31 de diciembre de 2018). *Ministerio de Salud: evolución histórica*. Obtenido de <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/sobre-ministerio/evolucion-historica>
- Ministerio de Salud de Costa Rica. (2011). *Modelo Conceptual y Estratégico de la Rectoría de la Producción Social de la Salud: Marco Estratégico del Ministerio de Salud* (3ª ed.). San José, Costa Rica. Recuperado de: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos/310-modelo-conceptual-y-estrategico-de-la-rectoria-de-la-produccion-social-de-la-salud>
- Municipalidad de Turrialba. (2008). *Reseña Histórica del Hospital William Allen Taylor*. Turrialba, Cartago.
- Municipalidad de Turrialba. (2016). *Breve reseña histórica*. Turrialba, Cartago.
- Núñez, A., Montiel, A., Martín, E., Torres, B., Lara, C., & González, J. (2014). Adherencia al tratamiento en pacientes polimedicados mayores de 65 años con prescripción por principio activo. *Revista de Atención Primaria*, 46(5), 238-245. DOI: 10.1016/j.aprim.2013.10.003
- OPS. (2017). *Salud en las Américas, Resumen: panorama regional y perfiles de país*. Washington D.C. Recuperado de <https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/wp-content/uploads/2017/09/Print-Version-Spanish.pdf>: OPS

- Orellana, D. F., Chacón, K. L., Quizhpi, J. M., & Álvarez, M. E. (2016). Estudio Transversal: Prevalencia de hipertensión arterial, falta de adherencia al tratamiento antihipertensivo y factores asociados en pacientes de los Hospitales José Carrasco Arteaga y Vicente Corral Moscoso. *Revista Médica Hospital José Carrasco Arteaga*, 8(3), 252-258. DOI: 10.14410/2016.8.3.ao.42
- Organización de las Naciones Unidas. (1948). *La Declaración Universal de Derechos Humanos*. París, Francia. Recuperado de: <http://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2011). *Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud*. Río de Janeiro, Brasil: Conferencia Mundial sobre Determinantes Sociales de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2006). Trabajar en pro de la Salud: Presentación de la Organización Mundial de la Salud. 1-21. Disponible en: https://www.who.int/about/brochure_es.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Documentos básicos* (48ª ed.). Recuperado del sitio de internet de: <http://www.who.int/about/mission/es/>.
- Organización Mundial de la Salud. (8 de febrero de 2018). *Desechos de las actividades de atención sanitaria*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/health-care-waste>
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2014). *en pro de la salud: desarrollo sostenible y equidad. Plan Estratégico de la OPS 2014-2019*.
- Organización Panamericana de la Salud y Ministerio de Salud. (2005). *Perfil de sistema de servicios de salud de Costa Rica*. San José, Costa Rica. Recuperado de: https://www.paho.org/cor/index.php?option=com_docman&view=document&layout=default&alias=222-perfil-del-sistema-de-servicios-de-salud-de-costa-rica&category_slug=analisis-de-situacion-de-salud&Itemid=222
- Padilla, L. M. (2015). Medicamentos no retirados, Farmacia Hospital Nacional Psiquiátrico. *Servicios Farmacéuticos*, 1 (3), 7-8.

- Pagés, J. A. (2014). *Salud Global: Un desafío perenne*. Buenos Aires: Universidad ISALUD, 1-12.
- Palomo, P., Grande, L., & Linares, M. (2014). La salud y sus determinantes sociales: Desigualdades y exclusión en la sociedad del siglo XXI. *Revista Internacional de Sociología (RIS)*, 72 (1), 71-91. DOI:10.3989/ris.2013.02.16.
- Perea, C. (13 de junio de 2018). *Aumenta el número de pacientes que no retiran sus medicamentos en la CSS*. Recuperado de: http://www.telemetro.com/nacionales/Aumenta-pacientes-retiran-medicamentos-CSS_0_1144686028.html
- Ramírez, D. (2016). *Determinación del grado de acumulación de medicamentos, manejo y disposición final de los fármacos dispensados por las farmacias de la Caja Costarricense de Seguro Social, según la perspectiva de los habitantes del distrito de Anselmo Llorente de Tibás en el período comprendido entre enero y abril del 2016*. Trabajo de Graduación para optar por el grado de Licenciatura en Farmacia. San José, Costa Rica.
- Ramírez, J. (2017). Procedimiento para la elaboración de un análisis FODA como una herramienta de planeación estratégica en las empresas. *Dspace Repository*, 54-61.
- Rodríguez, A. (2015). *Proceso de atención en el consultorio farmacéutico*. Turrialba, Costa Rica.
- Rodríguez, R. (2013). *Vademécum Académico de Medicamentos*. México D.F: McGraw Hill.
- Rojas, K., & Arce, L. (2015). Adherencia terapéutica y su impacto en la disminución del perfil lipídico de los pacientes atendidos en la modalidad de telemedicina en la Universidad Estatal de Costa Rica. *Research Journal of The Costa Rican Distance Education University*, 7(2), 137-141.
- Royte, E. (21 de junio de 2018). *¿Es el plástico una amenaza para nuestra salud?* Obtenido de National Geographic España: https://www.nationalgeographic.com.es/naturaleza/grandes-reportajes/como-afectan-residuos-plasticos-a-animales_12738/4#slide-3
- Silva, G. (2010). OMS, OPS, DCI y CIE. *El Español, Lengua de traducción para la cooperación y el diálogo*, 203-204. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Ricardo_Munoz_Martin2/publication/280735452_Las_fronteras_reales_de_la_traducccion/links/55c4579208aea2d9bdc1d0a1.pdf

- Solimano, G., & Valdivia, L. (2014). Salud Global en las instituciones académicas latinoamericanas: hacia un desarrollo e identidad propia. *Saúde e Sociedade*, 23 (2), 357-365. DOI 10.1590/S0104-12902014000200001
- Solís, M. (2013). *Mujeres ocupan más los servicios de la CCSS que los hombres*. San José, Costa Rica. Recuperado de: <https://www.ccss.sa.cr/noticia?mujeres-ocupan-mas-los-servicios-de-la-ccss-que-los-hombres#>
- Thakkar, J., Kurup, R., Laba, T., Santo, K., Thiagalingam, A., Rodgers, A., Chow, C. (2016). Mobile Telephone Text Messaging for Medication Adherence in Chronic Disease: A Meta-analysis. *JAMA Internal Medicine*, 176 (3), 340-349. doi:10.1001/jamainternmed.2015.7667
- Vargas, G. (2016). *Manual de Procedimientos del Servicio de Farmacia*. Turrialba, Cartago, Costa Rica.
- Vega, E. (2015). La Atención Farmacéutica como eje esencial de la gestión de Servicios Farmacéuticos basados en Atención Primaria de Salud: un compromiso en ejecución en la Caja Costarricense de Seguro Social. *Servicios Farmacéuticos CCSS*, 1(3), 2-4.
- Villar, E. (2015). *Equidad en Salud desde un Efoque de determinantes sociales: Equidad y determinantes sociales de la Salud*. Ciudad de México. p. 1-88. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INTOR/equidad-salud-enfoque-determinantes-sociales.pdf>
- Wilkinson, R., & Marmot, M. (2003). *Social determinants of health: the solid facts*. Copenhagen. Recuperado de: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/98438/e81384.pdf
- Wittingham, O. (2008). *Errores de medicación en el proceso de despacho de medicamentos del Servicio de Farmacia del Hospital Nacional de Geriátría y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes: Como prevenirlos*. Tesis para optar por el grado académico de especialidad en Administración de Servicio de Salud. Costa Rica: Instituto Centroamericano de Administración Pública.
- World Health Organization. (2014). *Basic Documents* (48a ed.): 1-3. Disponible en: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-en.pdf#page=1>

World Health Organization. (2017). *WHO Model List of Essential Medicines. 20th list.* 1-62.

Disponibile

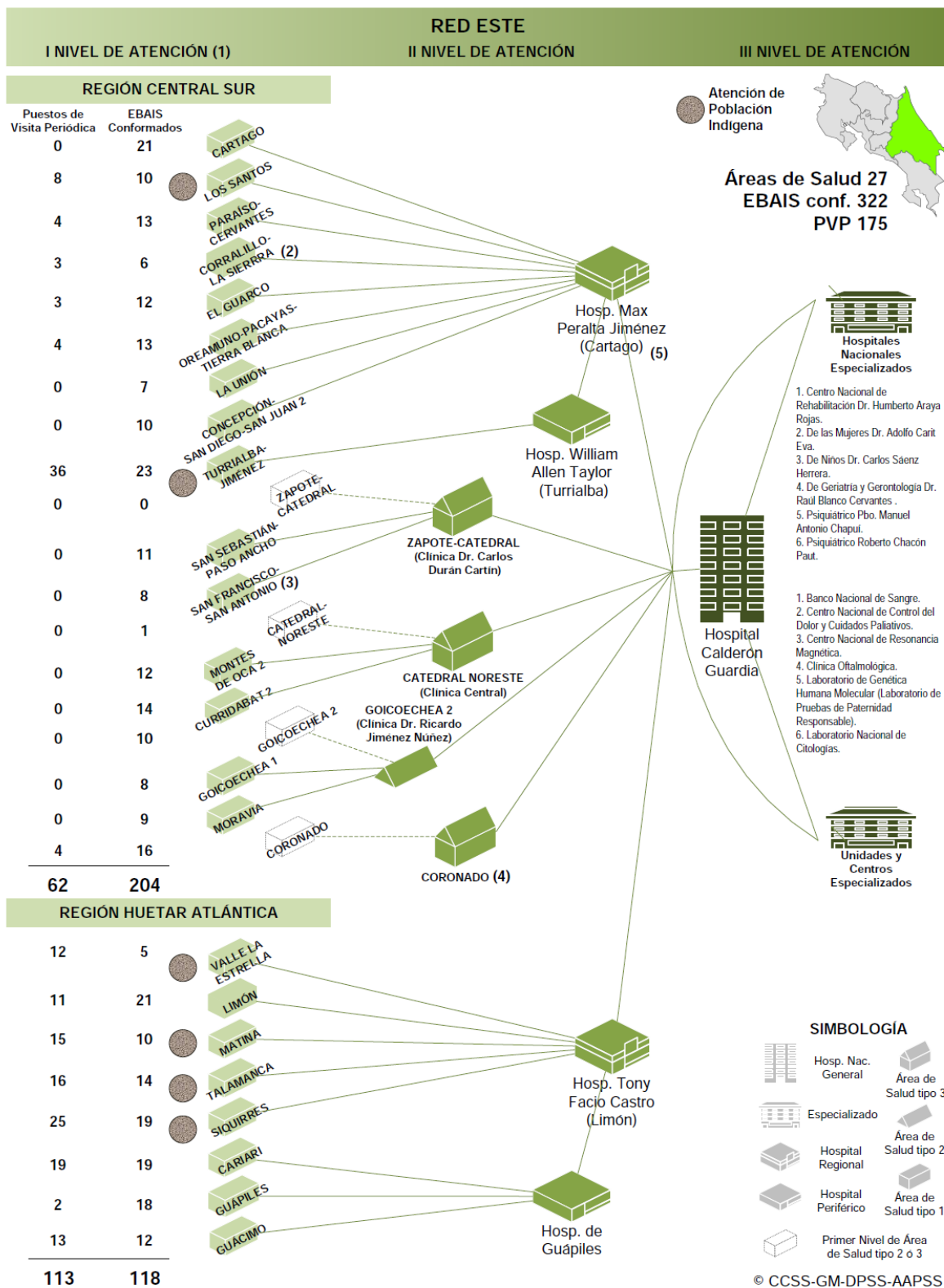
en:

https://www.who.int/medicines/publications/essentialmedicines/20th_EML2017.pdf?ua=

1

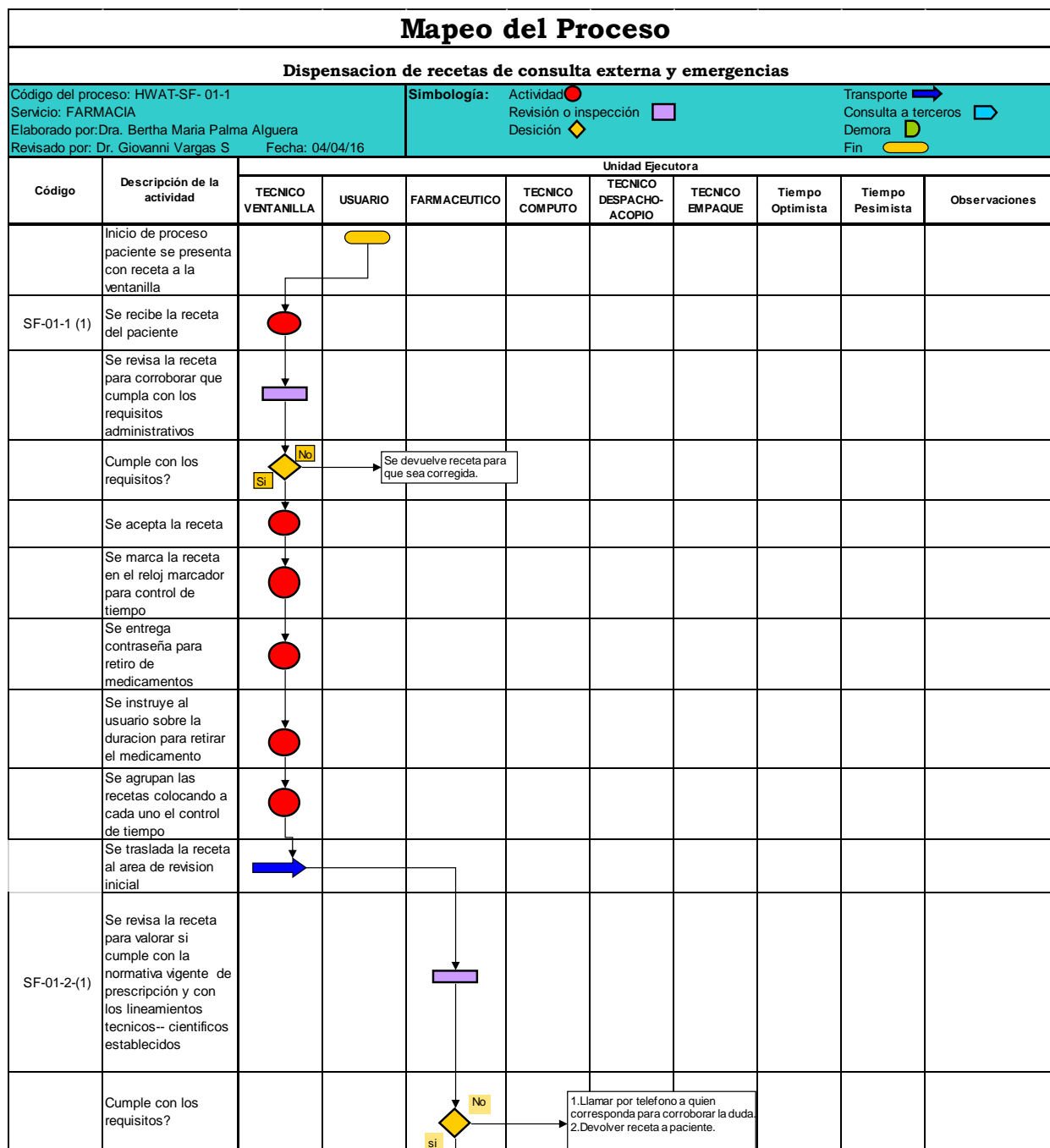
ANEXOS

Anexo 1 Estructura organizacional de la Red Este



Nota: Tomado de (Caja Costarricense del Seguro Social, 2017) p. 18

Anexo 2. Diagrama de flujo para el despacho de recetas en consulta externa.



