

CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

FARMACIA CLINICA DR. CARLOS DURAN CARTIN



**EVALUACION BENEFICIO/COSTO Y SIMPLIFICACION
DE TRAMITES CON RECETA UNICA PARA PACIENTES
CON ENFERMEDADES CRONICAS**

**Elaborado: Dra. Patricia Zolaque Parada
Dra. María Libia Salas Salas**

26 de mayo del 2009

Resumen

El objetivo principal del estudio es evaluar el beneficio/costo que ha originado la implantación de la modalidad de receta única para pacientes con enfermedades crónicas, como alternativa al uso tradicional de las copias al carbón para continuación de tratamiento en la farmacia de la Clínica Carlos Durán Cartín

En octubre del año 2000, el equipo de trabajo de la farmacia diseñó el sistema de ejecución de las recetas copias como un modelo clave de la organización para responder a las necesidades y expectativas de los usuarios del servicio, así como medida de solución al incremento en la demanda, problemática del sistema vigente y exceso de carga laboral debido al déficit de recurso humano que afronta aún en la actualidad esta farmacia.

Durante los nueve años de desarrollo e implantación del sistema de receta única (2000-2009) hemos atendido al 60 % del total de la consulta externa de la Clínica Dr. Carlos Duran Cartín con patologías crónicas y es a ese grupo en particular a quienes se les prepara el tratamiento mensualmente en forma anticipada.

La satisfacción del paciente ha obtenido una puntuación media de 99%. Además ha beneficiado al médico en su relación con el paciente y al mismo Servicio de Farmacia en salud ocupacional y minimización de riesgos por mala praxis.

Como principal conclusión, aplicar el sistema de receta única es una alternativa a la dispensación de recetas copias tradicional, necesaria e imprescindible para poder mantener e implantar otros procesos asistenciales más “cercaños” a la patología del paciente y su adherencia al tratamiento. En nuestro caso, nos ha permitido localizar, definir, implantar y mejorar los flujos de trabajo, orientándolos hacia el paciente para conseguir unos objetivos de elevada calidad, sistematizar todas las actividades propias del servicio de farmacia, adecuarlas a las necesidades de nuestros clientes, reducir tiempos de entrega siendo esta variable una de las principales causas del no retiro de medicamentos, expandir los servicios farmacéuticos y mejorar la interrelación entre los actores del sistema de utilización de los medicamentos.

Conseguir un 99% en las encuestas de satisfacción aplicadas al servicio, demuestra que existe una correlación directa entre la efectiva implantación de este sistema de receta única y la satisfacción de los clientes especialmente de los pacientes, si sabemos que deben ser nuestro objetivo final y prioritario.

El no retiro de los medicamentos persiste, primero por la importancia relativa que el paciente asigna a cada elemento de la atención y segundo el resultado de la atención en salud y como la percibe, es decir las expectativas que tenía de cómo le iban a prestar esa atención. Normalmente existe una “zona de tolerancia” en el que la atención es aceptable para el paciente y se viene intentando identificar el valor relativo que cada dimensión de la atención (información, competencia profesional, capacidad de respuesta por ejemplo) tiene para el paciente, para introducir acciones de mejora y lograr un cambio de actitud en la población.

Existen numerosas consideraciones de inversión tangible e intangible que son necesarias para la mejora en la prestación de los servicios farmacéuticos pero lo ideal en este caso es considerar los costos como el impacto, lo que significa que el costo por unidad de impacto es el costo de alcanzar un 1% de impacto en cada objetivo que se tiene en el servicio de farmacia. El costo exacto de las inversiones de puesta en marcha depende en gran medida de las capacidades del personal, las instalaciones existentes y los recursos disponibles en las operaciones ya existentes. Después de la puesta en marcha de un proyecto hay unos costos de inversión tangible e intangible los cuales son necesarios para mantener, ampliar y mejorar de manera continua el servicio a nuestros usuarios y si se quiere seguir ofreciendo la máxima calidad posible, se debe estar dispuesto a identificar las debilidades de los servicios actuales y persistir en experimentar con métodos que permitan mejorar la efectividad, eficiencia o alcance de los servicios farmacéuticos que se ofrecen a los pacientes.

Por ser una acción de tipo social el beneficio es intangible, por tanto no es cuantificable económicamente. Se destacan los efectos directos o indirectos que modifican la calidad de vida de la población que recibe su impacto; además a pesar de la indudable relevancia del problema del costo y valor de la vida humana, no existe consenso sobre cómo efectuar ese cálculo. El grado de morbilidad y mortalidad relacionadas con los medicamentos es importante, y los costos asociados son casi inimaginables. En consecuencia este sistema de “receta única” es una forma de contribuir a controlar tanto el sufrimiento como el gasto de recursos que comporta este problema.

EVALUACIÓN BENEFICIO/COSTO Y SIMPLIFICACION DE TRÁMITES CON RECETA UNICA PARA PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICAS

Reglamento sobre los Programas de Mejora y Simplificación de trámites y Ley Integral para la Persona del Adulto Mayor

ÍNDICE

1. OBJETIVO	1
2. MODIFICACIONES EN INFRAESTRUCTURA PRODUCTIVA Y/O INSUMOS , POR IMPLEMENTACION DE ACCIONES DE MEJORA PARA UN BENEFICIO INTEGRAL.	1
3. COSTOS	2
4. BENEFICIOS	3
5. EVALUACIÓN BENEFICIO/COSTO	8
6. FORMATO DE SRU	9
ANEXO 1	15
ANEXO 2	19
ANEXO 3	31

EVALUACIÓN BENEFICIO/COSTO Y SIMPLIFICACION DE TRÁMITES CON RECETA UNICA PARA PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICAS

Reglamento sobre los Programas de Mejora y Simplificación de trámites y Ley Integral para la Persona del Adulto Mayor

1. OBJETIVO

Elaborar el análisis Beneficio/Costo y la validez de las acciones ejecutadas en la Farmacia de la Clínica Dr. Carlos Durán Cartín, para el uso de la modalidad de Receta Única en pacientes con enfermedades crónicas”.

2. MODIFICACIONES EN INFRAESTRUCTURA PRODUCTIVA Y/O INSUMOS POR IMPLEMENTACION DE ACCIONES DE MEJORA PARA UN BENEFICIO INTEGRAL.

Esta modalidad de prescripción y despacho no tiene impacto relevante sobre la infraestructura de la farmacia para llevar a cabo su implementación, debido a que ya se cuenta con la plataforma tecnológica que sería un gran inconveniente, pues los otros recursos son los existentes y adaptados a las condiciones locales. Desde que inició el proyecto, la farmacia tenía los equipos y la infraestructura necesaria, en ningún momento necesitó adquirir más equipo porque se contaba con lo básico de acuerdo al volumen existente en ese momento; al principio y por aproximadamente seis meses, se utilizaron cajas de cartón para el almacenamiento de los medicamentos ya preparados, la fórmula entregada al paciente para el control de entrega de los medicamentos cada mes, era de papel e impresas en la misma farmacia, el mobiliario el disponible y con el desarrollo del proceso se fueron dando las necesidades y la planificación de las mejoras para cambiar los recursos materiales utilizados, como fueron la compra de cajas plásticas y las tarjetas en diferentes colores para cada día . El recurso humano

para llevar adelante de manera satisfactoria los procesos y controles de la “receta única” se reorganizó y como bien se sabe, por ser éste insuficiente para satisfacer la demanda, pues no se cumple con los parámetros establecidos en las Normas de Habilitación del Ministerio de Salud, lo cual establece para la dotación de recurso humano:

“ a) La farmacia debe estar a cargo de un profesional en farmacia las 24 horas o durante el tiempo que permanezca abierta, b) un farmacéutico por cada 10.000 recetas mensuales o fracción para pacientes ambulatorios, c) un farmacéutico por cada programa o servicio farmacéutico especializado, d) un auxiliar de farmacia por cada 2.500 recetas mensuales o fracción para el área de dispensación de medicamentos a pacientes ambulatorios, un bodeguero, un misceláneo, un asistente administrativo y una secretaria”; es por tanto que ante las carencias de recurso humano tanto profesional como de apoyo, se cuenta con el apoyo incondicional y seguimiento de la Dirección del Centro para ayudarse con tiempo extraordinario y satisfacer el requerimiento del servicio. Este tiempo extraordinario se hace efectivo a partir de abril del 2005 a mayo del 2008 únicamente para personal de apoyo y desde mayo del 2008 para personal farmacéutico para así poder cumplir con la Ley N° 8220 “Protección al Ciudadano del Exceso de Requisitos y Trámites Administrativos”.

