CREENCIAS Y PRÁCTICAS ALREDEDOR DEL MEDICAMENTO

Gobernación de Cundinamarca

Calidad de Vida
Construye Paz

FEDESALUD

PUBLICACIONES FEDESALUD

"Equidad en el financiamiento de la salud. Financiación y Asignación en el Sistema de Seguridad Social en Salud". FEDESALUD. Bogotá, D.C. 2012. ISBN 978-958- 99775-2-1.

"Calidad de Atención de la Diabetes tipo 2 y riesgo de nefropatía diabética". FEDESALUD y Asociación Colombiana de Diabetes. FEDESALUD Bogotá, Colombia 2011. ISBN 978-958-99775-1-4.

"Estudio de Seroprevalencia de VIH/SIDA y de Factores Asociados mediante Encuesta de Vigilancia del Comportamiento (EVC) en población de 15 a 49 años, en el departamento de Boyacá, 2009". Gobernación de Boyacá. Secretaría de Salud / FEDESALUD. Bogotá, 2011. ISBN 978-958-99775-0-7

"Protección Social: Entre el aseguramiento y la asistencia. FEDESALUD, Universidad Santo Tomás, Postgrados en Seguridad Social Editorial y Publicaciones Universidad Santo Tomás, 2008. ISBN 958-631-559-2.

"Guía y Modelo de Atención del VIH / SIDA". FEDESALUD. Asociación Colombiana de Infectología. Ministerio de la Protección Social. FEDESALUD, Bogotá, 2006. ISBN 978-958-44-0799-3

"Guía y Modelo de Atención de la Enfermedad Renal Crónica". FEDESALUD. Asociación Colombiana de Nefrología e Hipertensión Arterial. Ministerio de la Protección Social, FEDESALUD. Bogotá, 2006. ISBN 978-958-44-0734-4

"Evaluación de la Calidad e Integralidad de la Atención a pacientes diabéticos que ingresan a terapia de diálisis". FEDESALUD. Proyecto Colciencias 3168-04-16367. FEDESALUD, Bogotá, 2006. ISBN 978-958-44-0496-1

"El Sistema de Seguridad Social en Salud en la Región Pacífica Colombiana, La problemática de la población dispersa". FEDESALUD Bogotá, 2005. ISBN 958-33-7830-5

CREENCIAS Y PRÁCTICAS ALREDEDOR DEL MEDICAMENTO

Bogotá 2015

ISBN: 978-958-99775-3-8

© FEDESALUD
Fundación para la Investigación y el Desarrollo
de la Salud y la Seguridad Social

Calle 26A No. 13-97 Of. 2106
Tels.: 805 01 48 - 312-358 64 27
www.fedesalud.org

Impresión y acabados:
Editorial Scripto S.A.S.
Calle 76Bis No. 20C-19
PBX: 756 20 03
E-mail: info@scripto.com.co

Impreso y hecho en Colombia

PROYECTO:

INNOVACIÓN EN EL MODELO DE GESTIÓN
DEL MEDICAMENTO EN EL DEPARTAMENTO
DE CUNDINAMARCA

SUB-PROYECTO:

UTILIZACIÓN RACIONAL Y EFICIENTE
DE MEDICAMENTOS

INVESTIGACIÓN:

CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS
DE LOS USUARIOS Y PRESCRIPTORES
DE MEDICAMENTOS

FEDESALUD

Gobernación de CUNDINAMARCA

Secretaría de Salud

PROYECTO
INNOVACIÓN EN EL MODELO DE GESTIÓN DEL MEDICAMENTO EN EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA

Dirección General

Germán Augusto Guerrero Gómez

Investigadores Secretaría de Salud

Lilia María Calderón C. Médico, Master en Dirección de Empresas
Lucero Hernández Z. Odontóloga, Magister en Protección Social
Iván Alberto Puerto, Químico Farmacéutico

INVESTIGACIÓN
CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS USUARIOS Y PRESCRIPTORES DE MEDICAMENTOS

Director

Félix León Martínez M. Médico, Magister en Salud Pública

Investigadores FEDESALUD

Carlos Arturo Sarmiento L. Médico, Magister en Salud Pública.
Francisco Rossi B. Médico. Magister en Epidemiología
Rosa Suárez P. Psicóloga, Doctorado en Ciencias Sociales.
Inés Elvira Ordóñez L. Médico. Especialista en Epidemiología
Jorge Sandoval P. Comunicador Social, Magister en Educación
María Patricia Martínez B. Administradora. Magister en Salud Pública
Daniel Alfonso Garavito J.. Estadístico
Rafael Martínez G. Psicólogo. Magister en Investigación y Tecnología Educativa