Continúa en la siguiente página.

Continuación del Anexo 2

	Se autoriza la receta si cumple con la normativa									
	Se agrupan recetas en cantidades de 20.									
	Se trasladan grupos de recetas a computo									En caso de que el farmacéutico tenga que atender otra situación propia de su cargo el encargado de computo traslada las recetas.
SF-01-3-(1)	Se digitan los datos del paciente en SIFA, revisa perfil y revaja de inventario los productos prescritos para generar las etiquetas respectivas									En caso de que el sistema no permita digitar la receta el técnico de computo anotara las observaciones del caso al dorso y devuelve la receta al farmacéutico.
	Se traslada la receta junto con las etiquetas al area de acopio-despacho.									
SF-01-4-(1)	Preparacion de receta									
SF-01-04-(1)	Revisión Final de la receta									
SF-01-6	Empaque de medicamentos									
	Traslado de los medicamentos con su receta a ventanilla									
	Se recibe la contraseña y los documentos del usuario para buscar sus medicamentos en los estantes									
	Se entrega los medicamentos									
	Se archivan las recetas									
	Fin de proceso									

Nota: Tomado de (Vargas , 2016) p. 72-73

Anexo 3. Cuestionario piloto sobre la percepción del profesional farmacéutico sobre las fortalezas y debilidades del servicio de farmacia del Hospital William Allen Taylor.

Este cuestionario forma parte del proceso investigativo para optar por el grado de Licenciatura en Farmacia de la Universidad Internacional de las Américas por la estudiante Ericka Sánchez Chavarría, cédula 1 1412 0482, con la finalidad de conocer la percepción de los farmacéuticos que laboran en el servicio de farmacia del Hospital William Allen Taylor sobre las fortalezas y debilidades del proceso de recepción de recetas y despacho de medicamentos que pueden influir en que los pacientes no hagan el retiro oportuno de su medicación.

La entrevista realizada será grabada con el objetivo de facilitar la posterior traducción de esta, toda la información consignada en esta entrevista será utilizada únicamente con fines investigativos y los resultados se presentarán de forma general. Para mantener el principio ético de confidencialidad los participantes de esta actividad, por lo que no serán identificados por sus nombres sino por un código (F1, F2 y F3) para dar garantía de que su participación es anónima.

Variables de estudio: Tiempo de espera, empatía del trabajador con el usuario, información proporcionada a los pacientes sobre el tiempo para el retiro de la medicación, afiches informativos en el servicio, condiciones de almacenamiento, empaque de medicamentos.

Empaque de los medicamentos

		Observaciones		
		Farmacéutico 1	Farmacéutico 2	Farmacéutico 3
P1	Basado en su experiencia, ¿los tiempos de espera asignados para que se cumpla el proceso de preparación y entrega de la receta médica es el adecuado, existe la posibilidad de disminuir estos tiempos y como podría llevarse acabo de acuerdo con la capacidad del personal?	Debería especificarse para quien es adecuado el tiempo de espera asignado, si para el farmacéutico, paciente, personal da farmacia.	Los tiempos de espera pueden variar según el volumen por lo que debe contemplarse en la pregunta.	

P2	Según su experiencia, ¿la capacitación y cantidad de personal con el que cuenta el servicio de farmacia del hospital es el adecuado para cumplir con las labores diarias en el despacho de medicamentos? Mencione algunas ventajas y desventajas acerca de este tema.		Quizá es mejor indagar cuál es la capacitación y en qué aspectos puede mejorarse.	
P3	¿Existe algún tipo de protocolo que se aplique en casos especiales (adultos mayores, dificultad de transporte, zona de residencia alejada, entre otros) que dificulten al paciente a cumplir con el tiempo de espera previsto para el retiro de su medicación, de existir en que consiste, de no existir considera importante y viable que se implemente?	No es una pregunta muy clara ya que causa confusión hacia quien va dirigida la pregunta si al farmacéutico al paciente	Considero que es mejor preguntar por las preferencias para el despacho y entrega cuales son	
P4	¿Cómo considera usted que es el trato del personal que labora en el servicio (técnicos y farmacéuticos) con los pacientes a la hora de acercarse al área de ventanillas?	Es una pregunta cerrada, puede responderse con bueno, regular, excelente etc.		
P5	¿Explique ampliamente en que aspectos considera debe mejorar el personal que labora en la farmacia para brindar una atención de calidad a los pacientes?	Se debe especificar más en el caso de una atención de calidad en que, ya que puede ser en atención farmaceutica, despacho, resolución de dudas, etc.		

P6	Según su experiencia laboral ¿se les brinda a los pacientes la información necesaria por parte del personal que labora en el área de ventanilla, para que tengan conocimiento del tiempo que tienen para hacer el retiro de su medicación considera usted que esto puede estar implicado en que no retiren su medicación?			
P7	Describa brevemente la infografía con que cuenta el servicio (brochures, afiches, videos informativos, entre otros) sobre información importante como: la importancia del retiro de la medicación, tiempo de espera para la entrega de medicamentos, horario para la entrega y retiro de recetas, ¿qué opciones considera son adecuadas para brindar esta información?	No es una pregunta muy clara, debería especificarse el tipo de infografía en dependencia del tema que se desea conocer. Especificar también cual servicio es el que se está indagando. Se puede agregar sobre las consecuencias que conlleva el no retiro de medicamentos.		
P8	¿Considera usted importante conocer cuáles son los motivos que conllevan al no retiro de los medicamentos por parte de los pacientes y que beneficios implicaría conocer dichos datos?			Pregunta 8 y 9 puede ser repetitiva. En general algunas preguntas son muy extensas, podrían dividirse para que facilite

				más la entrevista.
P9	Basado en su experiencia como farmacéutico del Hospital William Allen Taylor ¿Cuáles factores pueden influenciar en que los medicamentos no sean retirados oportunamente por los pacientes?		Es repetitiva a la P8	
P10	¿En cuanto al almacenamiento de los medicamentos en el área de ventanillas, considera usted que estos se mantienen en las condiciones adecuadas y además son manipulados por el personal cuidadosamente a la hora de ser reintegrados para evitar pérdida por daño de este, describa brevemente algunas ventajas y desventajas del proceso de almacenamiento y reintegro de medicamentos?			
P11	¿Cómo se maneja los desechos producto del trabajo diario en la farmacia como las bolsas plásticas y cajas? ¿Existe alguna política de reciclaje para bolsas plásticas de un solo uso, producto del proceso de reintegro de los medicamentos que no son retirados por los pacientes, ante una repuesta negativa, considera importante que se implementen?	Con respecto a la primera pregunta sobre como es el manejo de esos desechos podría omitirse ya que es evidente que el misceláneo es el encargado de ese manejo.		

Anexo 4. Cuestionario sobre la percepción del profesional farmacéutico sobre las fortalezas y debilidades del servicio de farmacia.

Este cuestionario realizado por la estudiante Ericka Sánchez Chavarría forma parte del proceso investigativo para optar por el grado de Licenciatura en Farmacia de la Universidad Internacional de las Américas, con la finalidad de conocer la percepción de los farmacéuticos que laboran en el servicio de farmacia del Hospital William Allen Taylor sobre las fortalezas y debilidades del proceso de recepción de recetas y despacho de medicamentos que pueden influir en que los pacientes no hagan el retiro oportuno de su medicación.

La entrevista realizada será grabada con el objetivo de facilitar la posterior traducción de esta, toda la información consignada en esta entrevista será utilizada únicamente con fines investigativos y los resultados se presentarán de forma general. Para mantener el principio ético de confidencialidad los participantes de esta actividad, por lo que no serán identificados por sus nombres sino por un código para dar garantía de que su participación es anónima.

Variables: Tiempo de espera, empatía del trabajador con el usuario, información proporcionada a los pacientes sobre el tiempo para el retiro de la medicación, afiches informativos en el servicio, condiciones de almacenamiento, empaque de medicamentos.

GUIA DE PREGUNTAS

1. Basado en su experiencia, ¿los tiempos de espera asignados para que se cumpla el proceso de preparación y entrega de la receta médica es el adecuado para el paciente, especialmente en momentos con más volumen de trabajo? ¿De qué manera podría mejorar este proceso de acuerdo con las capacidades del personal?
2. ¿Cuál es la capacitación con la que cuenta el personal del servicio de farmacia (técnicos y farmacéuticos) para cumplir de manera adecuada con las labores de diarias en cuanto al despacho de medicamentos? ¿En qué aspectos podría mejorarse?
3. ¿Existe algún tipo preferencia que se aplique a los pacientes del servicio de farmacia del hospital al momento de la recepción de recetas y despacho de los medicamentos?

- ¿Considera necesario que debe tomarse en cuenta alguna otra condición especial para darle prioridad y por qué motivo?
4. Comente como considera usted que es el trato del personal que labora en el servicio (técnicos y farmacéuticos) hacia los pacientes a la hora de acercarse al área de ventanillas. ¿Qué aspectos considera usted que debe mejorar el personal para brindar una atención de calidad a los pacientes?
 5. Según su experiencia laboral ¿se les brinda a los pacientes la información necesaria por parte del personal que labora en el área de ventanilla, para que tengan conocimiento del tiempo que tienen para hacer el retiro de su medicación? ¿considera usted que esto puede estar implicado en que no retiren su medicación?
 6. Describa brevemente la infografía con que cuenta el servicio (brochures, afiches, videos informativos, entre otros) donde se brinde información sobre: la importancia del retiro de la medicación, tiempo de espera para la entrega de medicamentos, horario para la entrega y retiro de recetas, ¿qué opciones considera son adecuadas para brindar esta información?
 7. Basado en su experiencia como farmacéutico del Hospital William Allen Taylor ¿Cuáles factores o motivos considera que pueden influenciar en que los medicamentos no sean retirados oportunamente por los pacientes, que beneficios implica conocer estos datos?
 8. ¿En cuanto al almacenamiento de los medicamentos en el área de ventanillas, considera usted que estos se mantienen en las condiciones adecuados y además son manipulados por el personal cuidadosamente a la hora de ser reintegrados para evitar pérdida por daño de este, describa brevemente algunas ventajas y desventajas del proceso de almacenamiento y reintegro de medicamentos?
 9. ¿Cómo se maneja los desechos producto del trabajo diario en la farmacia como las bolsas plásticas y cajas? ¿Existe alguna política de reciclaje para bolsas plásticas de un solo uso, producto del proceso de reintegro de los medicamentos no son retirados por los pacientes, ante una respuesta negativa, considera importante que se implementen?

Anexo 5. Respuestas de la entrevista realizada al farmacéutico No.1 (F1) sobre las fortalezas y debilidades del servicio de farmacia del HWAT.

1.-Basado en su experiencia, ¿los tiempos de espera asignados para que se cumpla el proceso de preparación y entrega de la receta médica es el adecuado para el paciente, tomando en cuenta los momentos con más volumen de trabajo?

“Pues, en cuanto a esto influyen muchos factores en el proceso de despacho, incluyen factores tanto desde que reciben en ventanas, digitación, despacho revisión, entonces el proceso debe ir muy bien fluido para que las cosas salgan en un tiempo que sea adecuado, que le sirva al paciente, ya que si no trabajamos para el paciente estamos mal, es decir, a mí me gusta trabajar rápido, me gusta que las cosas no duren. Como le digo hay muchos factores que influyen porque se tiene de la mano a los técnicos, de diferentes técnicos en una sola receta entonces como parte del proceso, el farmacéutico igual, en muchos puntos puede haber factores que van haciendo que el proceso se haga un poco más lento, que se dure más.

En cuanto a si el tiempo es idóneo o no, pues es relativo verdad, los días de trabajo son diferentes, yo no estoy exactamente en el día siempre, solo los fines de semana, yo trabajo solo y mis recetas duran cinco ó diez minutos, pero en el día a veces yo escucho y me sorprende escuchar tiempos tan largos que se le dicen a la gente en ventana, se les dicen tiempos que me parecen muy excesivos, yo entiendo el asunto de que no tener a la gente encima preguntando si las cosas no han salido y todo, entonces ahí digamos es una cuestión donde yo siento que los problemas que se den y lo cuellos de botella que se presenten, la jefatura o las jefaturas que se encuentren en ese momento deberíamos poder tratar de solucionar eso.

Sobre la rotación del personal, yo soy del criterio, hay técnicos que funcionan más en una cosa que en la otra, está bien la cuestión de rotar y todo eso que todo mundo sepa hacer de todo, yo creo que eso está bien, pero si yo tengo un técnico que yo sé, por decirlo de una manera, es una “tortuguita” en digitación y es rápido en despacho, mejor saquémosle el provecho en despacho y ponemos al rápido en digitación y se habla con el funcionario, entonces se les dice: vea seamos claros usted me produce más aquí, lo necesito aquí, ¿me puede colaborar? Pero que haya una comunicación en donde se le dice “usted me sirve aquí, está bien que este en ese puesto”, no que ellos se quejen de que digiten solo los mismos, pero tal vez la jefatura no ha comunicado porque

lo hace así, entonces lo de los tiempos de espera es relativo si es el idóneo o no, yo siento que a veces se exceden y no se les dice un tiempo, que la gente no se sienta como ¡ay! ¿tanto?