Existe un impacto en los usuarios del servicio de farmacia, ya que el uso de la “receta única” significa mejora en la calidad asistencial que se presta al ciudadano y que las farmacias deberían emprender como una acción de mejora para satisfacer el eslabón más importante de nuestro sistema de salud y que propone esta modificación.

Ver Cuadro “Gastos por remodelaciones”, Anexo 1.

3. COSTOS

1. El impacto es nulo en relación al personal encargado de dispensar las recetas copias a partir del 9 de octubre del año 2000 cuando se asume la modalidad de “receta única” hasta marzo del 2005 ya que no se pagaba tiempo extraordinario, de abril del 2005 a mayo del 2008 únicamente se paga tiempo extraordinario a

personal de apoyo, debido al incremento en la demanda y exceso de carga laboral. A partir de junio del 2008 a raíz de la negación de los técnicos para la revisión de las recetas por falta de protección legal y además disposiciones del Colegio de Farmacéuticos en cuanto a la definición del acto profesional farmacéutico y las actividades del personal técnico en el proceso de dispensación, así como la exposición a que se materialicen riesgos como son los diferentes tipos de errores que las estadísticas indican que se presentan en la práctica farmacéutica, lo que obliga al pago de horas extras a personal profesional para poder responder a la demanda y cumplimiento de la ley, por razones de no contar con el recurso humano profesional necesario acorde con la población atendida.

2. Dado que la instrumentación del proyecto de modificación de buenas prácticas debe descansar fundamentalmente en personal profesional, se estima que la farmacia tendrá que recurrir a tiempo extraordinario de profesionales, en tanto no se elimine la brecha existente, para poder atender en forma eficiente, eficaz y oportuna la demanda de un grupo en crecimiento sostenido, como son los pacientes con patologías crónicas. Asimismo, mantener los ajustes en el fortalecimiento de su recurso humano, mediante programas de capacitación, para poder solventar las buenas prácticas en farmacia. Los costos asociados son los siguientes: (Ver Cuadros con el estimado del número de horas extras para el periodo y sus remuneraciones, de acuerdo al Presupuesto de la Farmacia “Gastos anuales por horas extras de profesionales y personal de apoyo” y “Gastos anuales por capacitación”, Anexo 1).

4. BENEFICIOS

Institución:

El sistema de Receta Única representa una forma de trabajo que ha logrado mediante una distribución ordenada y eficiente de los recursos, tanto materiales como humanos, brindar un beneficio integral que ha involucrado a todo el equipo de salud inmerso en la atención del paciente, y cuyo eje central ha sido el paciente mismo, puesto que los trámites administrativos que engloba el proceso de

prescripción, entrega de las recetas y retiro de los medicamentos de los pacientes con patologías crónicas se han reducido considerablemente en comparación con el sistema tradicional de copias al carbón.

El Servicio de Farmacia a partir de la optimización de los recursos, logro alcanzado con el sistema de receta única, ha podido proyectar el trabajo del profesional farmacéutico al paciente y a la comunidad, mediante el programa de trabajo escolar y visita domiciliar, en los cuales se ha hecho especial énfasis a los beneficios y riesgos asociados a los medicamentos.

El contar con la modalidad de receta única ha permitido expandir los servicios que ofrece la farmacia como son: docencia y capacitación, información de medicamentos para mejorar el cumplimiento de la prescripción, fortaleciendo su acción de Unidad de apoyo clínico y colaborando en uno de los componentes del uso racional de medicamentos, que es garantizar la adherencia y cumplimiento de la prescripción.

Las institución se ve beneficiada al adquirir medicamentos y que su resultado esperado sea “utilización racional y efectiva de los insumos”, lo que eficientará el gasto en medicamentos.

Usuarios del Servicio de Farmacia:

Para los usuarios el “Sistema de Receta Única para la Prescripción y Dispensación de Medicamentos para Enfermedades Crónicas”, se traduce en mejoramiento de la atención, con orientación hacia la prestación de servicios con calidad y calidez para de esta forma lograr que nuestra población mejore su calidad de vida. En vista de que este sistema proporciona un beneficio integral puesto que involucra al paciente como principal beneficiario, al médico, al personal de farmacia y a las secretarias, se ha evaluado su continuidad desde los seis meses de iniciado el proceso y su satisfacción ha sido casi total, e incluso envidiable por médicos de otros centros según refiere el médico.

Siempre se ha considerado importante la opinión de los actores involucrados y hasta la fecha manifiestan:

1. Médico

El sistema de receta única permite mayor fluidez a la consulta, ya que el tiempo administrativo del médico para hacer las copias de las recetas disminuye considerablemente al tener que hacer solo una receta en la que indica los medicamentos, el número de meses y las cantidades que requiere por mes cada paciente, pudiendo tener mayor tiempo para brindar una atención más personalizada y provechosa para el paciente, además no tiene interferencias en la consulta por problemas con recetas ilegibles debido al uso del papel carbón.

A fines de febrero del 2009 se realiza un sondeo para conocer nuevamente su opinión y sobretodo el uso del nuevo modelo de receta de crónicos y lo expresado es "*Satisfacción Total*", menos tiempo que invertir, facilidad y más orden al elaborar la prescripción, firmar solo una vez y además, orientar mejor al paciente sobre la duración de su tratamiento, lo que fortalece la relación médico- paciente y médico-farmacia.

2. Secretarias

Al existir una única receta, las secretarias ocupan menos tiempo para el llenado de las recetas, logrando que el paciente tenga que esperar menos tiempo y hacer menos fila.

3. Paciente

Es evidente la satisfacción del paciente, ya que al consultársele si el sistema de dispensación mensual con tarjeta era adecuado desde el punto de vista de la agilidad con que se realiza la entrega de los medicamentos cada vez que le corresponde retirar su tratamiento, éstos han manifestado en su gran mayoría (99% de los consultados) que el actual sistema de dispensación mensual con tarjeta era rápido o muy rápido, si se conoce que la variable tiempo que tiene que esperar un paciente para retirar su tratamiento constituye una de las principales causas –desde el punto de vista de gestión operativa- de una mala adherencia, puesto que no los retiraba a pesar de que en su mayoría los requiere mes a mes, lo que conduce a mayores complicaciones que ameritan una atención más compleja y subsecuentemente más onerosa para la Institución; otro impacto

positivo es evidente en menos errores y más eficiencia, un servicio adecuado a sus necesidades y con tiempos de entrega máximo de una hora para los medicamentos de la consulta normal ya que la nueva modalidad para crónicos, permite la preparación de las recetas de consulta externa en forma más expedita. Recibir servicios de atención farmacéutica donde se evita cambios injustificados en las pautas de prescripción, duplicidades terapéuticas, potenciales problemas relacionados con los medicamentos y reacciones adversas que representan una afectación directa tanto para su salud como para el sistema de salud. Estudios indican que existe un potencial muy alto de obtener resultados económicos positivos cuando se presta a los pacientes una atención farmacéutica. (1)

Otros como información de medicamentos, en procura de cambiar su percepción idealizada del medicamento como fuente inagotable de beneficios y una actitud consumidora del mismo bastante compulsiva, resaltando de parte del farmacéutico la urgencia de comprender lo que el paciente desea y necesita para así ofrecerle servicios dirigidos a racionalizar y hacer más útil y positivo su consumo.