Equipo de apoyo FEDESALUD

Andrea del Pilar Castro. Administradora de Empresas
Leonardo Montaño. Ingeniero de Sistemas
Carlos Peña. Contador

CREENCIAS Y PRÁCTICAS
ALREDEDOR DEL MEDICAMENTO

INVESTIGACIÓN
CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS
DE LOS USUARIOS Y PRESCRIPTORES DE MEDICAMENTOS
EN EL DEPARTAMENTO DE CUNDINAMARCA

Bogotá, Cundinamarca
Enero - Octubre 2014

GOBERNACION DE CUNDINAMARCA

ÁLVARO CRUZ VARGAS
Gobernador del Departamento

GERMÁN AUGUSTO GUERRERO GÓMEZ
Secretario de Salud

LILIA MARÍA CALDERÓN CASTRO
Directora de Aseguramiento

FEDESALUD

**FUNDACIÓN PARA LA INVESTIGACIÓN
Y DESARROLLO DE LA SALUD Y LA SEGURIDAD SOCIAL**

FÉLIX LEÓN MARTÍNEZ MARTÍN
Presidente

CARLOS ARTURO SARMIENTO LIMAS
Vicepresidente

SAÚL HERNANDO GUZMÁN
Revisor Fiscal

Tabla de contenido

PRESENTACIÓN 11

INTRODUCCIÓN 15

INVESTIGACIÓN CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS USUARIOS Y PRESCRIPTORES DE MEDICAMENTOS 21

Justificación 21

Planteamiento del problema 24

Objetivos 33

Metodología 34

ANÁLISIS DE RESULTADOS ENCUESTA A USUARIOS 45

Caracterización de la población 45

Conocimientos, actitudes y prácticas de la población en relación con la práctica médica y la utilización de medicamentos 57

Servicios farmacéuticos e información alternativa 64

Rechazo de medicamentos, efectos adversos 68

Manejo no médico de problemas de salud, automedicación y riesgos 71

Medicamentos “para conservar la salud” 81

Creencia sobre adicción y volumen de consumo 85

Percepción sobre la calidad de los medicamentos 88

Conocimientos sobre causalidad de las enfermedades 92

ANÁLISIS MULTIVARIADO 93

Clasificación 95

Distribución de las clases 101

ANÁLISIS DE RESULTADOS ENCUESTA A PRESCRIPTORES 103

Población de estudio 103

Resultados de la encuesta 107

HALLAZGOS DESTACADOS EN LA INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA..... 157

ANÁLISIS DE RESULTADOS ENFOQUE CUALITATIVO 163

Técnica de recolección de información mediante los grupos focales 163

Análisis 167

ANÁLISIS DE LAS SITUACIONES COMUNICATIVAS IDENTIFICADAS EN LAS ENCUESTAS A USUARIOS, PRESCRIPTORES Y GRUPOS FOCALES 177

Encuesta Usuarios..... 178

Encuesta Prescriptores 181

Grupos Focales..... 183

Decodificación de mensajes comunicacionales 185

RECOMENDACIONES SOBRE LOS MENSAJES DE VUELTA A USUARIOS, PRESCRIPTORES E INSTITUCIONES EN PROCURA DE LA UTILIZACIÓN RACIONAL DE MEDICAMENTOS..... 189

Contenidos básicos de los mensajes de vuelta a la comunidad 189

Plan de medios y estrategia informativa y comunicativa..... 190

Plan de medios 193

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 197

PRESENTACIÓN

Cundinamarca es un departamento que trabaja desde la Gestión Pública de Buen Gobierno a través del Plan de Desarrollo "Cundinamarca calidad de vida 2012 – 2016" para promover una sociedad más equitativa, productiva y competitiva.