Las recetas de emergencias, yo sé que el volumen debe ser mucho de lo que ingresa en el día junto con lo de consulta externa y todo lo demás, pero las recetas de emergencias para mí se deberían trabajar en una persona que este constante en eso, constante en despacho y que el farmacéutico casi que este en eso, entonces que eso es una cosa que fluya, no que se acumulen.

No se ahorita con el cambio del sistema que ahora todo llega por receta electrónica, y llega mezclado me imagino, entonces tal vez no sé si las emergencias se extienden más allá de la cuenta, pero si se van mezcladas con todo el trabajo debería haber un proceso de clasificación, las voy pasando a la persona encargada para que las emergencias que no son emergencias además, sabemos que la gente viene a emergencias por nada también, pero bueno hay que darle su prioridad porque es del servicio de emergencias, no que le digan al paciente de emergencias, a veces les dicen una hora y no puede ser, si se le dice 30 minutos es bastante ya, yo escucho a veces los fines de semana que es menos personal y el volumen de trabajo es solo de emergencias, pero yo cuando veo que les dicen cuarenta minutos, y yo ¿cómo que cuarenta minutos?, ¡no!, dígale quince o dígale veinte y la receta tiene que salir en quince o veinte, verdad, es que no ¿cómo se le va a decir cuarenta minutos? ¿para que el paciente se vaya? ¡no no! ¡trabajemos que fluya el trabajo!, usted sabe cómo es aquí se habla mucho, se pierde mucho tiempo (le dice a una persona que labora en el servicio) y uno mismo, uno vacila también, pero hay que hacer que las cosas fluyan, saber combinar las cosas y trabajar con eficiencia, por lo menos así es como yo lo visualizo.”

- ¿Como creería usted que puede mejorarse eso, de acuerdo con las capacidades del personal?, por ejemplo, que la jefatura sea quien vea y evalúe las fortalezas y debilidades

“¡Exactamente! Una jefatura que evalúe que vea su personal, que lo conozca y que potencie en donde funciona mejor un funcionario, que lo hable con el funcionario, me parece un muy buen punto que se debería hacer, decirle es que vos me servís más acá, me producís más, el trabajo avanza más si usted está aquí, convencerlo.”

- ¿Y nunca se ha hecho?

“Creo que no, siempre está la parte de rotación, hay gente que muchas veces dice ¡Es que a mí solo ahí!, pero bueno tal vez se aburren, pero ahí es donde mejor trabaja y la jefatura no le ha comunicado esa idea para convencerlo, para que esté contento, que produzca más y no que sienta que yo soy “caballito de trabajo” nada más, que este convencido que está ahí porque es donde mejor trabajo y mi jefe lo sabe, entonces la jefatura tiene un papel muy importante en ver esos cuellos de botella y en potenciar su personal”

2.- ¿Cuál es la capacitación con la que cuenta el personal del servicio de farmacia (técnicos y farmacéuticos) para cumplir de manera adecuada con las labores de diarias en cuanto al despacho de medicamentos? ¿En qué aspectos podría mejorarse?

“Bueno yo creo que, aquí mucho el trabajo al ser una cuestión de rutina, la gente poco a poco va gente va adquiriendo sus destrezas, va manejando mejor el sistema de trabajo de computo, poco a poco van empapándose más de la cuestión de medicamentos, de los usos, bueno yo les digo trabajen, y no solo es servir en una cosa, no es como hacer una lista de supermercado ¡pregunten! a los nuevos ¡pregunten! ¿Para qué es? aunque sea que sepan que esto es para esto, no es que tienen que saber más allá, pero que sepan que están haciendo”.

“Por ejemplo los asistentes de enfermería cuando vienen, que nada más vienen y hacen así (aludiendo que solo se entrega la receta) y si se le hace una pregunta sobre algo de la receta y dicen ¡no, yo no sé nada! parecen simples mandaderos ¿Por qué? porque ahora tenemos el celular que para todo es una distracción, entonces vienen con el celular de camino nada más reciben o entregan las cosas y nada más van con un bolsa en la mano nada más y la ponen allá y nada; más, no la vuelven a ver, no se empapan de las cosas, usted les puede dar una bolsa con algo que no es y ellos no se fijan y porque me puedo equivocar a la hora de poner algo, porque me confió que agarro una ampolla y estaba mal puesta, me ha pasado, yo he entregado y me dice ¡diay doctor. es que me dio esto mal! Y yo ¡diay si disculpe! pero yo le digo: si lo hubiera revisado también nos hubiéramos dado cuenta aquí, gracias a Dios se dio cuenta el de arriba antes de ponerlo, yo me confié, lo cogí de la caja, porque pasa que hay ampollas iguales, entonces a la hora a la hora de devoluciones y cosas o las tabletas que hay algunas que son todas con el blíster amarillo y a veces en el momento de devolver algún reintegro las ponen y se pusieron mal, entonces uno se confía de que cogí de cajón para hacerlo más rápido y talvez no leí lo suficiente”.

-Entonces sería importante que el personal se capacite en esos aspectos y no solo en los medicamentos sino también en la funcionalidad del sistema

“Claro, ahora todo es sistemático, todo viene por receta electrónica, entonces cuanto mejor capacitados este a solucionar los pequeños problemas que se presentan, situaciones que le tira el sistema va a ser más rápido”.

3.- ¿Existe algún tipo preferencia que se aplique a los pacientes del servicio de farmacia del hospital al momento de la recepción de recetas y despacho de los medicamentos?

“Pues ahí si se les pone un sellito de urgente a ciertas recetas, para ayudarle a ciertos pacientes ya sea por su condición médica, por la cuestión de adulto mayor, cuando el paciente solicita por favor si me pueden ayudar por equis o tal situación, entonces se les da cierta prioridad y se pone un sello de urgente par que tal vez se pase más rápido en el proceso, que no vaya con el flujo normal sino adelantar la receta y ayudarle un poco a ese paciente.”

-Entonces serian a adultos mayores, mujeres embarazadas o un paciente que lo solicite

“Si, exactamente.”

- ¿Y eso se aplica siempre o depende del personal que se encuentre en ese momento?

“Depende a veces del personal que este en ventana.”

- ¿No está reglamentado que deba hacerse?

“Pues yo creo que no, es decir, yo creo que no es algo que este, así como establecido puntualmente, es algo mucho de criterio ahí del quien esté en ventanilla.”

- ¿A parte de esas situaciones, alguna otra que se le deba dar preferencia?

“Díay no, yo pienso que son las situaciones más urgentes, porque por situaciones y cuantos todos le llegan a usted con que me va a dejar el bus verdad”.

-Por ejemplo, con las personas indígenas, he escuchado que muchas veces se quedan esperando hasta el día siguiente

“Si vienen bastantes, es un buen punto podría dárselos cierta prioridad, es un paciente indígena que viene de largo, que viene con bebés, que viene con esa cola de chiquitos entonces sería un punto importante darle una cierta prioridad, es decir, ayudémosle para que salga rápido ojala y se puedan devolver, porque yo que trabajo de noche me he topado a los indígenas que tienen que quedarse aquí durmiendo porque ya el alberge donde va ya está cerrado, ya no los reciben. A veces son situaciones de consulta, si los atrasaron allá y vienen por los medicamentos a una hora no les queda de otra, ya no es una cuestión de la farmacia, si vienen tarde y la consulta duró mucho en emergencias, lo que sea, aquí van a llegar tarde, tal vez no es un factor que controlemos siempre nosotros, pero durante el día y cuando se pueda sería un punto importante.”

4.-Comente como considera usted que es el trato del personal que labora en el servicio (técnicos y farmacéuticos) hacia los pacientes a la hora de acercarse al área de ventanillas.

“Okey, tenemos de todo yo siento ¡que no me oigan! Pero tenemos de todo, tenemos personas muy amables muy atentas a como tenemos personas que sinceramente uno les oye la manera, el modo, son bastante groseros, bastante conchos diría uno a veces y si el paciente se quejara esto va a traer un problema, entonces cuando yo me he topado situaciones, si yo escucho algo que se está pasando de tono, también hay pacientes que malcriados y exigiendo, entonces si se topan con una persona así verdad, van a chocar, entonces yo trato de intervenir para evitar que eso vaya a generar una situación más allá, donde ya venga una queja y evitar otro tipo de complicaciones. A mí me gusta estar pendiente de escuchar y como por lo general trabajo solo, me gusta estar pendiente de esos detalles”.

- ¿Y cómo está solo tiene más visión de todas las cosas me imagino?

“Si, ya en el día son más colegas entonces ellos tendrán que ver quien está pendiente de ese tipo de detalles yo creo que debe haber alguno que si empieza a escuchar que algo se está saliendo de tono allá en la ventanilla pues debería intervenir, entonces quitar al compañero que está chocando en ventana me parece a mí y se le dice espere un momento ¿qué está pasando? Déjeme yo lo atiando”.

- ¿Y esas intervenciones no son como usuales?

“Eh, diay como te digo como yo no trabajo de día no sé, pero sé que el farmacéutico al final a veces tiene que intervenir y solucionar ciertas situaciones. Porque cuando el técnico se sentó en algo, hecho para atrás y dijo que no recibe la receta o equis cosa y el paciente está ahí también parado fuerte, pues lo que hacen es llamarlo a uno para que vaya y le diga al paciente, pero siempre ya cuando las cosas se pasan, yo creo que el farmacéutico siempre tiene que ir a intervenir como una figura que tanto para el técnico, una figura que está por encima en cuanto a autoridad en el servicio y que la persona o paciente sepa que ya está hablando con el que está de jefe con la jefatura como para que las cosas se traten de acomodar verdad”.

- ¿Y cómo podría mejorarse ese aspecto? Me imagino que pueden ser situaciones repetitivas

“Sí, hay gente que tiene esos modos o esas cosas de siempre, su manera de hablar como gritado a veces al paciente. Diay pues ahí el jefe es el que tiene que intervenir, la jefatura alguno de los jefes que estamos, llamar a la persona y hacerle ver de la manera adecuada que tenemos que cambiar eso, esa actitud no está bien, va a traer problemas”.

“La jefatura tiene que conocer su personal y entonces tenerlo vigilado y sino en su momento, la gente se cansa, no todos bien de humor todos los días y aparte sabemos personas que son más irritables tal vez, lo tengo por allá y estarlo vigilando, en su momento que usted ve que ya está chocando, que esta como botando el tapón por situaciones equis o no, llamarlo un momentico ¿Qué está pasando? Tranquilo (a). Uno como jefe tiene que hacer esas cosas, se haga o no, ese es el problema verdad”.

5.-Según su experiencia laboral ¿se les brinda a los pacientes la información necesaria por parte del personal que labora en el área de ventanilla, para que tengan conocimiento del tiempo que tienen para hacer el retiro de su medicación?

“Sí, yo creo que eso si se hace bien, siempre se le dice a la gente. Siempre pasan los casos donde la gente dice: ¡Hay es que yo no sabía!, cuando llegan a los cuatro o cinco días.

“Yo siento que es algo que se informa, ahí afuera hay siempre ¡Bueno si no se han quitado! Hay letreros donde dice que se duran los tres días, aquí se les dan cuatro inclusive a las recetas de consulta externa y 24 horas a las emergencias”.

- ¿Considera usted que esto puede estar implicado en que no retiren su medicación?

“Si se les dice yo siento que la gente si lo conoce, bueno a la gente se le olvida, uno ve ahí (caja de reintegros) cada clase de producto que uno dice, como no vienen a retirar esto, es un tratamiento para la presión, es un tratamiento para el azúcar, tratamientos crónicos, medicamentos que son de especialidad que no es que no me lo dan y perdí la receta y si ya no tengo, tengo que ir a comprarlos y son 30-60 mil colones, uno no entiende como no vienen a retirarlos”.

“Ahora, hay factores que no se puede controlar, tal vez adultos mayores, solitos a veces, se les olvida, no han podido, nadie les hace el favor, que difícil verdad, ya factores que a nivel de farmacia no sé si podríamos o no controlarlos, porque ya sería mucho conocer usted a cada paciente, hay situaciones donde se pueden conocer, porque el paciente se ha acercado o por equis otros motivos, entonces se conoce ya un poco más de la situación de un paciente y tal vez usted diga ¡No ha venido tal paciente, dejémosle un día más de chance, dejémoslo por aquí, porque uno sabe que le cuesta!, pero ya situaciones muy puntuales que se pueden manejar de pacientes que por otros motivos se han acercado a la farmacia y se les conoce su situación”.

6.-Describa brevemente la infografía con que cuenta el servicio (brochures, afiches, videos informativos, entre otros) donde se brinde información sobre: la importancia del retiro de la medicación, tiempo de espera para la entrega de medicamentos, horario para la entrega y retiro de recetas. ¿Qué opciones considera son adecuadas para brindar esta información?

“Más que todo lo que manejamos aquí que se han hecho no es como dirigido al paciente sino al personal médico y enfermería de ciertos medicamentos, ciertas cosas. Para el paciente si se hacen a veces ciertas informaciones, a veces de medicamentos, a veces de las cuestiones operativas de la farmacia. Si se han hecho, no es algo que se haga muy frecuente, como estar divulgando constantemente, es decir, no es una información que se esté dando a cada rato, si se les tiende a dar mucho el número de teléfono de la farmacia, para cualquier duda, cualquier consulta que lo tenga la gente a la mano, en cada bolsita de medicamentos ahí va”.

- ¿Sería importante hacerlo? Por la salud del paciente y también por el trabajo que lleva después el reintegro.

“Claro que sí, sería importante por supuesto, que la gente entienda la importancia de sus medicamentos, es que es su salud verdad, ahí si valdría la pena informarle, recalcar eso, hacerle ver al paciente mediante la información, con algo preparado que se pueda difundir a nivel de la ventana que la gente haga conciencia de la importancia de que retire sus medicinas”.

7.-Basado en su experiencia como farmacéutico del Hospital William Allen Taylor ¿Cuáles factores o motivos considera que pueden influenciar en que los medicamentos no sean retirados oportunamente por los pacientes, que beneficios implica conocer estos datos?

“A veces la parte social, situaciones muy puntuales del paciente, la lejanía a veces de los pacientes que no pudieron venir verdad: Trajeron un día la receta, que le dijeron en ventanilla que son dos horas, tres horas, que en media hora lo dejaba el bus. Entonces no pudo tuvo que devolverse, al día siguiente no pudieron, al final no pudieron venir otra vez. Perdieron sus medicamentos, cuestiones como de ese tipo, a veces simplemente olvido, descuido, que yo creo que son una gran mayoría me parece a mí y no se el asunto, exactamente a veces que tan desmotivante es el asunto que le digan a uno en la ventanilla que duran tres, que duran cuatro horas, y bueno usted dice diay no, no voy a esperar aquí tres horas, cuatro horas mejor me voy pero después viene la cuestión del no puedo, se me olvida”.