4. Servicio de Farmacia

➤ Del total de la consulta externa de la Clínica Dr. Carlos Duran Cartín, el 60 % corresponde a pacientes con patologías crónicas y es a ese grupo en particular a quienes por medio del sistema de receta única se les prepara el tratamiento mensualmente en forma anticipada, porcentaje considerable de la población atendida en la consulta externa tanto general como especializada de la clínica. Si se tiene que preparar en forma conjunta tanto las recetas de consulta externa como las copias de tratamientos anteriores, el proceso sería lento por ilegibilidad en las recetas que origina el uso del papel carbón, la necesidad de consultar el perfil, el expediente o incluso al mismo médico, que aunado a la falta de recurso humano se traduce en tiempo demás para el usuario final, siendo ésta una de las causas identificadas en el no retiro de los medicamentos. El sistema de receta única permite distribuir los funcionarios para la preparación de las recetas de copias y la preparación de las recetas de consulta externa diaria, lo que significa que las recetas de aquellos pacientes que han sido vistos por el médico el mismo día son entregados rápidamente (máximo 1 hora), y quienes vengan a retirar su

tratamiento crónico de acuerdo a las fechas indicadas en la tarjeta de retiro, encuentran su tratamiento listo; lo que refleja el impacto positivo que dicho sistema de trabajo ha producido a la fecha entre la población adscrita a este centro de salud.

- La nueva receta de crónicos ofrece facilidad para identificarla, se evita el deterioro de la receta pues los cupones no se desprenden, menos recetas se devuelven por falta de firma del médico y en cuanto al sello impreso al respaldo de la receta, agiliza la recepción y por tanto el control de la receta durante todo el proceso; es decir reduce tiempos y movimientos.
- Distribución eficiente del personal, atender la demanda y además permitir la optimización del recurso humano para desarrollar programas que brinden valor agregado.
- Mayor proyección del farmacéutico hacia otros escenarios como el escolar, la visita domiciliar, ferias de salud, la investigación para el mejoramiento continuo de la calidad, etc.
- Otro beneficio es el desarrollo del recurso humano, mediante sesiones de capacitación viernes por medio; incentivo que sin la organización y distribución del trabajo ligado al sistema de receta única, difícilmente se hubiera podido realizar en vista del volumen de trabajo y el déficit de personal.

Menor exposición a los agentes estresantes que pueden aparecer en cualquier circunstancia en que se someta a un individuo a una carga a la que no puede acomodarse, pues las empresas deben de ser concientes que los individuos son seres humanos que sienten, sufren enfermedades y tienen un límite, por lo que debe de promoverse iniciativas encaminadas a la satisfacción de los colaboradores para que den lo mejor de sí en su trabajo y contribuyan a mejorar las condiciones de la farmacia como el clima organizacional y esto llevará a obtener mejores resultados. El sistema de receta única ha sido una alternativa de solución atenuante sobre los efectos del estrés laboral, incluso se ha tenido el cuidado de recurrir a personal de otras farmacias de la institución para que laboren extras y de esta manera disminuir la presión y el estrés laboral.(2)

Sin embargo, el total social de beneficios no se altera, a pesar de que la demanda crece en promedio un 5% cada año. Ver Cuadro “Total de recetas dispensadas años 2000 a 2008”, Anexo 2.

5. EVALUACIÓN BENEFICIO/COSTO

Cuando los resultados y costos de un proyecto pueden traducirse en unidades monetarias, se habla de Análisis Costo Beneficio (ACB); en este caso por ser un proyecto social, los impactos no siempre pueden ser valorizados en moneda, por lo que es un análisis Costo Efectividad (ACE).

En el ACE, su particularidad radica en comparar los costos con la potencialidad de alcanzar más eficaz y eficientemente los objetivos no expresables en moneda o con la eficacia y eficiencia diferencial real que las distintas formas de implementación han mostrado en el logro de los objetivos. La medida de eficacia es el impacto.

El análisis ha sido el producto de lo observado durante ocho años de funcionamiento del sistema con base en el mapa estratégico de la farmacia, donde servir a los clientes se refiere a satisfacer sus necesidades, desarrollando en los procesos internos soluciones para mejorar el servicio a los usuarios y responder a sus expectativas. En el año 2008 las recetas de crónicos significaron el 53.14% del total de las recetas despachadas y el 70.41% de las recetas generadas en la consulta externa para el primer y segundo nivel, gracias al sistema de receta única y al esfuerzo de mejorarlo día a día se logra dar cumplimiento al tiempo de entrega establecido. (Ver cuadro 3, gráfico 1 “tiempo promedio de entrega de recetas”) Anexo 2

Consecuentemente las decisiones tomadas después de un diagnóstico del servicio de farmacia, determinó la utilización de recursos que se han traducido en un costo razonable de acuerdo a los requerimientos y al resultado final. (Ver relación recurso humano vs producción) Anexo 2

6. FORMATO DE “SISTEMA DE RECETA UNICA PARA LA PRESCRIPCIÓN Y DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS PARA PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS”

6.1 *Efectos Generales del Nuevo sistema.* ¿Cuáles serían los efectos del nuevo sistema de receta única sobre el Servicio de Farmacia e Institución?

- Buena práctica farmacéutica al suministrar medicamentos y otros servicios para el cuidado de la salud y ayudar a la gente y a la sociedad para emplearlos de la mejor manera posible.
- Seguimiento y promoción del uso racional de los medicamentos.
- Cumplimiento de políticas y normativas de la Institución.
- Reorganización del servicio para optimizar los recursos y obtener el producto esperado (servicios farmacéuticos de calidad y satisfacción del usuario).
- Por ser la oferta del servicio menor a la demanda que genera la población adscrita, es por lo que debe recurrir a tiempo extraordinario para lograr la satisfacción del usuario, variable importante en la medición de la calidad de la atención.
- Buena distribución de la carga laboral para prevenir los efectos del estrés laboral sobre la organización, pues cada persona que sufre de estrés está pagando un alto precio por su salud personal, pero también paga un alto costo la institución por sus consecuencias: ausentismo y disminución del rendimiento físico
- Calidad en la dispensación de los medicamentos al disminuir los errores de medicación en el sistema de utilización de medicamentos.
- Instauración de programas de capacitación en servicio para desarrollo del recurso humano.
- Oportunidades de investigar para implementar acciones de mejora.
- Innovación institucional: “estrategia innovadora”

Esta inversión en recursos materiales y recursos humanos favorecerá a las farmacias, elevando su productividad y calidad y haciéndolas más competitivas.

6.2. ¿Cuáles serían los efectos del proyecto sobre los usuarios?

- Satisfacción de una necesidad social.
- Atención farmacéutica con un enfoque centrado en el paciente.
- La modalidad de receta única se traduce en tener acceso a los medicamentos “justo a tiempo” y con mayor calidad, lo que contribuye a una mejor adherencia al tratamiento.
- Mejor relación-médico-paciente-farmacia.
- Trato con dignidad al paciente al evitarle prolongadas esperas y trámites.
- Para el médico fluidez en la consulta y sin interferencias

6.3. Explique en qué medida los efectos esperados del proyecto en los clientes internos y externos, difieren de los efectos esperados antes del proyecto.