Promover, incentivar y apoyar la investigación, la innovación, la ciencia y tecnología para aportar al desarrollo de habilidades, capacidades y competencias, que impacten en el desarrollo, competitividad y productividad de las personas, sus territorios y la institucionalidad, es un aspecto priorizado en el Departamento, pues aporta al nacimiento de una nueva generación de cundinamarqueses dinámicos y emprendedores con capacidad de crear e innovar, llevando así a que el departamento se soporte en una economía del conocimiento que atienda la integralidad y convergencia del desarrollo.

Así mismo, el Direccionamiento Estratégico del Plan Territorial de Salud "Cundinamarca Saludable", impulsa el desarrollo de acciones tendientes a la Investigación, Desarrollo Tecnológico e Innovación a través del concepto de competitividad y mediante la integración Universidad-Estado-Empresa para mejorar el sistema público de servicios sociales de manera intensiva, potencializando sus capacidades a través del uso productivo del conocimiento, la producción científica y la innovación, es decir, un sistema basado en la gestión del conocimiento.

El "Proyecto de Innovación en la Gestión del Medicamento" nace de un proceso participativo, a partir de las necesidades identificadas por la Secretaría de Salud de Cundinamarca, correspondientes a la inequidad en el acceso de los medicamentos, prácticas de uso poco racionales y modelos inadecuados de gestión, que determinan la necesidad de un proceso de innovación y transformación para optimizar los recursos y poder garantizar a futuro el acceso de su población a los medicamentos. Para nadie es desconocido que el costo de los medicamentos ha puesto en jaque incluso la sostenibilidad de nuestro Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Innovar en la gestión del medicamento dentro de un modelo de salud Regional de Atención Primaria en Salud resolutiva, que responda efectivamente a las necesidades de acceso y de calidad de los habitantes del departamento de Cundinamar-

ca, a las servicios farmacéuticos; a partir de la comprensión de las necesidades y restricciones en la prestación del servicio, para asumir acertadamente un liderazgo institucional.

Con orgullo, debo decirlo, lideramos un proyecto de desarrollo en el sector salud, que financiamos con nuestros propios recursos de regalías, La consolidación del proyecto se logró con las iniciativas, aportes y percepciones de otros sectores y entidades como el Ministerio de Salud y Protección Social, el Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación - Colciencias, la Universidad Santo Tomás, la Fundación Instituto para la Investigación del Medicamento en los Sistemas de Salud - IFARMA y la Fundación para la Investigación y el Desarrollo de la Salud y la Seguridad Social - FEDESALUD, aunados en el propósito.

Sin embargo, a diferencia de lo realizado en otros proyectos de regalías a nivel nacional, en este caso, ha sido el Gobierno Departamental el que lidera el proyecto (y no simplemente el contratante del mismo) y quien dirige al unísono el conjunto de convenios especiales de cooperación con las entidades privadas que nos acompañan en este proyecto, a las que, por cierto, debo expresar nuestro agradecimiento, porque su apoyo a los propósitos de nuestra Secretaría comenzó desinteresadamente, mucho antes de que se hiciera realidad el mismo, y se concretó finalmente con aporte de contrapartidas al desarrollo del proyecto. Igualmente es necesario reconocer el gran apoyo recibido de parte de Colciencias y del Ministerio de Salud.

Es poco frecuente para los Entes Territoriales, el desarrollo de una agenda de investigación concerniente a la prestación de servicios sociales de salud, no lo es para las instituciones públicas per sé, ni para el ejercicio de la prestación de servicios crear y difundir conocimiento a partir de su propio aprendizaje. Ahora bien, tampoco es usual construir una agenda de investigación en el ámbito regional que permita la integración fundamental de Universidad – Estado (Departamentos, EPS) - Empresa Privada (Fundaciones para la Investigación en Salud, Laboratorios Farmacéuticos, Farmacias, EPS, etc.) para conocer la dinámica de los sistemas de gestión pública y privada de la salud, y en particular la relacionada con el ciclo de gestión del medicamento : Las tendencias en los costos de los medicamentos, el costo de las patologías, el modelo de atención apropiado y los suficientes medicamentos para combatir las enfermedades prevalentes, el desarrollo de sistemas de información y control no sólo de insumos sino también de vigilancia epidemiológica, la concepción técnica en la práctica de los prescriptores, participación del farmacéutico en la orientación y seguimiento de un tratamiento fármaco-terapéutico, el uso adecuado por los consumidores entre otros, con el fin de transformar a las instituciones públicas de salud que gestionan los medicamentos, en “Sistemas de Salud que Aprenden la Gestión del Medicamento” y promover desde lo público las prácticas de prevención y eficiencia de los recursos destinados a la salud.