“Yo sé que todo el trabajo no es que va a salir rápido, a veces se va a durar una hora, dos horas, pero yo diría que ya una receta que se pase de dos horas a mí me parece que es un exceso, son situaciones que si eso ocurre, uno debería ver como se corrigen, ver los mecanismos, lo que hablábamos un poco, ver a donde tengo los cuellos de botella, que está pasando.

-Con la cantidad de personal que hay en la farmacia usted cree debería durar poco, es suficiente para.

Yo creo que máximo una receta dos horas ¡Que no me oigan los colegas, ni los compañeros! Pero yo creo que dos horas son suficientes, uno debe ser consciente hay mucha gente, hasta que chocan, son actitudes a veces, sabemos que hay que personal que trabaja más otros no, entre menos hago mejor verdad, entonces como corrijo eso, que difícil porque ya son actitudes que se van creando y como corrige usted como jefe, porque diay usted le puede llamar la atención, pero no cambian, son actitudes que no van a cambiar a veces, así porque así”.

- ¿No hay una normativa, ni nada?

“Mmm, diay pues no, di ya tendría que ser algo muy grave, porque o si no tienes encima a un sindicato en dos momentos también, es que esa es la cuestión verdad al nivel en que trabajamos, usted se le pone encima a una persona porque esta de vago, cuando usted se da cuenta es que tiene el sindicato por acoso, a nivel de jefatura también yo me imagino que debe ser muy complicado, ya uno como jefe del servicio, porque diay ¡Me voy a comprar un problemón, con el sindicato aquí!, entonces no debería ser, pero a mejor me hago un poco de la vista gorda y se alcahuetea al vagabundo a veces, lamentablemente, no digo que sea siempre, no digo que sean todos, pero pasa”.

8.- ¿En cuanto al almacenamiento de los medicamentos en el área de ventanillas, considera usted que estos se mantienen en las condiciones adecuados y además son manipulados por el personal cuidadosamente a la hora de ser reintegrados para evitar pérdida por daño de este, describa brevemente algunas ventajas y desventajas del proceso de almacenamiento y reintegro de medicamentos?

“Pues yo creo que las condiciones, ahora que pusieron buenos aires acondicionados me parece que la temperatura yo creo que está bien, en cuanto al daño por cuidados que tengan, a veces no son cuidadosos, los hacen tirados, cuando hay que pasar de cajones de un lado a otro, porque lo de un día se pasa para el otro tenemos que ir haciendo espacio como parte de la mecánica del trabajo, los hacen tirados sinceramente quiebran frascos, eso no está bien, unas personas más que otras, esas son actitudes que uno tendría que llamar a su personal con reuniones y decir ¡Vean por favor, seamos conscientes, no puede ser, usted no haga en su casa las cosas que sean de vidrio y las hace tiradas, tratar de hacer conciencia!”.

9.- ¿Cómo se maneja los desechos producto del trabajo diario en la farmacia como las bolsas plásticas y cajas? ¿Existe alguna política de reciclaje para bolsas plásticas de un solo uso, producto del proceso de reintegro de los medicamentos no son retirados por los pacientes, ante una repuesta negativa, considera importante que se implementen?

“Pues bueno, eso es un gran desperdicio verdad, ¿Estamos hablando en cuanto a de lo que no se retira?, bueno todos los días aquí se reintegra lo que se va a reintegrar y el desperdicio de bolsas y etiquetas es un montón”.

- ¿Y es un desecho común?

“Si, va a la basura, aquí se bota a la basura”.

- ¿No hay ninguna política de reciclaje?

“No, a veces pedazos de etiqueta porque ahora se le pega una etiqueta, el consecutivo de trabajo que genera ahora el sistema nuevo, entonces ahora ni la bolsa, antes se trataba con las grapas de quitarles la grapa y se reutilizaba la bolsa, ahora que se pega esa etiqueta en la bolsa, a la hora de arrancar esas etiquetas casi que arrancas la bolsa, no puedes, ya las bolsas no se pueden reutilizar”.

-Se me ocurre, ¿No se puede pegar la etiqueta, encima de la otra?

“Pues podría ser una opción, o no pegarla, esas son situaciones, tal vez es importante, que hasta que le hagan a uno este tipo de preguntas, para ver si uno toma en cuenta esas cosas, como dice usted, yo podría decirle al jefe. Porque sí antes a las bolsitas, bueno depende también de quien haga los reintegros, está el que sí llega y le quita la grapa y la bolsita se puede reutilizar en el mismo día, pero se van de una vez, se gastan en el mismo transcurso del día, caemos en lo mismo, depende de la persona, que tan metódico sea para las cosas. Ahora ese consecutivo dijeron, ¡Peguémoselos a las bolsa, para que vaya ahí por lo que genera eso de la receta electrónica!, bueno pero puede ser que podríamos quitarle eso para pensar en que se reutilicen bolsas, o pegarle encima otra etiqueta blanca, lo que pasa es que quedaría como un motete de etiquetas, pero si no la otra opción es no pegarla, al final eso el paciente ni lo va a volver a ver, se podría obviar”.

-Por ejemplo, adaptar lo que se había hecho en la caja con bolsas de papel, sería importante.

“Pues si eso sería muy bueno pienso yo, en cuanto no usar plástico, ese papel se supone que viene de reciclaje y se degrada más que el plástico”.

Anexo 6. Respuestas de la entrevista realizada al farmacéutico No.2 (F2) sobre las fortalezas y debilidades del servicio de farmacia del HWAT.

1.-Basado en su experiencia, ¿los tiempos de espera asignados para que se cumpla el proceso de preparación y entrega de la receta médica es el adecuado para el paciente, tomando en cuenta los momentos con más volumen de trabajo? ¿De qué manera podría mejorar este proceso de acuerdo con las capacidades del personal?

“Vea ese es un tema muy espinoso, porque dentro de eso va mucha actitud del personal a como tenemos personal que se pone la camiseta vea, por ejemplo (menciona el nombre de una compañera técnico), es una señora mayor, está a punto de pensionarse y si es de pasar de pie en el despacho todo el día ella lo hace, ella se pone la camiseta. Lastimosamente hay personas que no y no es como que trabajen con amor si no simplemente como para cumplir el rol nada más, entonces cuando tenemos un buen grupo incluso los tiempos que se dicen al final resultan ser menos, se les dice: ¡Vengan dentro de dos horas y la receta sale en una hora, igual pasa en todos los sectores con los técnicos, con los farmacéuticos, dependiendo de la combinación de personas que allá a veces duramos más de lo que se le dice al paciente y a veces se dice menos, entonces es muy difícil porque el tiempo que se les dice no es real, nunca es real y si por ejemplo empezamos a decir menos tiempo y el sistema se pega como lo que paso ahora en la mañana que están limpiando servidores, la gente hoy debería tardar 15 minutos en llevarse la receta pero están limpiando servidores y el sistema los bota a cada rato, las recetas no llegan, llegando no más tuve que llamar a la doctora para que me volviera a enviar las recetas porque ya había pasado hora y resto y no habían llegado, entonces hay varios factores que intervienen”.

Entonces, el que siempre habíamos tenido es ese, el de la gente, de la actitud del personal, pero ahora tenemos que sumarle el del sistema y no porque sea un mal sistema, sino que es un sistema que como depende de muchos entes externos entonces, ya no es solo lo que nosotros podamos hacer, sino por ejemplo, ahora el martes, miércoles las conexiones que le da el ICE a la caja se cayeron en todo el país, me imagino que desde oficinas centrales, entonces estuvimos todo el día sin sistema, entonces estamos dependiendo del internet del ICE, para todo, porque todo viaja de manera electrónica, entonces, si el ICE falla, nosotros fallamos, entonces al final que toco, hacer un montón de recetas a mano y eso enlentece el proceso, porque no es lo mismo que ya la receta electrónica viene prácticamente lista y usted nada más le da un par de datos e imprime, a que

usted agarrar un rollo de etiquetas en blanco y empezar ¡El nombre, tomar una tableta..., tal producto! Y empezar a hacerlas todas a mano como me imagino practicaron alguna vez en la universidad en algún momento, entonces el tema de los tiempos de espera es muy complicado y de hecho ha perdido relevancia de alguna manera en las calificaciones de los servicios de farmacia puede ser relacionado a eso, que cada vez hay más factores no son propios de la farmacia para decir ¡Por eso duramos mucho, por los cuellos de botella, porque tal vez hay solo una persona haciendo una parte del proceso y se ocupan tres! Ya no eso, ahora es si el sistema funciona bien o no, ¡si el sistema funciona bien y tenemos un buen equipo podemos sacar las recetas en una hora todas!”

-Por ejemplo, los datos de la investigación son del 2017, me imagino que en ese tiempo no había la parte digital, si quitamos para ese año esa parte.

“Entonces casi que era el factor humano, nosotros antes de que viniera el SIFA, probamos muchos sistemas internamente de cómo hacer el flujo de recetas y como acomodar la gente, probamos por ejemplo, haciendo cajas gigantes con grupos gigantes, después en alguna parte leímos y el Doctor también unos ingenieros en una reunión le dijeron que estaban haciendo una revisión de datos bajo una filosofía japonesa, que no, que había que hacer grupos pequeños, incluso hay lugares que trabajan solo con plataforma, ósea van tirándolas de una en una, probamos haciendo equipos de trabajo en línea, un digitador con un despachador con un farmacéutico con un empacador, ósea hemos probado un montón de opciones para ver como acomodamos mejor al personal entonces el 2017 fue cuando se comenzó la remodelación entonces los datos al final del año van a ser datos que van a estar cargados de problemas porque había mucha gente en un espacio muy pequeño, dándole el servicio a la misma cantidad de gente y puede ser que sean tiempos mayores porque se estaba remodelando la mitad de la farmacia, entonces hay si había un factor externo que se acabó ¡por dicha, se acabó!, porque en general la debilidad siento yo y no es algo que yo esconda porque lo he dicho en reuniones, es la actitud del personal esa es la mayor debilidad, la falta de amor por el trabajo, la falta de entrega es una cuestión filosófica, no solo vengo porque me paguen, sino porque me gusta, porque quiero que la persona se cure, porque quiero que se trabaje bien y porque quiero que la farmacia se perciba como un servicio importante, entonces diay, me imagino que eso ocurre en todo lado y la coordinación se ha volcado más a que ya no nos midan tanto por producción y tiempo, aunque siempre son cosas que se miden, sino que nos

midan más por producción de otras cosas, de consultas, de campañas educativas, ósea esto es importante pero que se vea que podemos ayudar en otras cosas más, entonces la forma de medir ahí ha cambiado, en algún momento el indicador era cantidad de recetas, tiempos de espera, usted tenía muchas recetas y pocos tiempos, usted era una farmacia excelente, ahora no, ahora se mide diferente, pero digamos en ese tiempo, todavía estábamos como en esa transición”.

-Entonces digamos ese factor humano, la cantidad de personal que hay aquí está bien.

No es por cantidad es por calidad, yo pienso que la cantidad no está mal, porque incluso en el 2017 nos dieron tres plazas de profesionales que nos hacían falta, porque no era lo mismo que dos farmacéuticos estuviéramos revisando todas las recetas, incluyendo las de hospitalización y cubriendo todo lo que se diera de este lado (Área de unidosis), a que ya vinieron esas tres plazas, entonces dos o tres personas revisando, una persona dedicada a hospitalización, entonces usted ya no tiene que seguir viniendo, entonces en ese año se ganó eso, esas tres plazas, entonces ahí hubo un cambio importante en el personal, pero vino la parte de lo de la remodelación, entonces el cambio tal vez no fue tan evidente y realmente esas plazas se han usado para labores más clínicas, no tanto para la parte operativa, si se refuerza, si se ganó en esa parte en cantidad de personal profesional eso si apporto y puede ser que en algún momento se vieran mejores tiempos pero si hay como un conflicto interno, de que por más que se quiere no se bajan los tiempos como se tuviera que bajar”.

“Igual según los número, supuestamente tenemos exceso de técnicos y realmente no, ósea siempre hacen falta, por A o por B siempre hay faltantes de técnicos, el personal de apoyo es necesario, uno solo no va a ser tan rápido si usted tiene que etiquetar, revisar, empacar y entregar, como les pasa a los colegas de los EBAIS, entonces el personal técnico siempre es importante, aunque digan que aquí sobra eso no es cierto y constantemente se está revisando el horario para ver cómo se acomodan a los técnicos para que allá un poquito más de eficiencia, pero siempre hay cuestiones de factor humano que no dejan, que el plan que uno tiene se desarrolle”.

-Si una cosa por la otra digamos porque yo he tenido la oportunidad de escuchar personas que me han dicho ¡Es que duran mucho para entregar diez acetaminofén!”, es un medicamento que tal vez no sea di esencial para el paciente, pero un paciente crónico.

“Lo que pasa también es que la gente de afuera tiene la percepción de que es muy fácil diez acetaminofén y entonces usted tiene que explicarle a la gente que es porque usted tiene esas diez acetaminofén en un conjunto de recetas, el problema es que no se hace receta por receta sino que, por lo menos aquí siempre se ha trabajado por grupos, hay lugares que sí, se trabaja de una por una, pero habría que ver que tan efectivo es que usted tenga una persona arrojándose a agarrarle una receta al de computo para ir alistarla, hasta qué punto ese tiempo de voy y recojo una por una, si de repente es mejor tomar 15 recetas de un solo e ir a alistarlas, todo el mundo tiene la libertad de trabajar como mejor le quede, de acuerdo al personal, de acuerdo a la infraestructura, pero aquí siempre se ha trabajado con grupos y entonces eso hace que la gente no entienda porque cuesta tanto que salgan diez acetaminofén”.

2.- ¿Cuál es la capacitación con la que cuenta el personal del servicio de farmacia (técnicos y farmacéuticos) para cumplir de manera adecuada con las labores de diarias en cuanto al despacho de medicamentos? ¿En qué aspectos podría mejorarse?

“El personal técnico si cuenta con una capacitación muy específica para trabajar con la Caja, a ellos se les enseña a trabajar en las farmacias de la Caja”.