- En el cumplimiento de Políticas Institucionales.
- En la calidad y productividad de los actores involucrados en el proceso.
- En los servicios farmacéuticos ofrecidos a los actores involucrados en el sistema de utilización de medicamentos como valor agregado.
- En la gestión farmacéutica en seguridad del paciente.
- En responder a necesidades insatisfechas de los usuarios del servicio
- En potencializar la utilización de los recursos disponibles
- En la accesibilidad de los medicamentos que demandan los usuarios (LOM y NO LOM).
- En prevención y manejo del estrés laboral ejerciendo las acciones necesarias para modificar los procesos causales, utilizando criterios organizacionales y personales
- En consecuentemente mejorar la competitividad del grupo de colaboradores frente a las demandas, sin que el déficit de recurso humano impida continuar innovando y satisfaciendo con eficiencia y eficacia la atención de nuestros usuarios

6.4. Costos Cuantificables. Identifique cada uno de los recursos que incurrirían en costos cuantificables a raíz del proyecto. Para cada recurso describa el costo incurrido; de ser posible, estime (en colones por año) el monto y el rango esperados del costo. En la parte del cuadro denominado “cuantificación” describa las principales variables utilizadas y los supuestos subyacentes en el cálculo del monto y rango esperados del costo.

COSTO CUANTIFICABLE #1		
Descripción: Gastos por remodelación		Grupo Afectado: Farmacia
Cuantificación: Ver el apartado 2 de la evaluación Beneficio/Costo anexo . Para el cálculo de los límites inferior y superior del costo se utilizó una variación del 10%, la cual se utiliza frecuentemente en análisis de este tipo.		
Costo: Monto esperado ¢ 10.488.974	Rango del Costo: Límite Inferior ¢ 9.440.076.55	Rango del Costo: Límite Superior ¢ 11.537.871.95

COSTO CUANTIFICABLE #2		
Descripción: Gastos por Otros insumos		Grupo Afectado: Farmacia
Cuantificación: Ver el apartado 2 de la evaluación Beneficio/Costo anexo . Para el cálculo de los límites inferior y superior del costo se utilizó una variación del 10%, la cual se utiliza frecuentemente en análisis de este tipo.		
Costo: Monto esperado ¢ 5.810.250	Rango del Costo: Límite Inferior ¢ 5.229.225	Rango del Costo: Límite Superior ¢ 6.391.275

COSTO CUANTIFICABLE #3		
Descripción: Gastos anuales por horas extras de profesionales y personal de apoyo		Grupo Afectado: Farmacia
Cuantificación: Ver el apartado 2 de la evaluación Beneficio/Costo anexo . Para el cálculo de los límites inferior y superior del costo se utilizó una variación del 10%, la cual se utiliza frecuentemente en análisis de este tipo.		
Costo: Monto esperado ¢ 46.656.000	Rango del Costo: Límite Inferior ¢ 41.990.400	Rango del Costo: Límite Superior ¢ 51.321.600

COSTO CUANTIFICABLE #4		
Descripción: Gastos anuales por capacitación.		Grupo Afectado: Farmacia
Cuantificación: Ver el apartado 2 de la evaluación Beneficio/Costo anexo . Para el cálculo de los límites inferior y superior del costo se utilizó una variación del 10%, la cual se utiliza frecuentemente en análisis de este tipo.		
Costo: Monto esperado ¢ 449.200	Rango del Costo: Límite Inferior ¢ 404.280	Rango del Costo: Límite Superior ¢ 494.120

6.5. Beneficios No Cuantificables. Identifique cada uno de los grupos o sectores que se benefician con el sistema de receta única. Para cada grupo o sector describa el tipo de beneficio recibido y su importancia relativa. En la parte del cuadro denominada evaluación cualitativa explique las razones que justifican la importancia del beneficio

BENEFICIO NO CUANTIFICABLE #1	
Descripción: Facilitar los procesos y minimizar el riesgo de una mala praxis	Grupo Beneficiado: Servicio de Farmacia
Evaluación Cualitativa: La modalidad de receta única ha permitido la distribución eficiente del personal para atender la demanda de población que supera la oferta, pero aún más ha permitido fortalecer el recurso humano y proyectar el trabajo del profesional farmacéutico al paciente y la comunidad, mediante el programa de trabajo escolar y visita domiciliar, en los cuales se hace especial énfasis a los beneficios y riesgos asociados a los medicamentos.	
Importancia: alta	

BENEFICIO NO CUANTIFICABLE #2	
Descripción: Eficiencia en el gasto asignado a medicamentos como resultado de entrega de insumos para la salud, con mayor calidad y oportunidad	Grupo Beneficiado: Institución CCSS
Evaluación Cualitativa: La institución obtiene como beneficio la optimización de los recursos, reducción de costos hospitalarios al evitar mediante servicios como la atención farmacéutica, complicaciones mayores que en muchos casos ameritan una atención más compleja; mejor imagen institucional.	
Importancia: alta	

BENEFICIO NO CUANTIFICABLE #3	
Descripción: Beneficio integral que se extiende al consultorio médico, la ventanilla de recepción de la secretaria y el paciente crónico.	Grupo Beneficiado: Usuarios
Evaluación Cualitativa: Para los usuarios, el sistema de receta única principalmente influye en la satisfacción del paciente por el servicio proporcionado, al ser más personalizado, de mayor calidad y sobretodo rápido. La buena práctica se traduce en seguridad para el paciente en el sistema de utilización de los medicamentos.	
Importancia: alta	

**ANEXO 1
COSTOS**

Cuadro N°1

Gastos anuales por horas extras en Servicio Vespertino		
Año	Total de contratación por horas extras	Tipo de personal contratado para copias
2005	¢ 35.490.662.62	Sólo Técnicos
2006	34.300.002.06	Sólo Técnicos
2007	37.742.018.29	Sólo Técnicos
2008	53.299.046.96	Técnico y Farmacéutico

Fuente: Servicio de Farmacia. A partir de mayo 2008 se contrata el Farmacéutico

Cuadro N°2

Estimado de gastos anuales por horas extras de profesionales y personal de apoyo para copias año 2009				
Tipo	Numero	Promedio horas extras mensuales	Costo promedio de horas extras mensuales	Total de contratación por horas extras
Técnicos	8	864	2.160.000	25.920.000
Farmacéuticos	2	216	1.728.000	20.736.000
Total		1080		
Suma de gastos anuales por horas extras en copias				¢ 46.656.000

Fuente: Servicio de Farmacia: De lo que podríamos deducir que 216 horas extras mensuales farmacéuticas corresponden a un farmacéutico y cuarto de planta y las 864 del personal técnico a casi cinco técnicos de planta.

Cuadro N°3

Gastos anuales por capacitación	
Porcentaje que los cursan	63 %
Personal a capacitar	15
Gastos por capacitación	¢ 449.200.00

Fuente: Servicio de Farmacia. Capacitación recibida en el año 2008

Cuadro N°4

Gastos por remodelación	
Mejoras	Costo
Recepción	2.639.600.00
Almacenamiento	1.860.000.00
Recetario	5.989.374.50
Total gastos por adecuaciones	¢ 10.488.974.50

Fuente: Servicio de Farmacia. Los principales gastos de remodelación fueron hechos paulatinamente a partir del año 2003 y año por año, primero porque la farmacia lo necesitaba y segundo para que se adaptara al sistema de receta única.

Cuadro N°5

Gastos por Otros insumos		
Costo Trimestral de 1200 talonarios /100 recetas **	1.300.000 * 4	5.200.000.00
Costo de Cajas plásticas (120) *		130.000.00
Costo anual de la tarjeta para control de retiro medicamentos	42.500 Uds. (11.30 c/u)	480.250.00
Gasto total		¢ 5.810.250.00

Fuente: Servicio de Farmacia. Las cajas de cartón para almacenar medicamentos se cambiaron a plásticas en el año 2003. Las tarjetas para el control de retiro de los medicamentos se mandaron a imprimir en cartulina a partir del año 2005, pues inicialmente eran de papel impresas en la misma farmacia. Los nuevos talonarios adaptados a la modalidad de receta única se comenzaron a utilizar en enero 2009, antes se usaban los tradicionales.