En esta publicación presentamos el resultado de la investigación adelantada sobre conocimientos, actitudes y prácticas de los usuarios y prescriptores de medicamentos, como centro del sub-proyecto "Utilización Racional y Eficiente de Medicamentos" investigación desarrollada por la Fundación para la Investigación y Desarrollo de la Salud y de la Seguridad Social, componente del Proyecto de Innovación en la Gestión del Medicamento en el Departamento de Cundinamarca, bajo la orientación de la Secretaría de Salud Departamental.

Entre los hallazgos de esta gran investigación que cubrió más de 3000 usuarios y 600 médicos, merece la pena destacar, por una parte, los relacionados con la confianza alrededor de la relación médico paciente, el problema de comunicación y credibilidad del ciudadano en el profesional y en los medicamentos genéricos que recibe en el marco de la normatividad del SGSSS.

En primer lugar, resalta el hecho que los ciudadanos más jóvenes, de mayor nivel educativo, como se evidencia, tengan la peor percepción del acto médico y de los medicamentos entregados por el SGSSS. Esta población, muy influenciada en las últimas décadas por la publicidad, ha interiorizado la relación estrecha entre marca, calidad y precio en los artículos de consumo masivo, por lo cual el mensaje enviado desde la Dirección del Sistema sobre los medicamentos genéricos, como productos baratos y sin marca, parece asociarla automáticamente a productos de "mala calidad", hecho que plantea un importante desafío para la Dirección del Sistema y señala igualmente la necesidad de reflexionar sobre la forma en que se dirige el mensaje sobre los medicamentos a los ciudadanos.

Otro hallazgo, algo sorprendente, es que la mayoría de los usuarios considera en algún grado que los facultativos muchas veces formulan medicamentos sin necesidad. Este resultado se confronta con la creencia, que a su vez manifiestan los médicos generales en la respectiva encuesta, en el sentido de que la mayoría de sus pacientes no se sienten bien atendidos si les formulan menos de tres medicamentos.

Un segundo grupo de hallazgos relevantes se relaciona con el problema de la información que debe recibir el paciente sobre los medicamentos prescritos, para garantizar su adecuada utilización. La inexistencia del servicio de atención farmacéutica en los puntos de dispensación, encontrada tanto en este como en otro sub-proyecto de esta investigación, específicamente sobre servicios farmacéuticos y, también el hecho de que el trabajador o empleado de la farmacia o droguería, personal sin formación alguna, sea quien soluciona mayoritariamente las inquietudes de usuarios y pacientes sobre los medicamentos y su utilización, según la investigación, resultan preocupantes. Sin duda, la ausencia del personal idóneo en el SGSSS (profesionales farmacéuticos existentes en otros países en los puntos de dispensación), para informar al paciente sobre posología, utilización, efectos adversos y conservación de los medicamentos prescritos, se traduce en un importante riesgo para todos los ciudadanos.

La apropiación de estos ricos conocimientos, logrados en esta fase del proyecto nos permitirá avanzar hacia la siguiente fase de intervención sobre los ámbitos de la prescripción, la dispensación y la utilización racional de medicamentos por parte de los usuarios, en todo el departamento de Cundinamarca.

GERMÁN AUGUSTO GUERRERO GÓMEZ
Secretario de Salud

INTRODUCCIÓN

Para FEDESALUD resulta especialmente gratificante dar a conocer el resultado de la investigación "Conocimientos, Actitudes y Prácticas de los Usuarios y Prescriptores de Medicamentos", desarrollada el año anterior, en el marco del Proyecto Innovación en el Modelo de Gestión del Medicamento en el Departamento de Cundinamarca.

El "Proyecto de Innovación en la Gestión del Medicamento" nace, a partir de las necesidades identificadas por la Secretaría de Salud de Cundinamarca, correspondientes a la inequidad en el acceso de los medicamentos, prácticas de uso poco racionales y modelos inadecuados de gestión, que determinaron la necesidad de un proceso de innovación y transformación para optimizar los recursos y poder garantizar a futuro el acceso de su población a los medicamentos.