“La Caja tiene su propia sección de capacitación que se llama CENDEISS, entonces tiene un curso que se da al personal técnico y está hecho por farmacéuticos de la Caja, entonces todo lo que se les enseña a ellos, todos los diez o doce módulos son desde historia de la Caja, reglamentación, etiquetado, buenas prácticas de despacho, entonces ellos están formados directa y exclusivamente con conocimiento para trabajar en las farmacias de la Caja, la formación que la Caja le da a los técnicos a mí me parece que es adecuada porque se van al punto de lo que nosotros necesitamos que ellos sepan”.

“Después, ellos aprenden mucho aquí dentro del contexto local, se ha tratado, nosotros hemos tratado de hacer como módulos para refrescarles o enseñarles cosas, en algún momento les dimos módulo de VIH, como se trata, un módulo de anticoagulación, porque ahora despachamos muchos anticoagulantes, Warfarina, Plavix, Heparina de bajo peso molecular, se les dio casi a todos como un módulo de capacitación para que ellos comprendieran que eran esos tratamientos, porque eran que los mandaban, dosis más usuales, de Stock también, como se manejan los stocks en la Caja”.

“Todos los que están “en cola” y los de planta, todos tienen el curso ese del CENDEISS, de hecho, es un requisito para ser técnico de farmacia en la Caja”.

“En la parte de nosotros farmacéuticos, uno viene a trabajar y lo que le enseñan en la universidad, no le sirve para mayor cosa, por ejemplo a mi medio un colega que trabajaba en el México y el nos enseñaba mucho como se trabajaba en el México, yo pienso que un curso de farmacia hospitalaria debe ser general y entonces se centraba mucho en la parte clínica y cálculos, pero en sí, la parte dosis y la parte fuerte, uno lo viene a prender aquí a la vida real, entonces la coordinación de farmacia por su parte ha estado fortaleciendo mucho la capacitación, hay un curso de atención farmacéutica que se da todos los años, es virtual, nos están dando como un ciclo de cursos de actualización, hay uno que es hipertensión, insuficiencia renal, diabetes y dislipidemias, tuberculosis y enfermedades respiratorias, son cursos de una semana, aparte hay un montón de cursos virtuales que a uno le sirven, sobre adulto mayor, que los puede llevar si uno quiere, a nivel regional, el equipo de atención farmacéutica también procura estar haciendo cursos de actualización y que tengan que ver con patologías para hacernos más clínicos, para reforzar la parte clínica, entonces si yo siento que por lo menos en ese aspecto, han sido como unos tres o cuatro años de bonanza respecto al gremio donde ha aumentado mucho la cantidad de farmacéuticos que tiene la Caja y el apoyo, el acompañamiento y la capacitación”.

-Entonces, por ejemplo, ¿todo el personal que trabaja aquí tiene la capacidad de estar en cualquier área?

“Si, todos ellos se supone que ya con el tiempo que tienen, son capaces de estar en cualquier puesto, obviamente hay gente que tiene más pericia en algunos puestos que en otros, pero si todos por lo menos los que están de planta, pueden estar en cualquier puesto. Ya en el caso de los interinos es donde ya empieza a haber áreas un poquito más flojas, entonces, por ejemplo, un interino no lo van a poner en unidosis, porque es muy complicado, hasta que aprenda”.

- ¿En qué aspectos se podría mejorar?

“Yo pienso que la iniciativa interna de hacer la escuelita para los técnicos, eso se tiene que retomar y se tiene que hacer de verdad, pero si cuesta un poco conciliarlo, porque tenemos una racha de que todos los días falta alguien, por lo menos una persona, o dos o hasta tres, entonces

es muy difícil como habíamos planteado, sacar un técnico de cada área para darle media hora de un a inducción sobre un tema y que hagan preguntas si tienen y ya después vuelvan a su puesto, se hace muy complicado porque entonces si falta uno o dos personas, no me van a dejar sacar tres para darles capacitación, entonces eso de alguna manera habría que retomarlo, porque ellos necesitan aparte del curso de técnicos, estarse renovando para que entiendan un poquito la importancia de los tratamientos que están entregando, hay muchas cosas nuevas, cosas que han entrado, cuestiones legales, compras de medicamentos que eso antes casi ni existía, pues que ellos entiendan los procesos, pero tenemos una situación de tiempo y de capacidad operativa que no ha dejado”.

“En la parte profesional, la misma Caja nos da muchas oportunidades y casi todos los compañeros también nos compartimos, tenemos un grupo de Whatsapp, entonces cuando yo veo un curso o algo que no sea de la Caja yo se los paso y nos ponemos de acuerdo para hacer un curso virtual de la UCIMED, o un curso del colegio”.

3.- ¿Existe algún tipo preferencia que se aplique a los pacientes del servicio de farmacia del hospital al momento de la recepción de recetas y despacho de los medicamentos?

Por ley, tiene que haber una ventanilla preferencial para el paciente discapacitado, es la ley 7600, entonces hay una ventanilla que está a nivel con todas las medidas, que el problema, no fue nuestro, que es un problema de como acomodaron el inmueble, donde la rampa es la misma rampa que se utiliza para entrar a la parte del laboratorio, entonces todos los días es que hay fila del laboratorio y el guarda tiene que estar batallando para dejar espacio, pero bueno esa ventanilla se convirtió en exclusiva para eso, después esa misma ventanilla sirve para atender por ejemplo, a pacientes embarazadas, adultos mayores, si hay una situación especial y la presenta y uno considera que si hay que ayudarlo, entonces se le ayuda al paciente para adelantar la receta, pero ahora con el sistema digital es más difícil, como ya le dije antes, la receta nosotros ya no podemos manipular el tiempo como antes, yo iba y les decía dígenme esto háganme esto, la reviso y en 10 minutos ya la tenía afuera, ya no porque tenemos que esperar a que la receta llegue”.

- ¿Siempre se cumple o eso depende de la persona que está en la ventanilla?

“Siempre se cumple, ahí está rotulado, ahí está la ventanilla, a la hora del retiro si hay una persona muy mayor, pues ahí se le adelanta, lo que si no se puede hacer tampoco es como darle prioridad para entregar la receta con el sistema digital, porque todas vienen juntas, en algún momento separábamos las emergencias de las copias y de las del día, ahora no viene todo junto, porque la versión del sistema que está actualmente no permite separarlas, supuestamente, va a venir una versión nueva que lo va a permitir, pero no la tenemos todavía”.

- ¿Considera necesario que deba tomarse en cuenta alguna otra condición especial para darle prioridad, aparte de estas?

No, es que cuando hay algún caso especial se ve en el momento, la persona le comenta al personal de ventanilla, se hace todo lo posible para sacarla rápido, pero digamos los indígenas antes había solo un bus al día, ahora tienen buses hasta las 4 ó 5 de la tarde y cada hora, porque ya la condición de ellos ha cambiado mucho, ya no es eso de que si me dejo el bus ya no hay más y no tengo donde quedarme, porque igual hay albergues para que ellos se queden, básicamente ellos son un paciente como cualquier otro paciente”.

4.-Comente como considera usted que es el trato del personal que labora en el servicio (técnicos y farmacéuticos) hacia los pacientes a la hora de acercarse al área de ventanillas. ¿Qué aspectos considera usted que debe mejorar el personal para brindar una atención de calidad a los pacientes?

“Nosotros gracias a Dios tenemos como un porcentaje muy bajo de quejas, si existen a veces conflictos, pero casi siempre se logran resolver a nivel de la ventanilla, si ha habido como que ir a la contraloría y ponerse de acuerdo con el paciente, o con el jefe, pero digamos es muy raro que llegue a ser una queja formal, como al final eso quiere decir que hay buenas relaciones porque la gente no se queja constantemente”.

“Hay servicios donde tal vez si recibe la contraloría, que es como el “termómetro”, quejas más constantes, pero en el caso nuestro es bastante raro, si hay algún conflicto ya ellos saben que si le explican a la persona una o dos veces, la persona sigue molesta, incomoda, dudosa o lo que sea, entonces llaman a alguno de nosotros, ya salimos a ver que podemos resolver, tal vez con solo el hecho de que cambie la persona que está hablando con el usuario molesto, de repente, ya con solo

eso la persona entiende, porque volvemos a lo mismo, como normalmente la gente si viene de emergencias, si viene de consulta este es el último lugar que queda, cuando vienen a dejar copias, la gente quisiera que se las dieran igual ya y decirles venga en tres horas o venga mañana mejor, entonces ya les molesta porque implica que volver a subir, o implica quedarse tres horas sentados ahí para no tener que volver a subir y eso es tradicional las gradas, la gente le dice a uno: ¡Es que volver a subir esas gradas, es que el calor, es que yo vivo largo!, pero si la gente usted la pusiera a escoger, preferiría venir a retirar aquí, porque aquí casi siempre tenemos de todo, casi siempre duramos menos que en otros lados, pero cuando ya uno le dice que le toca irse para su EBAIS las personas no quieren”.

- ¿Algún aspecto que se deba mejorar?

“Yo pienso que la CCSS le debería dar más capacitación a todo el personal, como en todas estas técnicas nuevas como coaching, neurolingüística, todas esas cosas que hora se saben que ayudan como a comunicarse mejor con la gente y manejar mejor a la persona, de repente si uno tiene formación en alguna cosa así, es más fácil abordar por ejemplo a una persona que este enojada o una persona que se sienta triste o desesperada porque está enferma, entonces yo sí creo que deberían como ir modernizando en esas tendencias y que ellos nos den la capacitación y no que uno tenga que andarla buscando porque al fin y al cabo sería una inversión en el recurso humano.”

5.-Según su experiencia laboral ¿se les brinda a los pacientes la información necesaria por parte del personal que labora en el área de ventanilla, para que tengan conocimiento del tiempo que tienen para hacer el retiro de su medicación?

“Si, siempre ellos les dicen cuanto va a durar, si hay problemas se le explica a la gente la razón de que por que va a durar tal vez más, o por qué está durando más de lo que se les dijo inicialmente, que es lo que nos está pasando ahora, que por ejemplo entra una receta a las 8:30 am y se dice hora y media, más o menos lo que dura una de emergencias, se cae el sistema a las 9:00 am entonces obviamente no va a salir en hora y media, cuando la persona viene a la hora y media ¿pero por qué?, entonces se le explica la razón. Entonces si se de explicarle a la persona, a veces más bien en otras áreas que podrían colaborarnos sobre todo ahora con la receta electrónica yo creo que se debería reforzar, que por ejemplo, ayer el muchacho (de registros médicos de emergencias) le entregaba el tiquete a la persona y le decía “vaya y en 20 minutos le dan la

medicina”, diay puede ser que sí, sí son las 9 de la noche, pero si el muchacho siempre le va a decir a la persona en 20 minutos porque es la información que él tiene, obviamente la persona va a venir un día a las 2 de la tarde y va a querer que este en 20 minutos, cuando es una hora que esta llenísimo y el cambio de turno y toda esa cosa, entonces si tal vez falta un poco de colaboración de parte de personas de otras áreas para orientar bien al paciente. Por ejemplo, ayer o antier, viene una muchacha y un técnico le explica que no ha salido la inyectable, al rato viene y se agarra con otro y se le vuelve a explicar, entonces la paciente dice que tiene mucho dolor y que el doctor le dijo que le iba a mandar un inyectable ¡sí, se lo mando! Pero venia con todo el grupo de medicamentos, ya se había hablado de que si el médico considera que hay que inyectarla porque está muy álgica allá tienen de todo lo que necesitan como Voltaren, Lisalgil, Tramal, Dexametasona, todo lo demás allá tienen, entonces si ellos consideran la inyectan allá, pero el criterio médico fue que la señora podía inyectarse cuando recogiera todas las medicinas, el problema es que la señora viene y entiende que primero la inyectan (como pasaba antes) pero ahora el sistema no permite esa segregación a menos que el médico lo mande aparte, mande primero la inyectable y luego mande todo lo demás, pero si el médico no lo hizo es porque esa no es la indicación que el médico dio ¡simple! Entonces hay alguien fallo, pero yo creo que la farmacia no tenía la culpa porque a nosotros nos llega toda la tira, entonces a veces es falta de conocimiento de las otras personas o que no les explican o la misma persona no le sabe explicar al médico su necesidad entonces al final nosotros tenemos que adivinar qué era lo que el médico quería.”

“Creo que si deberían haber como capacitaciones más constantes o hacer algo donde los jefes revisen cada cierto tiempo como está funcionando el sistema, porque nos reunimos cuando se empezó a cambiar a la consulta externa y ya, y hay otra gente de otros servicios que uno le pregunta y dicen “no yo no sé nada, a mí no me explicaron”. Entonces si le persona no entiende no sabe cómo funciona el sistema porque no le explicaron, la persona se va para la casa y no retira, por ejemplo, si viene primero la inyectable pero la persona no entiende que luego le van a mandar lo otro, la pastilla de Motrin o lo que sea, entonces ¿cómo esa persona va a saber que tiene que regresar al tanto tiempo?, si los otros servicios no le explican al paciente, el paciente no va a saber cómo es el proceso, porque el proceso ya no es igual que antes, ya lo de antes estaba super bien conocido, todo mundo sabía que venían dejaban la receta, le daban el papelito, lo traía a los tantos minutos o las tantas horas con la cedula y se le daba el paquete, pero ahora no es así,

porque ellos no traen nada y cuando ya estén digitalizadas las áreas de salud que lo que se le da al paciente es un papel con las fechas para que vayan a retirar las copias ¿eso va a ser un desastre en cuanto a porcentajes de reintegros!”

“Todo esto es una problemática que está disparando los reintegros pienso yo, entonces hay que empezar a verlo con los números, para ver que tanto impacto ha tenido la electrónica versus el sistema tradicional que teníamos. Si usted le pregunta a la encargada de los reintegros yo creo que ella le va a decir que la mayoría son de emergencias, lo crónico no es tanto, pero ahora con esa situación de que la gente no sabe bien como se mueve, habría que ver si sigue siendo más emergencias o si lo crónico empieza a subir. Pero muchas veces es que la persona no quiere esperar, o se tiene que ir, o lo voy a ir a comprar a la farmacia porque es barato”.

- Y el problema es que ahora la receta siempre sigue llegando...

“Exacto, y ahora por “huevo” ya hora si siempre llega y no hay manera de quitársela, entonces ¿habría que hacer? habría que ver como se hace para educar mejor a la gente, para que entiendan como es el proceso y no dejen la receta botada o si definitivamente no tienen interés en retirarla mejor le dicen al médico ¡ay no, no me mande nada! Pero bueno, en el contexto del 2017 que es el que usted tiene, si es un contexto diferente al de ahora, porque antes nosotros dominio casi que del 100% del proceso ¡ahora no! ahora dependemos de mucha gente y eso va a hacer obviamente que el proceso ya no lo podemos controlar”.