* una sola vez se hace este gasto y la cantidad de cajas depende de la producción de recetas copias

**Este gasto le corresponde asumirlo a la Institución para sustituir el talonario tradicional.

TOTAL DE COSTOS(comprende horas extras,capacitación,remodelaciones y otros	¢ 63.404.424.50
---	------------------------

- Costos representativos del año 2003 al 2009

BENEFICIOS

Por ser una evaluación de tipo social el beneficio es intangible, por tanto no es cuantificable económicamente. Se destacan los efectos directos o indirectos que modifican la calidad de vida de la población que recibe su impacto; además a pesar de la indudable relevancia del problema del costo y valor de la vida humana, no existe consenso sobre cómo efectuar ese cálculo. El grado de morbilidad y mortalidad relacionadas con los medicamentos es importante, y los costos asociados son casi inimaginables. En consecuencia este sistema de “receta única” es una forma de contribuir a controlar tanto el sufrimiento como el gasto de recursos que comporta este problema. Johnson y Bootman hacen estas conclusiones:

“Con las reducciones de los resultados terapéuticos negativos que se obtendrían si todas las farmacias de asistencia ambulatoria proporcionaran atención farmacéutica, casi un 84% de los pacientes alcanzarían un resultado terapéutico óptimo del tratamiento farmacológico. Si se dispusiera de farmacéuticos para realizar tan sólo una función de dispensación en un contexto de asistencia ambulatoria típica, casi un 60% de los pacientes tratados con medicamentos no presentarían problemas. Así pues, la prestación de atención farmacéutica daría lugar a un aumento de los resultados terapéuticos óptimos de más de un 40%”.

Lo ideal en este caso es considerar los costos como el impacto, así aparece la relación $CUI = CTA / \text{Objetivo} * 100$, lo que significa que el costo por unidad de impacto es el costo de alcanzar un 1% de impacto en cada objetivo que se tiene en el servicio de farmacia, resultado logrado gracias al sistema de receta única y evidenciado en las memorias del Servicio (3)
(4)

CTA: costos totales anuales

ANEXO 2

Cuadro N°1

Total de recetas dispensadas en la Farmacia Dr. Carlos Durán Cartín años 2000 a 2008

MES / AÑO	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000
ENERO	74759	73002	70283	67008	54609	60.680	62.514	65.685	55.757
FEBRERO	71725	67051	63657	66273	53402	51.983	65.565	59.084	60.840
MARZO	73653	83813	76512	78145	69516	59.322	68.632	70.905	70.450
ABRIL	82318	68507	66409	73282	60062	57.326	77.720	69.012	51.357
MAYO	76903	80208	69890	82502	64579	58.443	74.539	72.052	66.170
JUNIO	82239	78471	73849	42515	70004	57.407	74.252	77.163	65.773
JULIO	83049	77472	71046	73078	71570	62.546	74.016	77.194	60.614
AGOSTO	75166	76448	74539	70066	65982	59.530	69.039	71.928	64.546
SETIEMBRE	82567	71799	72428	70065	70250	60.665	71.056	71.832	60.126
OCTUBRE	82501	65124	73960	65932	72645	63.112	72.019	69.808	63.593
NOVIEMBRE	77417	81206	74843	67789	78848	56.342	66.377	72.012	64.096
DICIEMBRE	81385	67088	68237	66564	60133	54.356	55.078	63.883	84.632
TOTAL	943682	890189	855653	823219	791600	701.712	830.807	840.558	767.954

Fuente: Estadística de Farmacia

Cuadro N°2

Relación Recurso Humano Vs. Producción año 2008

RECURSO HUMANO	PARÁMETRO DECRETO EJECUTIVO	RECURSO HUMANO DISPONIBLE	CAPACIDAD DE ACUERDO A PARÁMETRO	NUMERO DE RECETAS ANUAL POR FUNCIONARIO	PRODUCCIÓN	BRECHA	NECESIDAD DE RECURSOS PARA ATENDER BRECHA	% RENDIMIENTO
Farmacéutico	1 por cada 10 mil receta o fracción por mes	2,5	300000	308272.8	770682	470812	4	256.9%
	1 Farmacéutico por cada turno	1	120000	172870	172870	52870	1	144.05%
	1 Farmacéutico por cada programa Servicio Farmacéutico Especializado	1,5	1,5		1/3		2	
Personal de Apoyo	1 por cada 2500 recetas por mes o fracción	15	450000	62912	943682	493682	15	209.70%
Personal Administrativo	1 Bodeguero -- 1 Asistente Admr. 1 Misceláneo	2						

Fuente: Estadística de Farmacia

Cuadro N°3

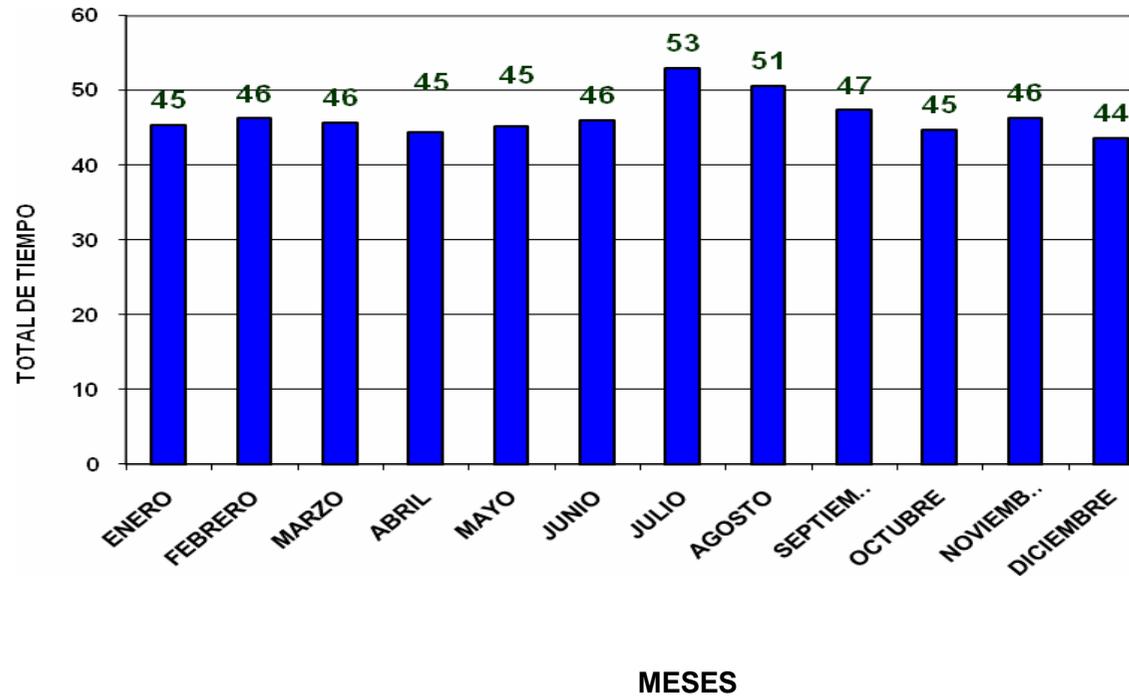
TIEMPOS PROMEDIOS DE DISPENSACIÓN DE RECETAS EN MINUTOS POR MES PARA LA ATENCION ORDINARIA.