A diferencia de muchos otros proyectos de investigación e innovación financiados por el sistema de regalías a nivel nacional, en este caso, el Gobierno Departamental, a través de la Secretaría de Salud, es quien lidera el proyecto y dirige al unísono el conjunto de convenios especiales de cooperación con las entidades que acompañamos este propósito.

La consolidación del macro-proyecto se logró gracias a las iniciativas, aportes y percepciones de otros sectores y entidades como el Ministerio de Salud y Protección Social, el Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación - Colciencias, la Universidad Santo Tomás, la Fundación Instituto para la Investigación del Medicamento en los Sistemas de Salud – IFARMA, además de la Fundación para la Investigación y el Desarrollo de la Salud y la Seguridad Social - FEDESALUD, todos aunados para conseguir los objetivos trazados.

Después de un año de trabajo con el equipo de la Secretaría de Salud y las demás instituciones en torno a la pre-factibilidad del Proyecto, se logró la consolidación del mismo y el apoyo institucional de la Gobernación, claro está, también gracias al importante respaldo del Ministerio de Salud y de Colciencias, consolidación que hizo posible el financiamiento de la segunda fase o Fase de factibilidad. En ella se debían adelantar un grupo de investigaciones, que implicaban la consideración de todos los conocimientos existentes y su profundización en la realidad de la región, en un intento de aprehender la problemática existente en la cadena del medicamento.

En Colombia, la construcción de la Política Farmacéutica Nacional en 2003 (PFN 2003), se basó en un diagnostico general que identificó los principales problemas de la gestión de medicamentos y la consideró una pieza clave dentro del sistema y de las prioridades de salud pública. El planteamiento de la PFN 2003 se basó en los tres componentes sugeridos por la Organización Mundial de la Salud: Acceso, Uso Racional y Calidad.

FEDESALUD asumió, como parte del equipo institucional, la responsabilidad de investigar cómo los conocimientos, actitudes y prácticas de los usuarios y los prescriptores podían favorecer o no la utilización racional y eficiente de los medicamentos en la región y determinar cuáles debían ser las orientaciones claves para la modificación de comportamientos contrarios a las recomendaciones técnicas y científicas. Logró con éxito este objetivo, prueba de lo cual son los resultados de la investigación que se presentan en esta publicación.

El resultado final del operativo de campo para la encuesta de usuarios arrojó 3.079 encuestas realizadas en los hogares de los 23 municipios del Departamento y, dadas las características probabilísticas de la muestra, los resultados se ajustaron por el tamaño poblacional de los mismos. Por su parte, la encuesta a los prescriptores incluyó a 600 médicos, una cobertura superior al 90% de los facultativos que laboraban en los 23 municipios, de las 6 provincias seleccionadas.

Entre los hallazgos, resaltan aquellos relacionados con la confianza alrededor de la relación médico paciente, el problema de comunicación y credibilidad del ciudadano en la atención médica que recibe en el marco del SGSSS. La confianza se reduce claramente en la población más joven, con mayor nivel educativo, lo que resulta evidente en el análisis multivariado.

La percepción de calidad sobre los medicamentos genéricos se mueve en el mismo sentido que la confianza en el médico. Los ciudadanos más jóvenes seleccionaron en mayor proporción, frente a la pregunta sobre el motivo para no creer en la calidad de los medicamentos, las respuestas “porque son genéricos” o “porque son baratos”. El hecho de que la población joven, de mayor nivel educativo, como se ha señalado, tenga la peor percepción sobre los medicamentos entregados por las EPS, plantea un desafío fundamental para el SGSSS.

La población más joven ha sido más influenciada en las últimas décadas por la economía de mercado y la relación estrecha entre marca, calidad y precio en los artículos de consumo masivo, como las prendas de vestir o los artículos tecnológicos. Incluso, esta generación se llega a identificar socialmente por los productos que consume, como señala el profesor Alonso, por lo cual el mensaje enviado desde la dirección del Sistema en el sentido de que deben consumir productos genéricos, baratos y sin marca, se asocia de inmediato a “mala calidad”, de acuerdo con los valores interiorizados.