-Yo me imagino que la gente en el 2017 que venía a dejar la receta, se supone que iban a venir por el medicamento ¿Qué paso que no lo hicieron?...

“Si, digamos, la mayoría de gente, por ejemplo, si es crónico viene a dejarla porque no tiene, si es alguien de emergencias podía ser que viniera a dejarla, ¡pero al final dijera “¡ay no, para 10 acetaminofén mejor me voy, ahí la compro en la farmacia! Por eso eran más las de emergencias, ya si es un antibiótico si se esperan porque es más caro, entonces en ese contexto el paciente también tenía ese poder de decisión. De hecho, yo lo hablaba con el doctor (jefe), eventualmente, vamos a tener que como nos ha afectado el cambio de sistema, porque al final eso se traduce en plata que se desperdició, en recurso humano, horas de trabajo, materiales, porque, aunque la

medicina vuelve al estante, la bolsa, lo que se imprimió, el sticker todos esos materiales que al final van a tener un costo.”

6.-Describa brevemente la infografía con que cuenta el servicio (brochures, afiches, videos informativos, entre otros) donde se brinde información sobre: la importancia del retiro de la medicación, tiempo de espera para la entrega de medicamentos, horario para la entrega y retiro de recetas.

“Bueno, básicamente es lo que está pegado en la ventana, siempre se pasan pegando rotulitos cuando hay alguna situación, que falla el sistema, que se va a durar más, digamos se rotulan las ventanas, se habían puestos unos papelitos para explicarle a la gente cuanto se tardaba, por ejemplo en julio que es lo del Día R que tiene que ver con cumplimiento, responsabilidad con las medicinas, que los use bien, que lo retire correctamente, una de las cosas que se le da a la gente en las bolsitas son brochures, se dan charlas, pero durante todo el año siempre hay rotulación, teníamos una pizarra electrónica pero se dañó con todo lo de la remodelación, ahí pasábamos poniendo que las de medicina mixta duran tanto, ahí se ponían pero se fregó.”

- Sobre esta misma pregunta ¿Qué opciones considera son adecuadas para brindar esta información?

“A mí me gustaría que pudiéramos arreglar la pizarra electrónica, ahí se pasaba la información entonces el paciente está sentado y podía estar leyendo y la idea era que desde la computadora de la ventana uno pudiera si era necesario ir cambiando la información, a mí me parece que era una buena opción. Me parece que tal vez hay que hacer capsulitas informativas para ponerle a los paquetes y que la gente lea y sepan cómo funciona el sistema, hacer como un diagrama o algo y sepan como es y agarren consciencia y estén viniendo más a retirar, pero si hay que buscar estrategias, a mí me alarmó mucho cuando ya vi que si la cosa de los reintegros estaba aumentando tantísimo”:

7.-Basado en su experiencia como farmacéutico del Hospital William Allen Taylor ¿Cuáles factores o motivos considera que pueden influenciar en que los medicamentos no sean retirados oportunamente por los pacientes, que beneficios implica conocer estos datos?

“El tiempo, a la gente no le gusta esperar, ellos quisieran como cruzar de emergencias a aquí y que la medicación ya este, el tiempo es el principal factor pienso yo, la persona no quiere esperar, se va y le da pereza regresar, eso y la falta de educar más a la persona sobre la importancia de que se tiene que tomar la medicina, porque aunque nosotros hagamos atención farmacéutica y muchas cosas educativas igual le llegamos a un porcentaje muy pequeñito de gente, no le llegamos ni a la mitad de la gente que está adscrita aquí, el año pasado en “atenfar” tuvimos como 340 citas y en domiciliar como 311 y aunque fueran personas individuales, el hospital tiene una adscripción como de 80mil personas, ósea que no estamos cubriendo ni el 1% de la población. Claro, se supone que ese menos de un 1% tiene ya gran conocimiento de cómo es la parte administrativa, del manejo de los medicamentos, de las recetas, de todo, pero al final dentro de toda la cantidad de gente es muy poco, entonces hay que educar más a la gente para que entiendan y el tiempo no sea un factor y digan ¡ay que pereza ir al hospital! ¡que pereza esperarse!, que sepan que, aunque se tienen que esperar tienen que retirar, porque necesitan la medicina, porque por algo se las mandó el médico”:

8.- ¿En cuanto al almacenamiento de los medicamentos en el área de ventanillas, considera usted que estos se mantienen en las condiciones adecuadas y además son manipulados por el personal cuidadosamente a la hora de ser reintegrados para evitar pérdida por daño de este, describa brevemente algunas ventajas y desventajas del proceso de almacenamiento y reintegro de medicamentos?

“Si, bueno si depende mucho de quien, de vez en cuando ocurre que tal vez hay blíster muy parecidos que se acomodan en cajas que no son, pero no es tanto culpa de la persona que se equivocó, porque si las pastillas no fueran todas tan parecidas sería más difícil que hubiera errores de ese tipo, pero en general, las personas que hacen los reintegros pues toman el rato para hacerlo, van y lo guardan, sacan todo de las bolsas, etcétera y entonces como no sale de la farmacia podemos garantizar que si se han mantenido en buenas condiciones, de hecho una de cosas que se mejoró es que antes la insulinas se echaban en una bolsa y ya después se cambió ya las insulinas están dentro de la refri para poder garantizar la cadena de frío, por lo menos hasta que se le dé al paciente siga intacta, son cosillas que se han mejorado. El clima dentro de la farmacia se supone que es controlado, tampoco la ventanilla es que es más caliente que el resto, es mucho más fresco que afuera, entonces si hay buenas condiciones de almacenamiento”.

- Eso sería las ventajas más que todo, ¿algunas desventajas?

“Ah diay, ahí sería como el tamaño de los estantes, eso sí está muy mal, porque cuando hay muchísimo los estantes son muy pequeños y entonces a veces hay cosas que se caen y se quiebran entonces ya eso tras de que puede convertirse en un reintegro, se convierte en una pérdida”.

- ¿Las pérdidas que hay son más que todo por espacio, no por descuido del personal?

“Diay sí, no es por descuido es que a veces está demasiado lleno el estante y aunque uno no quiera se viene una bolsa de jarabe y se arranca la receta y después usted no sabe a dónde está la receta, pero es porque los muebles son muy pequeños”.

9.- ¿Cómo se maneja los desechos producto del trabajo diario en la farmacia como las bolsas plásticas y cajas? ¿Existe alguna política de reciclaje para bolsas plásticas de un solo uso, producto del proceso de reintegro de los medicamentos no son retirados por los pacientes, ante una repuesta negativa, considera importante que se implementen?

“Mmm no, hace mucho mucho tiempo yo le había dicho al Doctor como un protocolo para reciclar las bolsas plásticas, como planificar más el uso en el pre-conteo, pero el problema es que aunque sea un mismo proveedor el tamaño de las bolsas aunque usted le compre una medida no siempre es uniforme, entonces a veces la bolsa de boli es de un ancho y a veces de otro, entonces si tengo un blíster de cierto tamaño puede ser que me quepa solo uno o varios, entonces cuesta mucho planificar esa parte de planear como usar las bolsas para sacarles el máximo provecho y no hacer mucho basurero, todo los pedacillos de bolsas, cartón y todo eso que sobra si se bota, pero yo entiendo que las cajas, cartón y cartulina que es grande, entiendo que si había un programa para reciclar y pues el producto mientras tenga una buena presentación se puede reutilizar y de alguna manera se recicla, porque está dentro de la farmacia y está bajo buenas condiciones, ya si es un producto que salió de la farmacia y no sabemos dónde estuvo posiblemente si se descarte, pero igual se le recibe al paciente y nosotros nos encargamos de descartarlo correctamente”.

-Con respecto al uso de las bolsas de papel, ¿sería importante utilizarlas?, ¿Qué opina sobre eso?

“Yo entiendo que eso es un piloto que tiene la coordinación y como es un piloto de ellos, al final ellos son los que van determinando como el cronograma de cómo va entrando la gente, porque lo que tengo entendido es que quiere hacer una compra a nivel central, nosotros ahorita lo que estamos haciendo es comprando las bolsas nosotros o nosotros con algún otro servicio del hospital, una compra a nivel hospitalario, pero entiendo yo que eso de las bolsas de papel lo quieren a nivel de toda la Caja, para hacer una compra a gran escala y mejorar costos, entonces si eso es así, hasta que la coordinación decida que nosotros entramos en ese rollo de la bolsa de papel entonces vamos a tener, pero ahorita estamos en un contrato local de bolsas, que tampoco puede romperse de buenas a primeras, porque se hace con toda la cosa de contratación administrativa y hay que darle ciertas garantías al oferente, entonces no podemos decirle así como ¡mira, ahora queremos bolsas de papel y no plásticas, chao!, no, porque eso implica pagarle por romper el contrato antes, entonces posiblemente hay que hacer una buena coordinación de farmacia para ver en qué momento se acaba el contrato de bolsas y tal vez se haga un contrato con bolsas de papel, pero ya eso es algo que maneja el doctor (jefe)”.

Anexo 7. Respuestas de la entrevista realizada al farmacéutico No.3 (F3) sobre las fortalezas y debilidades del servicio de farmacia del HWAT.

1.-Basado en su experiencia, ¿los tiempos de espera asignados para que se cumpla el proceso de preparación y entrega de la receta médica es el adecuado para el paciente, tomando en cuenta los momentos con más volumen de trabajo?

“Para el paciente nunca va a ser adecuado el tiempo, porque ellos quisieran como llegar, salir el consultorio y llegar a la farmacia y que se los den de una vez y aquí tenemos otro factor que es hay gente que vive muy largo donde los horarios de los buses influyen mucho, entonces ese es uno de los problemas que influyen acá”.

-Ok, para el paciente quizá no, pero esos tiempos que ya están estipulados dentro de la farmacia ¿es lo que de verdad se dura o se podrían mejorar?

“Tal vez si se pudiera mejorar si se eliminan un montón de tiempos muertos que hay ahí, yo siento que el despacho está muy largo de donde está la parte donde se etiqueta, para mí lo ideal sería poner una mesa y un mueble (cerca) donde yo tenga todo lo que más uso a mano, el pre-empaque y un técnico a la par, que me vaya poniendo todo. Lo he visto en otros lugares donde funcionó muy bien así y los tiempos de espera es casi que 45 minutos comparado con 2 horas, pero es por eso, porque se redujo la parte de tiempo muerto que hay a la hora de todo el proceso y eso aligera tal vez más el despacho”.

-Además de los que mencionó anteriormente ¿de qué otra manera podría mejorar este proceso de acuerdo con las capacidades del personal?

“Mejorar el proceso a veces... tendrían que durar lo que tienen que durar porque no hay de otra verdad, es mejor que dure un tiempo prudente, un poco tal vez más largo, pero garantizarnos que el despacho siempre vaya bien, más que todo hay medicamentos de mucho cuidado. La otra es tal vez clasificar las recetas en la ventanilla, para mí, paliativos debería dársele prioridad, tratarse como una receta de emergencias y sin embargo, se está recibiendo como si fuera una receta corriente, igual la de los adultos mayores el problema a veces es que es muy difícil porque no es siempre el adulto mayor el dueño de la receta sino que trae la receta de la nieta, del hijo, porque como es el adulto mayor que está en la casa sin hacer nada muchas veces lo mandan a dejar las

recetas, a veces es difícil mejorar, más cuando hay problemas de estructura física, nosotros estamos bien incomodos ahí”.

-Entonces, en síntesis, ¿ese tiempo ya estipulado para cada receta ya sea de emergencias o consulta externa si es el correcto tomando en cuenta la cantidad de personal?

“Tal vez si, tal vez no. Ahora con la receta digital si el sistema discriminara cuales recetas son de emergencias y cuales son de consulta externa sería más fácil que una persona se encargue solo de descargar solo lo que es emergencias y se van alistando y por el otro lado se van despachando las de consulta externa que por lo general son recetas con muchos medicamentos. Pero el sistema no los discrimina entonces todo va a depender que tanto volumen hay en la red y así van cayendo las recetas, entonces nos ha pasado con recetas que son de emergencias que tarda en llegar 30 ó 40 minutos solo en llegar la receta y tal vez ese es el tiempo que le dijeron en ventanilla que debía esperar, entonces hay cosas que si escapan de nosotros”.

2.- ¿Cuál es la capacitación con la que cuenta el personal del servicio de farmacia (técnicos y farmacéuticos) para cumplir de manera adecuada con las labores de diarias en cuanto al despacho de medicamentos?

“Diay, además del curso que creo que todos tienen de técnicos, de ahí en adelante si no se establece algo dentro de la misma farmacia no habría ninguna otra, solo lo del CENDEISS que es lo de los técnicos, pero si la jefatura no programa ninguna entonces no hay, porque cuando instalaron SIFA capacitaron a 3 ó 4 y esos tienen que darle el conocimiento los demás. Cuando entro EDUS nos dieron una charla de 15 ó 20 min y ahora si ¡Tomen ahí está EDUS déjeselo!, no hay una capacitación que uno diga, si tomaron un día entero para capacitar, aunque sea por grupos, que media mañana unos, en la tarde otros, el problema es que se capacitan unos pocos y ellos tienen que divulgar el conocimiento a los demás.

- ¿Y una vez y ya no más?

“Una vez y no más, porque no se les está actualizando y por otro lado tal vez esas 3 ó 4 personas están ocupadas durante el día que ¿en qué momento van a transmitir lo que aprendieron? ¡es imposible!”.

- ¿En qué aspectos podría mejorarse?

“Para mi debería establecerse un calendario de capacitaciones, algo periódico que sea muy bien estructurado dirigido a todo el personal, no solo a unos”.

-Por ejemplo, algo que se mencionaba es la parte de rotación, si alguien digita en unas horas pasa al despacho...

“Es que aquí no se da, eso sería lo ideal que rotaran, para mí, a la jefatura lo que no le gusta es que dice que es muy complicado, entonces ¿Por qué no hacerlo entonces por semana? Si usted empezó su semana en ventana, la que sigue pasa en cómputo y la que sigue pasa en despacho. Primero, vuelve menos tediosa la actividad, porque usted sabe que no va a estar todo el mes en despacho o todo el mes digitando, es un poco más descansado porque estar en despacho todo el día es bien cansado o estar digitando porque la vista se llega a cansar”.