MES	2008											
	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
HORA												
7	38	42	44	35	38	43	41	39	40	45	41	38
8	48	37	36	45	47	37	53	56	52	47	48	45
9	49	44	43	44	50	44	57	55	50	41	43	42
10	43	42	44	42	44	40	58	49	44	44	43	41
11	48	41	42	48	47	40	58	59	52	46	49	45
12	48	58	56	59	53	59	62	59	56	52	56	50
1	43	52	48	41	42	51	53	46	49	41	47	41
2	41	49	51	42	41	49	54	55	43	44	46	45
3	51	47	46	44	48	50	54	49	42	43	43	43
4	45	51	47	45	42	48	40	40	46	45	48	47
tiempo mínimo	38	37	36	35	38	37	40	39	40	41	41	38
tiempo máximo	51	58	56	59	53	59	62	59	56	52	56	50
Promedio	45	46	46	45	45	46	53	51	47	45	46	44

Fuente: Estadística de Farmacia. Clínica Dr. Carlos Durán Cartín

Gráfico N°1

TIEMPOS PROMEDIOS POR MES RECETAS ATENCION ORDINARIA AÑO 2008



FUENTE: Estadística de Farmacia. Clínica Dr. Carlos Durán Cartín

MEDICAMENTOS NO RETIRADOS

La Caja Costarricense de Seguro Social invierte importantes recursos financieros en la compra de medicamentos y siendo este insumo, uno de los que representa mayor inversión y consumo económico dentro de su presupuesto (segundo lugar) además de verse que el tratamiento farmacológico de cualquier tipo queda comprometido por la falta de cumplimiento por parte del paciente, es que en el año 2001, el Dr. Luís Fernando Arroyo Marín, realizó en esta farmacia un estudio titulado "*Causas del no retiro de medicamentos del Servicio de Farmacia de la Clínica Dr. Carlos Durán Cartín*". En dicha investigación se analizaron las causas (factores externos e internos) por las cuales los pacientes después de haber entregado la receta en el Servicio de Farmacia, no se presentan a retirar los medicamentos. Además el trabajo estableció el grado de conocimiento que tiene el paciente sobre los medicamentos prescritos y su importancia en el cumplimiento de su tratamiento. (5)

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

Dentro de las conclusiones y las recomendaciones, se propuso brindar educación al paciente sobre la importancia del cumplimiento del tratamiento prescrito.

Los pacientes entrevistados sugirieron que se implemente en este Servicio de Farmacia un sistema que les permita recordar el retiro de los medicamentos a través de rótulos, así como disminuir los tiempos de espera y ampliar el horario de atención. (Ver anexo 3, cuadro 1)

Con base en estos resultados, la farmacia ha hecho ingentes esfuerzos para disminuir las prescripciones que no se retiran y que están aumentando los costos de los servicios de salud. Cabe mencionarse por ejemplo, que se han implementado estrategias como atención farmacéutica, visita domiciliar, trabajo escolar, información sobre medicamentos al personal de salud y a la población, recordatorios especiales, a fin de incidir en mayor grado al cambio de la percepción del usuario hacia el uso racional del medicamento. Sin embargo la magnitud del problema a nivel institucional continúa y esto se evidencia en

estudios realizados donde los autores mencionan que es un problema que existe desde hace muchos años con rangos de 0.45% a 22% y que a raíz de las acciones implementadas a partir del año 2000 en estudios más recientes se observa una disminución de no retiro a un 3%. También se menciona que las razones se deben a que consideran que no necesitan la prescripción (18.5 %), olvidan retirarla (17.3%) y el prolongado tiempo de entrega en la farmacia (11.1 %), considerando que esta última causa ha sido superada con nuestro sistema de receta única. (6)

Para el año 2009 se están realizando estudios comparativos por meses de diferentes años para relacionar el tipo de medicamento que no se retira y diseñar nuevas estrategias de acción. El resultado del estudio realizado en el mes de enero del año 2008 y 2009 reveló que el grupo terapéutico más reintegrado corresponde a los antianémicos y antidislipemiantes, seguidos del grupo de los antihistamínicos, antipruriginosos y antieméticos. En enero del 2009 el grupo de los antihipertensivos ocupa el tercer lugar de reintegro.

Respecto a la categoría de pacientes, los crónicos fueron los que en mayor porcentaje tanto en enero 2008 (53%) como 2009 (56%) no retiraron sus medicamentos comparados con los pacientes agudos. (7)

Con base en el estudio de no retiro de medicamentos realizado en el mes de Enero de los años 2008-2009 y con la finalidad de darle seguimiento a las causas del no retiro de medicamentos ocho años después de seguir las recomendaciones del investigador en su momento, se realiza en el mes de abril otro estudio y prácticamente los resultados son similares. (Ver anexo 3, cuadro 2 y gráfico)

Como se observa el no retiro de tratamientos sigue latente y ello también depende de otros factores como son:

- Relación médico – paciente
- La percepción del paciente, ambas son variables sobre las cuales no podemos influir para un impacto de relevancia.

En el concepto de satisfacción del paciente intervienen en primer lugar la importancia relativa que el paciente asigna a cada elemento de atención y segundo el resultado de la atención y como la percibe, es decir las expectativas que tenía

de cómo le iban a prestar esa atención. De este modo, si para el paciente es muy importante la información, cuando esta no responda a sus expectativas, se muestra insatisfecho pese a que todo lo demás haya funcionado perfectamente. Aún así la farmacia siempre está intentando identificar el valor relativo que cada dimensión de la atención en salud, tiene para el paciente. (8)

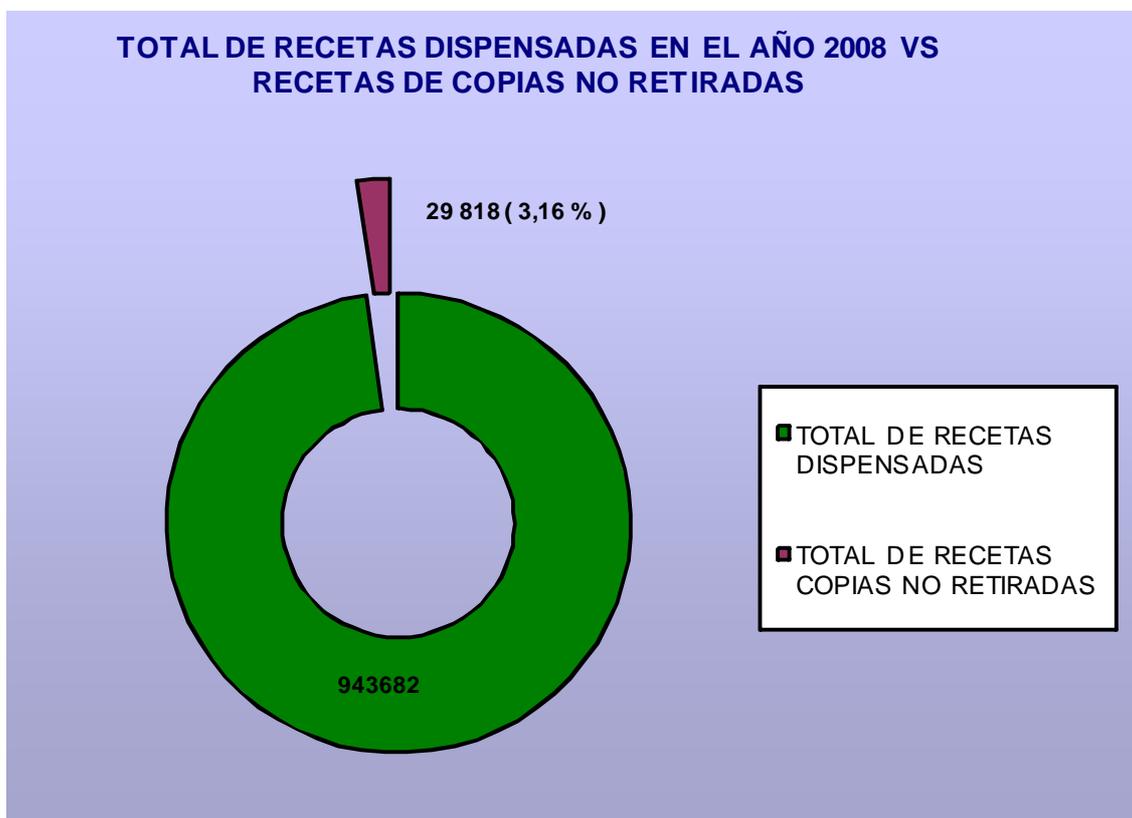
El no retiro de medicamentos es un indicador de impacto importante dentro de la política de uso racional de medicamentos, porque nos permite determinar el porcentaje de pacientes que no retiraron sus medicamentos en relación al total de recetas dispensadas.