Por su parte, los médicos que manifestaron en la encuesta su preferencia por los medicamentos de molécula original o por medicamentos de marca y no por medicamentos genéricos (453 de 600 si se suman las distintas respuestas), señalan que existen diferencias en cuanto a biodisponibilidad o bioequivalencia entre estos y los genéricos. Los resultados no son muy diferentes a los encontrados en otros países sobre la utilización de genéricos y en cuanto a la apreciación de los facultativos sobre los mismos, por supuesto, médicos igualmente permeables al mensaje publicitario de la industria farmacéutica transnacional, cuya estrategia se centra en contrarrestar la política oficial de medicamentos de cada país, mediante el permanente cuestionamiento de la calidad de los productos genéricos.

En este punto cabe reflexionar sobre el hecho de que uno de los argumentos de la privatización del sector salud fue la libertad de elección del usuario. Es evidente que esta libertad resulta inexistente en la práctica, para elegir asegurador, prestador o médico. Por supuesto menos aún se permite elección alguna en lo relacionado con medicamentos, para el usuario y aún para el médico.

Una política orientada a mayor respeto por los derechos del paciente, a mayor poder de decisión del médico y del paciente, hasta el punto de poder uno y otro elegir, entre medicamentos genéricos, el originado en el laboratorio que les genere mayor confianza, por una u otra razón -nunca despreciable, así sea subjetiva-, aumentaría la credibilidad en el Sistema y la confianza del médico y del paciente en el tratamiento, sin caer en el juego de los intereses de la industria. Pero cuando los ciudadanos ni siquiera pueden elegir el centro médico, la clínica o el hospital que los atienda cerca a su domicilio, pues su asegurador tiene otros intereses (Martínez 2012), no parece viable ser optimista en estos aspectos que para muchos resultarán triviales e imprácticos. Los derechos de los ciudadanos suelen tener estas características para la mayoría de los tecnócratas.

Otro grupo de hallazgos relevantes de la investigación se relacionan con la información que debe recibir el paciente sobre los medicamentos prescritos, para garantizar su adecuada utilización.

La inexistencia de servicios de atención farmacéutica -brindados por profesionales o técnicos debidamente preparados-, para informar al paciente sobre posología, utilización, efectos adversos y conservación de los medicamentos prescritos, en los puntos de dispensación, nos diferencia enormemente de otros sistemas de salud. Adicionalmente el hecho probado en la investigación, de que el trabajador o empleado de la farmacia droguería -personal sin formación alguna-, sea quien responda mayoritariamente las inquietudes de usuarios y pacientes sobre los medicamentos y su utilización -incluso en aspectos claves y problemáticos de la utilización racional, como la formulación y venta de antibióticos-, se traduce en un importante riesgo para todos los ciudadanos.

A lo anterior se suma la evidente ausencia en el SGSSS de páginas web oficiales de información sobre los medicamentos, dirigidas a resolver las dudas tanto de prescriptores como de usuarios y pacientes, existentes en otros sistemas, para consolidar, en conjunto, un grave problema en la atención en salud, que se inscribe en el campo del respeto a los derechos de los pacientes, campo en el que nuestro país ha venido ocupando una posición lamentable en el contexto internacional, como señalara por ejemplo la OMS en su reporte del año 2000.

Un tercer grupo de hallazgos se relaciona con las limitaciones y condicionantes de la prescripción. El 39.7% de los médicos en servicios ambulatorios consideran que se restringe en algún grado la prescripción de medicamentos a los disponibles en la farmacia de la institución, mientras en el 60.3% considera que no hay restricción alguna. Los médicos generales y los médicos más jóvenes acusan mayor restricción en sus centros de práctica que los médicos más antiguos y los especialistas.

En la atención hospitalaria, el 34% de los médicos jóvenes señalan algún grado de restricción para la prescripción de medicamentos, mientras que en la cohorte de los médicos de mayor antigüedad, según la fecha de graduación, un 58% considera que hay algún grado de restricción para la formulación.

Según la apreciación de la totalidad de los médicos encuestados, la principal limitante para la prescripción de medicamentos es asignada al “Listado de medicamentos del POS”, con el 64.8%, seguida de los “Intereses de las EPS” con el 28.8%. La suma de estas dos categorías explica al 93.6% de las limitaciones descritas en la encuesta a prescriptores. Los médicos generales consideran que el “Listado de medicamentos del POS” es la mayor limitante para la formulación, mientras que los “Intereses de la EPS” son referidos en mayor proporción por los especialistas.