“Para hacer más dinámico el trabajo todos deberían hacer de todo, yo además de la Caja trabajé en el sector privado y la política del sector privado es que el buen empleado es aquel que sabe hacer de todo, tal vez no a la perfección pero que, si sea capaz de cubrir un puesto de una persona que falte, yo creo que aplica para todo el mundo. Además, el tema o “derecho de piso” ¡es terrible! ¡solo aquí lo he visto! “como yo soy viejito entonces yo no tengo que ir a ventana, yo no tengo porque ir a cubrir ciertos puestos, porque soy de los viejos trabajando aquí” y el contrato no ha cambiado, sigue siendo el mismo. Tenemos muchos nuevos, que no son tan nuevo que no saben hacer otras cosas por estas estancados en la ventana”.

- ¿Ese “derecho de piso” quien lo implemento?

“Solo aquí y solo aquí lo he visto”.

- ¿Es algo de palabra nada más?

“Si, exactamente”.

3.- ¿Existe algún tipo preferencia que se aplique a los pacientes del servicio de farmacia del hospital al momento de la recepción de recetas y despacho de los medicamentos?

“Díay depende de quien esté en la ventana, porque hay unas que llegan ¡ay es que viene con un bebe en brazos! Entonces, si la receta viene a mano ya es urgente entonces se digita como urgente o dependiendo quien sea ya llega a buscar a fulanita entonces ¡ay pobrecita!, sin embargo, como una priorización de por qué esa receta es urgente ¡no, no existe!

- ¿Entonces solo tienen preferencia con mujeres embarazadas y adulto mayor?

“En teoría porque tiene una fila para embarazadas y adulto mayor, pero muchas las recetas no se procesan como embarazadas o adulto mayor, sino que van dentro del mismo paquete, simplemente es para la atención en ventanilla, todas las que reciban ahí van para la misma Caja”.

- ¿Alguna otra condición especial que se le deba dar prioridad y por qué motivo? Por ejemplo, indígenas que vienen desde lejos.

“A veces con los indígenas cuesta mucho, además de la barrera del idioma y en lo poco comunicativos que son, cuesta mucho, pero mi habría que ver cada caso muy individual, muchas veces llegamos y las recetas de visita domiciliar, independientemente geriatría o cuidados paliativos, tienen condiciones los familiares muy difíciles, muchas veces es un único cuidador para la persona y le cuesta un montón salir, entonces, al tener que ir dejar la receta un día e ir por ella al otro día para ellos implica además de un gasto económico es andar buscando quien les vaya a ayudar ese día a cuidar al paciente ese rato, entonces debería haber prioridad en la atención y en el despacho. Deberían manejarse para mí, como recetas de emergencia, primero son pacientes que la mayoría de los casos es solo un cuidador que tienen y tienen que ver cómo se las ingenia para salir ese día y tras de eso dependiendo del lugar ese el único bus que hay. Hay un paciente de Peralta que solo la esposa lo cuida y en Peralta solo hay un bus los lunes, miércoles y viernes, el bus sale en la mañana y entra a las 2 de la tarde, ellos vienen y aprovechan para hacer todo lo que tengan que hacer en el centro de Turrialba. Y son pacientes que económicamente no puede, desgraciadamente tenemos una población con una limitante económica muy importante y son pacientes polimedicados llevan insulina, Coreg, etc, que para poder ellos adquirir el medicamento no podrían”.

4.-Comente como considera usted que es el trato del personal que labora en el servicio (técnicos y farmacéuticos) hacia los pacientes a la hora de acercarse al área de ventanillas.

“Para mí es bueno, sin embargo, lo que es el trato con personas siempre es difícil porque va a depender de un montón de cosas, tal vez en el estado en que venga yo, de que tan apresurado ande y tal vez la prontitud con la que yo quería que me atendieran no fue la que yo quería, entonces eso ya me va a predisponer ya desde ese momento hasta que llego a la ventanilla”.

- ¿Qué aspectos considera usted que debe mejorar el personal para brindar una atención de calidad a los pacientes?

“Para el mí el trato que ellos dan es bueno, sin embargo, nunca falta quien diga que no y uno también hay días que uno esta como más sensible que otros, que Dios guarde me digan algo porque ya también exploté verdad, eso es parte de. Pero en las condiciones que estamos actualmente yo lo dejaría como esta”.

5.-Según su experiencia laboral ¿se les brinda a los pacientes la información necesaria por parte del personal que labora en el área de ventanilla, para que tengan conocimiento del tiempo que tienen para hacer el retiro de su medicación?

“Si, ellos siempre les dicen, ellos revisan si es una receta de emergencia o de otro y siempre le informan cuanto tiempo”.

- ¿Considera usted que eso pueda estar implicado en el retiro de la medicación, por ejemplo, que el paciente desconozca cual es el tiempo que tiene que esperar?

“Díay, el problema es que, aunque se le informe el paciente a veces ni siquiera pone atención, están tan pendientes de otras cosas, entonces es muy relativo. Muchas veces usted llega y si hay problemas en el sistema, el último problema que ha habido es la falta de personal, siempre falta un montón de gente entonces eso hace que se recargue el trabajo en los que quedan y los tiempos de espera se alargan, pero a veces el paciente cuando les informan cuanto tiempo tienen que esperar para el despacho de la receta, a veces están tan idos en el teléfono que ni siquiera creo que pongan atención que fue lo que les dijeron”.

- ¿Y cuando pasan esas situaciones del sistema o el personal también se les informa?

“Normalmente lo que están en ventana si hay algo que está atrasando los tiempos de espera, siempre se les informa desde el despacho que aumenten el tiempo de espera, si estaba durando 2

horas se les dice que pase a 2 horas y media o 3 horas y cuando hay fallos en el sistema dependiendo del paciente se les informa del tiempo que puede que tiene que esperar para que la receta pero que si tiene posibilidades de venir al día siguiente mucho mejor para que el paciente venga y logre llevárselo de una vez”.

6.-Describa brevemente la infografía con que cuenta el servicio (brochures, afiches, videos informativos, entre otros) donde se brinde información sobre: la importancia del retiro de la medicación, tiempo de espera para la entrega de medicamentos, horario para la entrega y retiro de recetas.

“Mmm no, ahorita no hay nada. Había antes uno que pasaba esa información, pero no sé qué se hizo esa pizarra después de la remodelación, ese tipo de material se perdió, la idea de la pantalla en la sala de espera era estar pasando pequeños cortos donde el paciente mientras esperaba estuviera informándose de cosas importantes para ellos en cuanto su medicamento, despacho y cosas propias de la farmacia, pero la pantalla como que nunca funcionaba o nos comía la tecnología porque nunca logramos usarla siguen viéndose los toros, los partidos. Hay algo que no sé por qué llegan y la prueban y de momento medio los corre y llegan vuelven a poner la pantalla arriba y ya no corrió nada, entonces tenemos un recurso ahí que no se ha podido utilizar o no sé si es porque hay un defecto en el lugar donde está puesto o porque hay una inoperancia de nosotros a la hora de usar el dispositivo, lo más que se usa son esas pizarras donde se ponen las campañas informativas que se hacen mensualmente para informar al paciente, por mes la Caja tiene estructurado campañas informativas, entonces en las pizarras se hace un tipo de mural para informar al paciente, confeccionar unos brochures para meter en las bolsas de los medicamentos que se entregan y dar charlas en la salita de espera en horas estratégicas, cuando más pacientes hay, especialmente en las mañanas”.

- ¿Qué opciones considera que son más adecuadas para brindar esta información, para que pueda llegarle más al paciente?

“Eso de los aprendizajes es difícil, porque todos aprendemos de diferentes maneras, hay que gente que puede que la forma más practica sea viendo un video, o tal vez ni viéndolo solo escuchando la información que vienen en el video, va a depender de cada persona, de la condición educativa de

cada persona, en la forma en que aprenda. Deberían aprovecharse las tres formas, porque ahí se abarcan varias formas”.

7.-Basado en su experiencia como farmacéutico del Hospital William Allen Taylor ¿Cuáles factores o motivos considera que pueden influenciar en que los medicamentos no sean retirados oportunamente por los pacientes, que beneficios implica conocer estos datos?

“Como beneficios sería implementar estrategias para una mayor eficiencia en el despacho de medicamentos para ciertas poblaciones, aquí en Turrialba sé que uno de los principales problemas es el factor económico, muchos de nuestros pacientes tienen condiciones económicas muy difíciles, entonces muchas veces no traen las recetas copias porque no tienen dinero para poder venirse en el bus a dejar la receta mucho menos van a tener para irse. Otro son las distancias que hay aquí de muchos lugares a la farmacia en el EBAIS; hospital, son lugares muy retirados con problemas de transporte público muy importantes. La otra muy importante es la falta de adherencia y la acumulación de medicamentos que tienen muchos pacientes en la casa y para mí a veces es la principal, uno va a una visita domiciliar y se queda asustado de ver los medicamentos que tiene guardados de hace 5 ó 6 meses, Levodopa carbidopa acumulada, se les encuentra quince insulinas acumuladas, 3 ó 4 meses de Isordil o Coreg seis, siente, ocho cajas, igual inhaladores, entonces usted llega y encuentra medicamentos vencidos revueltos con medicamentos con buena fecha de vencimiento todavía y el paciente no sabe ni que se está tomando porque simplemente coge y no revisa nada, entonces ese es uno de los factores que influye mucho en que ni siquiera vayan a retirar “fuimos a la consulta y no retiramos, porque en la casa tengo un montón” y tal vez ni siquiera se dieron cuenta que se les cambio la terapia, entonces el efecto de ir acumulando tanto medicamento influye muchísimo en que ellos después no quieran retirar”.

8.- ¿En cuanto al almacenamiento de los medicamentos en el área de ventanillas, considera usted que estos se mantienen en las condiciones adecuadas y además son manipulados por el personal cuidadosamente a la hora de ser reintegrados para evitar pérdida por daño de este, describa brevemente algunas ventajas y desventajas del proceso de almacenamiento y reintegro de medicamentos?

“Las condiciones adecuadas por lo menos dentro de lo que cabe, si, manipulados adecuadamente tal vez no, porque he visto gente reventar el paquete de pastillas y eso influye un poco en el posible

deterioro de la calidad del medicamento que va ahí y con el cuento de que ¡son tabletas y no pasa nada!, el paciente llega y saca la pastilla y tal vez dependiendo de la pastilla su grado de dureza no es tan importante y si ya ha sufrido un montón de golpes durante el proceso donde llegan y abren muchas veces lo que sacan son polvo, entonces a veces dice uno ¿Qué tanto de eso influye en la calidad original del producto que venía del laboratorio?. Hubo un tiempo que pasó mucho con el Benadryl, donde se abría se hacía polvo de un solo, entonces le queda a uno la duda si era la dureza de la tableta que tenía el problema desde su fabricación o que tanto influía la manipulación del producto en el proceso”.

- ¿Algunas ventajas o desventajas de ese proceso de almacenamiento?

“Desventajas del proceso de almacenamiento, es algo muy común son los números de las recetas, recetas con números muy parecidos que la diferencia es una letra un número, se presta mucho para confusión desgraciadamente, entonces eventualmente podría darse un mal despacho. Ayer andábamos buscando una receta que estaba pérdida, había siete 03 en el mismo cajón, todos tenían la misma letra y la diferencia, eso es una debilidad del sistema porque tenemos medicamentos. Tenemos presentaciones muy parecidas y ya ha pasado que a la hora de guardar el medicamento se guarda equivocadamente un medicamento con otro y cuando nos damos cuenta tenemos Aldactone revuelto con Clorpromazina porque las presentaciones visualmente son iguales pero los medicamentos son completamente diferentes, una vez nos pasó Pyridium con Clorpromazina ¡ese día si nos llevamos un buen susto! Porque llegaron y por la presión que estaba haciendo el paciente ahí afuera el técnico llego y cogió la receta y no se fijó que no estaba revisada, estaba en la mesa pero no estaba revisada, llego la empaco y la entrego y cuando nos dimos cuenta la paciente se había llevado clorpromazina en lugar de Pyridium, nos tocó llamar a la paciente que era de Santa Cruz para cambiarle el medicamento, esa es una debilidad que tiene la Caja, muchas presentaciones son exactamente iguales y el proceso de farmacia se vuelve muy mecánico y no se detallan todos los blíster”.

“Y en los pacientes pasa que cuando cambiaron la presentación de Irbesartán, Metformina y la Acetaminofén que las tres presentaciones se parecían hubo más de un paciente que se tomó Metformina pensando que era Acetaminofén y otros el Irbesartán pensando que era la Metformina, el paciente asocia siempre la presentación de la pastilla con el color y la forma o algo, porque rara vez te dicen el nombre del medicamento y cuando llegan y le cambian el color al medicamento

que ellos estaban normalmente acostumbrados a usar es cuando vienen los problemas y pasa con cualquier gente, imagínese en un adulto mayor hipotenso y se tome dos Irbesartán. Para mí una de las debilidades que tiene la Caja es que las presentaciones son muy parecidas”.

9.- ¿Cómo se maneja los desechos producto del trabajo diario en la farmacia como las bolsas plásticas, etiquetas y cajas?

“Etiquetas hemos intentado con las blancas por lo menos reutilizarlas, bolsas plásticas vana en la basura y las cajas los chiquillos si las apartan porque se mandan a reciclar”.

- ¿Existe alguna política de reciclaje para bolsas plásticas de un solo uso, producto del proceso de reintegro de los medicamentos no son retirados por los pacientes?

“Aquí no, al menos en el hospital todo va para la basura, desgraciadamente ahora el problema que tenemos es que la receta digital trae un consecutivo y eso va pegado en la bolsa y por pegarse resultan imposibles de despegar, si usted intenta despegarla la bolsa se termina rompiendo, en el área de salud cuando estuve ahí la persona de limpieza se encargaba de separar la basura pero aquí en el hospital no, lo ideal sería implementar un proyecto de reciclaje y separación de residuos”.

-Considera importante implementar el cambio de bolsas plásticas por bolsas de papel?

“Dentro de la política de la Caja esta que en algún momento se van a cambiar las bolsas plásticas por bolsas de papel y desde el punto de vista ecológico si debiéramos crear una cultura de reciclaje, eliminar las bolsas está difícil, pero si por lo menos si un paciente que solo lleve Acetaminofén tras de que va empacado en plástico volvérselo a echar en una bolsa es un desperdicio”.

- ¿Eso de pegar el consecutivo eso solo ahora con la receta digital?