En el año 2007 el volumen de cupones anuales que no fueron retirados por los pacientes fue de 43067 y en el 2008 fue de 56113 cupones, y respectivamente representan un 4.8 % y un 5.94% del total de recetas dispensadas (**890189 en el 2007 y 943682 en el 2008**)

En promedio el Servicio de Farmacia prepara un total de 80000 cupones cada mes y de ellos son reintegrados mensualmente el 5.94 %, o sea 4752 cupones, lo que representa una aumento mensual de 1164 cupones en relación al comportamiento del año 2007; si lo analizamos porcentualmente, el volumen del reintegro anual del año 2007 en comparación con el año 2006 experimentó un aumento de 1.16%. En el año 2006 los reintegros fueron un 5.8%, esto indica que los porcentajes de reintegros mantienen un comportamiento semejante en los últimos tres años.

Al relacionar el total de reintegros anuales ejecutados con la cantidad de copias de tratamiento reintegradas, se determina que el 53.14% o sea 29818 cupones corresponden a copias de tratamientos. También es importante relacionar el porcentaje que significan las recetas copias de tratamiento que no son retiradas por los pacientes con respecto al volumen total de recetas dispensadas por el servicio durante el año 2008.

Como se ilustra en el siguiente gráfico, estas representan un 3.16% del total de recetas dispensadas.



Fuente: Servicio de Farmacia. Clínica Carlos Durán Cartín

Lo anterior, es importante anotar porque uno de los puntos relacionados con la efectividad del Sistema de Receta Única y la dispensación mensual del tratamiento a los pacientes con patologías crónicas, ha sido conocer con certeza el volumen de recetas que no son retiradas por esta población, puesto que los mismos representan una potencial pérdida de recursos para la Institución, como lo son las horas de trabajo invertidas para la preparación de los tratamientos, el material de empaque y la posibilidad de que se afecte la salud de la población por no disponer de su tratamiento entre otros

Costos en servicios personales del no retiro de medicamentos

Conociendo el costo por receta (cupón) y cantidad de cupones mensuales reintegrados, podemos calcular el costo en servicios personales aproximado, por recetas reintegradas de pacientes. (9)

Costo del servicio: ¢ 451,703.023.86

Gasto en medicamentos: ¢ 389,645.070, 69

Costo por receta: ¢ 1.205,55

Costo por medicamento ¢ 629.53

Costo de operación ¢ 576.02

Debido a que la receta reintegrada debe ser primero preparada para luego incorporarla al inventario, se calcula este costo de operación en:

$$\boxed{576.02 \times 4752 = \text{¢ } 2.737.247.04 \text{ por mes}}$$

Por ser el reintegro de medicamentos una actividad técnica, donde no se incluye el acto profesional sino el registro del paciente y medicamento en el sistema de cómputo; así como la devolución física de los medicamentos a los estantes, su costo de operación representa un 0.15% del costo total de operación:

$$\boxed{576.02 \times 4752 \times 0.15 = 410.587.056 \text{ por mes}}$$

En síntesis: Cada cupón de receta reintegrada tiene un costo de preparación de **¢ 576.02**

Cada proceso de cupón (receta) reintegrado cuesta **¢ 576.02 X 0.15 = ¢ 86.403**

El costo real de receta reintegrada = ¢ 662.423

El costo de operación mensual de los cupones (recetas) reintegrados de los pacientes es de: **¢ 3.147.834.096**

El costo anual de cupones (recetas) reintegrados en Servicios Personales (salarios) de los pacientes es de:

$$\text{¢ } 3.147.834.096 \times 12 \text{ meses} = \text{¢ } 37.774.009.15$$

Como las recetas copias reintegradas en el año corresponden a 29.818 cupones, quiere decir que el promedio por mes es de **2485** cupones, entonces su costo de preparación representa:

$$\boxed{576.02 \times 2485 = \text{¢ } 1.431.409.70 \text{ por mes}}$$

Por ser el reintegro de medicamentos una actividad técnica, donde no se incluye el acto profesional sino el registro del paciente y medicamento en el sistema de cómputo; así como la devolución física de los medicamentos a los estantes su costo de operación representa un 0.15% del costo total de operación:

$$\boxed{576.02 \times 2485 \times 0.15 = 214.711.45 \text{ por mes}}$$

En síntesis:

Cada cupón de receta reintegrada tiene un costo de preparación de **¢ 576.02**

Cada proceso de cupón (receta) reintegrado cuesta **¢ 576.02 X 0.15 = ¢ 86.403**

El costo real de receta reintegrada = ¢ 662.423

El costo de operación mensual de los cupones (recetas) copias reintegrados de los pacientes es de: **¢ 1.646.121.15**

El costo anual de reintegro de recetas copias sería:

$$\boxed{1.646.121.15 \times 12 = \text{¢ } 19.753.453.86}$$

Tiempos necesarios en el proceso de la preparación y el reintegro de la receta:

- Tiempo para la preparación de recetas copias para pacientes crónicos: 9 horas por día. Actualmente por la falta de recurso humano solo se cuenta con $\frac{3}{4}$ de tiempo de un farmacéutico y tres técnicos para la preparación de las recetas copias en jornada ordinaria, por lo que debe recurrirse a tiempo extraordinario para prepararlas. Para cubrir en tiempo ordinario la producción de copias que en promedio son 41794, se necesitan 4 farmacéuticos y mínimo 15 técnicos.
- Tiempo para reintegro de recetas: 3 horas diarias de lunes a viernes y requiere un técnico.
- Tiempo promedio de la preparación de la receta: máximo una hora

Como se comprueba los costos por el no retiro de medicamentos es relativamente alto y sigue siendo un problema de salud pública, que requiere de la participación de todo el sector salud: a nivel institucional de una política nacional en el campo de la promoción del uso racional de los medicamentos, a nivel de los farmacéuticos proveer atención farmacéutica adecuada a todos los pacientes que recurran a él, pero también de un análisis de las dimensiones de la satisfacción del paciente por el resto de los involucrados en el sistema de utilización de los medicamentos para lograr un cambio de actitud respecto al medicamento.

Aunque los beneficios para unos pueden representar costos para otros, en términos de la sociedad son recursos consumidos y por tanto implican un costo.