Por las fechas en que se adelanta el proceso de edición de esta publicación, es sancionada la nueva Ley Estatutaria de la Salud que, entre otros avances fundamentales, pone fin al Plan Obligatorio de Salud explícito, es decir la reglamentación que detallaba los procedimientos, insumos o medicamentos que cubría el Sistema a los afiliados, al tiempo que cimenta sólidamente la autonomía médica. De tal modo que la problemática relacionada con las restricciones a la formulación del listado de medicamentos y la coerción o el constreñimiento sobre los médicos, por parte de las EPS y sus administradores, deben desaparecer progresivamente.

Ahora bien, la autonomía médica debe tener límite -pues el título de médico no puede convertirse en licencia de irresponsabilidad o impunidad total-, pero tal límite no puede ser establecido por las instituciones prestadoras o aseguradoras y sus intereses económicos, sino por los mismos médicos, mediante decisiones colegiadas. La literatura deja ver que los problemas de calidad en la atención de salud se incrementan cuando más aislada resulte la práctica profesional.

Resulta prioritario, en consecuencia, que los Comités de Farmacia y Terapéutica de las instituciones de salud desarrollen seriamente procesos de seguimiento y evaluación de la prescripción al interior de las instituciones de salud, de modo que sean capaces de liderar la utilización racional y eficiente de los medicamentos, además de llamar la atención a los colegas que se aparten de las recomendaciones científicas, sin las explicaciones debidas.

Muchos más desafíos relacionados con la utilización racional y eficiente de medicamentos se desprenden de la investigación. Algunos de ellos pretendemos sean sean abordados en la fase siguiente del proyecto, si se logra nuevamente el respaldo y financiamiento para retornar a la comunidad el saber recogido en enseñanzas capaces de modificar comportamientos y prácticas, así como en desarrollo de procesos innovadores hacia las instituciones, para mejorar los servicios farmacéuticos y, finalmente, en recomendaciones a la Dirección del Sistema para mejorar la regulación en algunos aspectos críticos señalados entre los hallazgos de la investigación.

Resta expresar el agradecimiento de FEDESALUD al Departamento de Cundinamarca y especialmente al equipo de la Secretaría de Salud y del Ministerio de Salud, que junto con la Fundación Ifarma y la Universidad Santo Tomás, hicieron posible este enorme logro, en el que pusimos todo nuestro esfuerzo y del que nos manifestamos de antemano orgullosos.

FÉLIX LEÓN MARTÍNEZ MARTÍN
Presidente FEDESALUD

INVESTIGACIÓN CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS USUARIOS Y PRESCRIPTORES DE MEDICAMENTOS

Justificación

La crisis actual del sector salud, tiene como eje central la sostenibilidad financiera, con dos componentes en pugna, de un lado, una seria limitación de recursos per cápita, relacionada con las restricciones fiscales, en el marco del modelo económico y, por otro, un incremento progresivo e inusitado del gasto, presionado por servicios e insumos de alta tecnología y alto costo, que permiten mayor margen de negocio a las empresas del sector, entre los cuales es necesario analizar la importancia del gasto en medicamentos.

En Colombia, la construcción de la Política Farmacéutica Nacional en 2003 (PFN 2003), se basó en un diagnostico general, que identificó los principales problemas de la gestión de medicamentos, y su formulación se considera hoy una pieza clave dentro del sistema y de las prioridades de salud pública. El planteamiento de la PFN 2003 incluyó los tres componentes sugeridos por la Organización Mundial de la Salud: Acceso, Uso Racional y Calidad. En el Árbol de Problemas que sintetiza el diagnóstico de la PFN 2003, se observan algunas conclusiones importantes:

En primer lugar, los efectos de distorsiones en el uso, acceso y calidad de los medicamentos tienen efectos directos sobre las condiciones de salud de la población, la estabilidad financiera del sistema y el nivel de ingreso de los hogares. En consecuencia, estos son los objetivos de largo plazo y definen el impacto esperado con la ejecución de la Política.

En el tema de uso, el diagnóstico señala que la utilización inapropiada de medicamentos está asociada a las estrategias de mercadeo de los agentes de la industria (productores/vendedores), junto con la ausencia de mecanismos de actualización

independiente de los prescriptores (médicos) y a la escasa información de los consumidores (usuarios).