“Solo con la receta digital”.

-En el 2017 que no existía ¿no se usaba la bolsa extra?

“Siempre se ha utilizado, desgraciadamente siempre se ha utilizado, las bolsas deberían utilizarse solo cuando va más de un medicamento, para así garantizar que no anden sueltos por todo lado, pero una Acetaminofén o un Ibuprofeno tras de que viene empacado en plástico ponerle otro, es un desperdicio de recurso, aumento del consumo del recurso que se está utilizando y en la farmacia quedan muchos residuos de plásticos que podrían utilizarse en otra cosa”.

Anexo 8. Instrumento para la elaboración de las conclusiones y recomendaciones

Resumen de resultados	Conclusiones	Recomendaciones
<p>Los medicamentos menos retirados son los AINE y los Analgésicos no narcóticos (Acetaminofén).</p>	<p>Las principales causas son interés por recibir una incapacidad laboral, además de ser medicamentos de fácil acceso y bajo costo que pueden tener almacenados en los hogares y prefieren no esperar.</p>	<p>La CCSS anotar en el expediente de cada paciente que presente que presente problemas en cuanto al no retiro de la medicación, para que los profesionales en salud puedan intervenir y abordar estos casos, especialmente de aquellos que son reincidentes.</p>
<p>Existe relación entre los medicamentos no retirados y el servicio que genera la receta.</p> <p>Los medicamentos que menos se retiran son prescritos en el servicio de urgencias.</p>	<p>Se hace un uso irracional de los servicios en general, pero en mayor medida del servicio de emergencias, por desconocimiento del verdadero objetivo del mismo generando saturación y atraso en la atención de otros usuarios.</p>	<p>La CSSS debe extender los horarios de atención y el número de consultas en el primer nivel de atención, ara disminuir la saturación del servicio de otros niveles.</p> <p>Recalcar de forma periódica el verdadero objetivo del servicio.</p>
<p>Existe relación entre los medicamentos no retirados y la especialidad del médico que prescribe la receta.</p> <p>Los médicos generales son los principales prescriptores de las recetas que no se retiran en el servicio de farmacia del HWAT.</p>	<p>Los médicos generales son los que laboran en el servicio de emergencias del HWAT.</p>	<p>El personal del servicio de emergencias del HWAT (médicos generales) a educar de forma práctica y eficiente a sus pacientes sobre la importancia del retiro y la correcta administración de los medicamentos prescritos, para garantizar un aumento en la adherencia de este.</p>
<p>El no retiro de medicamentos está influenciado por el género de los usuarios.</p>	<p>Las mujeres son las que visitan más los centros de salud por su papel de como cuidador de la</p>	<p>A los profesionales en salud del HWAT identificar más a fondo las causas que presente este</p>

<p>Género femenino no retira en mayor medida los medicamentos prescritos en el HWAT.</p>	<p>salud propia y del entorno familiar, sin embargo, este sector de la población con mayor frecuencia no retira la medicación prescrita en la consulta de los diferentes servicios.</p> <p>Las principales razones por las que las mujeres no retiran son por tener medicamentos acumulados en los hogares y tiempos de espera.</p>	<p>sector de la población para no retirar la medicación y crear bajo estas situaciones protocolos de apoyo, además promover mediante campañas una cultura de autocuidado de la salud tanto a hombres como a mujeres.</p>
<p>El no retiro de los medicamentos está influenciado por el grupo etario al que pertenece el usuario.</p> <p>El grupo etario que más problemas presentan para retirar la medicación son los adultos de 18 a 64 años.</p>	<p>La población con edades entre los 18 y 64 años generalmente no retira su tratamiento porque no tiene tiempo debido al trabajo o no tienen una cultura de interés por mantener la salud.</p>	<p>A las escuelas, colegios y universidades en general, promover mediante charlas y programas educativos guiados por farmacéuticos la importancia y función de las farmacias y de los medicamentos, desde la perspectiva de mejorar el aprovechamiento de los recursos que esta ofrece.</p>
<p>La zona de residencia de los pacientes es un factor influyente para que no retiren sus medicaciones.</p> <p>Los pacientes de las zonas más cercanas al HWAT, no retiran con mayor frecuencia sus medicamentos.</p>	<p>Las personas que viven en las regiones más cercanas al hospital no retiran sus medicamentos porque no les interesa utilizar el medicamento, solo la atención por parte del médico para obtener una incapacidad laboral.</p>	<p>La CCSS investigue si esta misma tendencia se encuentran en otros centros de salud, con el propósito de dar a conocer esta información en la población y generar conciencia fundamentalmente sobre como estas recetas que no se retiran generan retrasos en la preparación de las recetas de los pacientes a los cuales si se les dificulta el acceso al centro médico, implementar un sistema</p>

		de transporte en donde se le facilite el traslado de los medicamentos a la casa, el cual puede tener un costo accesible a la población.
<p>La escolaridad es un factor influyente para que el paciente no retire sus medicamentos.</p> <p>Las personas con un bajo grado educativo son las que menos retiran la medicación prescrita en el servicio de farmacia del HWAT de Turrialba.</p>	<p>Gran parte de la problemática del no retiro de medicamentos se encuentra relacionado con pacientes que presentan un bajo grado de escolaridad, esta situación es un factor que afecta negativamente la adherencia a los tratamientos ya que esto dificulta la comprensión sobre la importancia de la correcta administración de su medicación. Perjudicando además su entorno social.</p>	<p>A el Gobierno de Costa Rica priorizar medidas que garanticen un acceso en igualdad de condiciones que aumenten el éxito educativo de la población costarricense con el fin de asegurar una buena salud pública. A la CCSS fomentar la realización de giras a zonas donde se presenten problemas de bajo cumplimiento farmacológico o con marcados problemas de salud.</p>
<p>No todo el personal del servicio de farmacia del HWAT trabaja con los principios de esfuerzo y esmero estipulados por la CCSS.</p>	<p>La actitud del personal es un factor que influye en el tiempo de preparación de la receta, situación que podría generar insatisfacción en los usuarios. Además, el farmacéutico es el responsable de supervisar y garantizar la eficiencia del cumplimiento de las labores del personal que tiene a cargo.</p>	<p>Se recomienda a la jefatura del servicio, que identifique el personal que no cumple con sus funciones de forma eficaz y con dedicación para comunicarle de la manera más adecuada sus fortalezas y debilidades en cuanto a la realización de sus labores.</p>
<p>Que el personal no recibe capacitaciones de forma regular.</p>	<p>El personal del servicio de farmacia no recibe capacitaciones de manera regular, sino que muchos de los conocimientos que necesitan para desempeñarse en su puesto son adquiridos por la</p>	<p>La CCSS debe garantizar la capacitación regular sobre las funciones requeridas en el servicio de farmacia que abarque todo el personal que labore en condición de plaza o interino. De igual forma, la</p>

	rutina del trabajo diario, lo que afecta los tiempos de espera porque no todo el personal está adecuadamente capacitado.	jefatura del servicio de farmacia del HWAT debe organizar y aplicar de forma interna charlas o actividades que ayuden a preparar más al personal en las áreas donde presentan más deficiencia con el objetivo de agilizar los tiempos de preparación de las recetas.
La distribución organizacional del mobiliario no es la más adecuada en cuanto a productividad.	Una buena organización estructural del servicio permite reducir los tiempos de preparación de la receta, aumentando la efectividad y fluidez de dicho proceso.	El servicio de farmacia del HWAT, realizar modificaciones del mobiliario para mantener un proceso de recepción, digitación, preparación y entrega más lineal, evitando que el personal se vea afectado por temas de espacio en momentos donde haya más volumen de trabajadores y de trabajo.
El trato por parte del personal del servicio de farmacia del HWAT se considera bueno con excepción de algunos funcionarios que muestran una actitud descortés a la hora de relacionarse con el paciente.	Un factor que afecta de forma negativa la confianza y satisfacción del paciente con el servicio de farmacia es la falta de empatía y la descortesía que caracteriza a algunos funcionarios, lo que conduce a que el paciente no se sienta motivado a retirar su medicación.	A las Universidades que forman profesionales en salud a incluir dentro de su formación talleres o cursos que estén dirigidos a fomentar habilidades blandas que permitan alcanzar un desarrollo profesional exitoso. A la CCSS que brinde de forma frecuente a todo su personal tanto en condición de interino o en plaza, para que sea capaz de abordar y resolver las diferentes situaciones relacionadas con la atención a los usuarios.
Si se brinda información del tiempo que tarda en prepararse	Actualmente existe una deficiencia de conocimiento	A las jefaturas de todos los servicios HWAT que prestan

<p>la medicación por parte del personal del servicio de farmacia del HWAT.</p>	<p>sobre el funcionamiento del sistema digital por parte de los usuarios y parte del personal que labora en el HWAT.</p>	<p>atención al usuario a reforzar mediante capacitaciones el conocimiento del recurso humano sobre el adecuado funcionamiento del sistema digital, para instruir al usuario sobre los pasos correctos que deben seguir para completar satisfactoriamente el ciclo de atención y de la misma manera elaborar y colocar material de apoyo sobre este tema en lugares estratégicos.</p>
<p>Se brinda material informativo sobre tema de medicamentos o los estipulados por la CCSS de forma mensual, no existe material sobre la importancia del retiro de la medicación en el servicio.</p>	<p>A los usuarios del servicio de farmacia no se les proporciona material informativo acerca de la importancia del retiro del tratamiento farmacológico, solo se brinda sobre temas propuestos por la coordinación de la CCSS, además no se aprovechan los recursos tecnológicos propios del servicio para brindar información importante acerca de estos temas.</p>	<p>Al servicio de farmacia del HWAT diseñar y poner a disposición de los usuarios material informativo mediante diferentes métodos de aprendizaje para asegurar que gran parte de la población conozca a cerca de la importancia del retiro de la medicación para el beneficio propio y de la sociedad.</p>
<p>Los principales factores del no retiro de medicamentos son la acumulación de medicamentos en el hogar y el tiempo de espera.</p>	<p>Dos de los principales factores que se relacionan con el no retiro de los tratamientos en el servicio de farmacia del HWAT es la acumulación de medicamentos en el hogar y el tiempo de espera para hacer el retiro de los fármacos prescritos. Dejando en manifiesto una</p>	<p>A los farmacéuticos del HWAT a investigar más a fondo las causas que motivan a los pacientes a no retirar la medicación e implementar medidas eficaces que permitan mejorar la adherencia al tratamiento de los usuarios, además de extender los horarios de atención farmacéutica</p>

	<p>deferencia en la adherencia al tratamiento.</p>	<p>incluyendo fines de semana para captar un mayor porcentaje de la totalidad de personas adscritas al hospital.</p>
<p>Las condiciones de temperatura dentro de la farmacia son las adecuadas. El personal no manipula de forma adecuada los medicamentos en el proceso de reintegro. Poco espacio en estantes.</p>	<p>Las condiciones de temperatura dentro del servicio de farmacia del HWAT son las adecuadas, sin embargo, dos factores que pueden generar pérdidas de medicamentos por daño son la mala manipulación por parte de algunos funcionarios, sumado el poco espacio disponible en los estantes donde se almacenan los medicamentos ya preparados en el área de ventanilla.</p>	<p>A la jefatura del servicio de farmacia a concientizar a todos los funcionarios de este servicio sobre la correcta manipulación de los medicamentos por medio de pequeñas capacitaciones con el fin de evitar daño o pérdida de estos, además de adquirir estantería más amplia de acuerdo con el volumen de producción de la farmacia.</p>
<p>Hay errores en el despacho debido a las semejanzas visuales en el empaque del medicamento.</p>	<p>La similitud visual los empaques de los medicamentos sumado al descuido por parte del personal durante el proceso de reintegro es un factor que genera errores en el almacenamiento y posterior despacho de los medicamentos, ocasionando una percepción negativa del servicio de farmacia y desconfianza por parte de los usuarios.</p>	<p>A la CCSS solicitar a sus proveedores medicamentos con empaques visualmente diferentes para evitar en mayor medida los errores cometidos por el factor humano y así evitar afectar la seguridad y salud de los usuarios.</p>
<p>En el servicio se genera mucho desecho de plástico y no hay políticas de reciclaje.</p>	<p>Las bolsas de plástico son uno de los insumos que mayormente se utilizan en el servicio de farmacia del HWAT de Turrialba y como producto de la actividad diaria se generan gran cantidad</p>	<p>A la jefatura que tome todas las medidas necesarias para priorizar el cambio de bolsas de material plástico a papel o en su defecto utilizar bolsas de plástico biodegradables más</p>

	<p>de residuos que actualmente son desechos en la basura común, ya que no se cuenta con ninguna política de reciclaje para este material.</p>	<p>amigables con el ambiente, además concientizar al personal sobre el problema de la contaminación ambiental que ocurre con el desperdicio de recursos producto de las actividades diarias, al mismo tiempo que se implementen campañas de separación y reciclaje de estos residuos en conjunto con la Municipalidad del cantón.</p>
--	---	---

Nota: Elaboración propia, 2019.

Anexo 9. Propuesta de mejora para el servicio de farmacia del Hospital William Allen Taylor de Turrialba.

Paso No.1: Realizar capacitaciones a todo el personal en condición de plaza o interino de manera regular acerca de los siguientes temas:

- Importancia de la empatía y el buen trato al usuario (Habilidades blandas).
- Conocimiento y desempeño eficaz de cada una de las labores diarias en el servicio de farmacia.
- Manipulación correcta de los medicamentos para asegurar su calidad.

Paso No.2: Supervisar y evaluar al personal que labora en el servicio según el nivel jerárquico.

Paso No.3: Planificar y aplicar una redistribución del mobiliario de manera que permita un flujo de la receta lo más lineal posible para mejorar el tiempo de espera y la comodidad del personal.

Paso No.4: Elaborar material informativo y realizar charlas o campañas educativas enfatizando los siguientes temas:

- Importancia del retiro y correcta administración de la medicación prescrita.
- Funcionamiento de la receta electrónica.

Paso No.5: Coordinar e implementar un sistema de mensajería de texto por el cual el usuario sea alertado sobre el vencimiento del plazo para hacer efectivo el retiro de los medicamentos.

Paso No.6: Poner en funcionamiento un programa de reciclaje de materiales catalogados como residuos comunes y tomar medidas para agilizar el cambio de bolsas plásticas a bolsas de papel.

Paso No.7: Planificar investigaciones, con el fin de conocer mas a fondo las principales causas que tiene los usuarios para no hacer el retiro de la medición prescrita.