Anexo 3

Cuadro Nº 1
Número y porcentaje de entrevistados según causa de no retiro de medicamentos
Clínica Dr. Carlos Durán Cartín : 2001

Causa de no retiro de medicamentos	Si		No		Total	
	Número	%	Número	%	Número	%
Motivos de trabajo	11	7.3	140	92.7	151	100.0
La clínica está lejos			151	100.0	151	100.0
No le interesa retirar medicamentos	24	15.9	127	84.1	151	100.0
Olvidó retirarlos	40	26.5	111	73.5	151	100.0
Quería una incapacidad			151	100.0	151	100.0
En la casa tenía los medicamentos	42	27.8	109	72.2	151	100.0
Se sintió mal y tuvo que irse.	2	1.3	149	98.7	151	100.0
Dependía de que alguien los retirara	25	16.6	126	83.4	151	100.0
El tiempo de espera es mucho			151	100	151	100.0
No tuvo confianza en el médico			151	100	151	100.0
Pensó que los medicamentos recetados no eran para su padecimiento	2	1.3	149	98.7	151	100.0
No tiene confianza en los medicamentos de la CCSS			151	100	151	100.0
Extravió la contraseña y los documentos	4	2.6	147	97.4	151	100.0
No recuerda la razón	2	1.3	149	98.7	151	100.0

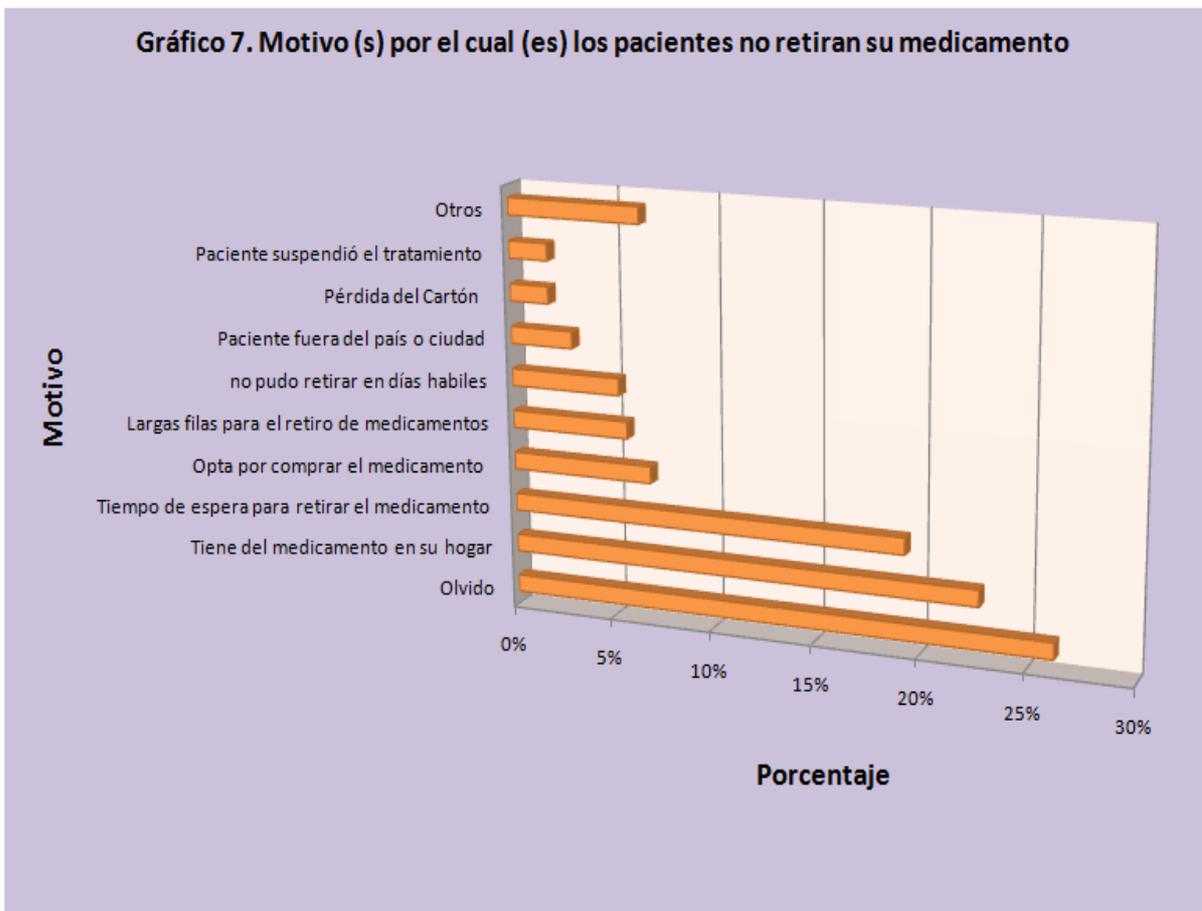
Fuente: Servicio de Farmacia, tesis de grado "causas del no retiro de medicamentos", agosto 2001

Cuadro 2 Motivo(s) por el cual(es) los pacientes no retiran su medicamento según total de encuestados.

Motivo	Total de Respuestas	Porcentaje
Olvido	68	26%
Tiene del medicamento en su hogar	59	23%
Tiempo de espera para retirar el medicamento	50	19%
Opta por comprar el medicamento	18	7%
Largas filas para el retiro de medicamentos	15	6%
No pudo retirar en días hábiles	14	5%
Paciente fuera del país o ciudad	8	3%
Pérdida del Cartón	5	2%
Paciente suspendió el tratamiento	5	2%
Otros	17	7%
Total	259	100%
Detalle de otros:		
Paciente Falleció/hospitalizado	4	1.54%
Percepción de medicamentos de mala calidad	4	1.54%
Paciente suspendió el tratamiento	4	1.54%
Paciente adulto mayor con movilidad reducida	3	1.16%
Pérdida del Cartón	1	0.39%
Maltrato al paciente	1	0.39%

Fuente: Datos obtenidos por encuestas a pacientes de la Clínica Dr. Carlos Durán durante la primera quincena de abril 2009.

Gráfico 7. Motivo (s) por el cual (es) los pacientes no retiran su medicamento



Fuente: Datos obtenidos por encuestas a pacientes de la Clínica Dr. Carlos Durán durante la primera quincena de abril 2009.

Bibliografía

1. Johnson, J.A., Bootman, J.L. Drug-related morbidity and mortality and de economic impact of pharmaceutical care. *Am J Health Syst Pharm* 1997; 54:554-558.
2. Dr. Antonio Cano Vindel. Estrés Laboral. Sociedad española para el estudio de la ansiedad y el estrés. SEAS.
3. Dra. María Libia Salas. Memorias del Servicio de Farmacia. Del año 2007, 2008
4. Miluska Calderón. Costo por unidad de impacto. Universidad Mayor de San Carlos. Lima, Perú, 2004
5. Arroyo, L. Causas del no retiro de medicamentos del servicio de farmacia de la Clínica Dr. Carlos Durán Cartín. Universidad Internacional de las Américas. San José, Costa Rica, diciembre, 2001.
6. Kinnaird, D. Coxt. Y Wilson J P. Unclaimed prescriptions in a clinic with capturized.
7. R. Campos Machado, D. Sancho Rodríguez. Estudio del no retiro de medicamentos en el mes de enero del año 2008 y 2009 de la farmacia Dr. Carlos Durán Cartín. Internado en Farmacia Clínica y de Hospital. U.C.R. 2009.
8. Mira JJ., Aranaz J. La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria, *Med Clin (Barc)*.2000; 114 (supl 3): 26-33
9. R. Arroyo Aguilar, J. Núñez Rivas. Consecuencias en el costo de los servicios personales y en el funcionamiento de la farmacia debidas al no retiro de medicamentos por los pacientes hipertensos y diabéticos en la farmacia del Hospital Dr. Enrique Baltodano B., en los meses de octubre a diciembre, 2004.
10. M. Jiménez Porras, M. Montenegro Oreamuno. Causas del no retiro de medicamentos en usuarios del Servicio de Farmacia de la Clínica Dr. Carlos Durán Cartín, Internas Universitarias, Farmacia CCDC, Facultad de Farmacia UCR, 2009.