FEDESALUD (Martínez Félix 2013) denunciaba que "En los últimos años se han destacado las estrategias de aprobación por parte de los gobiernos de las llamadas "patentes débiles" para prolongar los derechos de comercio monopólico de medicamentos innovadores o la intención de prohibir la réplica de los medicamentos biotecnológicos. Los mecanismos de cabildeo, que lograron la total desregulación de precios e incluso el poco ético financiamiento de médicos y asociaciones de pacientes para defender estas estrategias de negocio, y el "asesoramiento jurídico" a los pacientes para lograr que el Fondo de la Seguridad Social pague medicamentos innovadores no incluidos en el Plan de Beneficios, resultaron exitosos y llevaron al Sistema a una verdadera crisis financiera en 2010".

El Ministerio de Salud, en la exposición de motivos del proyecto de Ley ordinaria para reformar la Ley 100 (Ministerio de Salud 2013), señalaba: "En 2010 la mitad de los medicamentos de mayor participación en el valor total de los recobros, que en conjunto concentraron el 60% de los recobros totales, coincidía con los medicamentos de mayor venta en el mercado mundial, todos ellos, innovaciones de reciente introducción (IMS 2010) (Zapata 2012). Aumentos en la carga de enfermedad y en las tasas de nuevos diagnósticos de enfermedades como el cáncer o las enfermedades autoinmunes, no son proporcionales a la demanda reflejada. Tampoco puede establecerse con certeza que la velocidad observada en la expansión del valor de recobros corresponda únicamente al ritmo de la innovación, de manera que cabe preguntarse si el aumento en la demanda se origina en los malos incentivos, en inducción inadecuada de la demanda y en ineficiencias administrativas como la estructura y configuración del POS, ya descrita".

Y agregaba el Ministerio: "Las dinámicas de innovación terapéutica y diagnóstica son también factores que influyen sobre el gasto en salud, tanto de las prestaciones POS como de las prestaciones del No POS. Por ejemplo, en Colombia, un promedio de 20 de nuevos principios activos entran al mercado cada año, según cifras del INVIMA. Estos principios activos aparecen rápidamente en el top del perfil de los recobros sin mediar procesos de evaluación técnica sobre su beneficio, excepto los conceptos de los Comités Técnico Científicos. De hecho, 10 principios activos que entraron al mercado colombiano en los últimos cinco años representaron más de 30% del valor de los recobros totales en 2012 y solo 16 principios activos de origen biotecnológico representan el 80% de los recobros para el mismo año".

El informe de FEDESARROLLO (Zapata 2012), en cuanto al análisis del marco legal e institucional vigente, expone que: "…el país se encuentra muy atrasado en su desarrollo normativo en la materia y no tiene desarrollada una institucionalidad acorde a los retos que los medicamentos de última generación le representan a largo plazo…".

Según la Contraloría General de la República (Contraloría 2012) "Diversos sectores coinciden en afirmar que el crecimiento dramático y desmesurado de los recobros al FOSYGA por medicamentos y otras prestaciones no incluidas en el Plan Obligatorio de Salud (POS) constituye uno de los factores determinantes en la crisis social y financiera del sector salud considerando que entre los años 1997 a 2000 los recobros alcanzaron la suma de$4.244 millones, que en el 2002 pasaron a $56.174 millones y llegaron a $2.236.120 millones el año 2010 ya sea por vía Tutela o los denominados Comités Técnicos Científicos (CTC)".

Para la Federación Médica Colombiana "…Los medicamentos monopólicos, las marcas "originales" con precios mucho más elevados que en el exterior y sus imitaciones, consolidaron su posición y todos los productos no incluidos en el POS pudieron ser recobrados a cualquier precio. Los recobros pagados por el FOSYGA - según la Supersalud -, pasaron a Col$ 557.331 millones el 2007, Col$ 1.202.756 millones el 2008, Col$ 1.812.505 millones el 2009 y Col$ 2.236.120 millones el 2010..." (FMC 2011)

El Gobierno nacional reformula en 2012 la política farmacéutica, en el marco de los principios constitucionales asociados al derecho a la salud y al desarrollo del sector industrial farmacéutico y en respuesta a los objetivos planteados en el Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014 "Prosperidad para Todos". Esta política plantea diez estrategias que buscan mejora el acceso, oportunidad de dispensación, calidad y uso adecuado en función de las necesidades de la población, independientemente de su capacidad de pago.

Tres de estas estrategias son transversales: i) disponibilidad de información confiable, oportuna y pública sobre acceso, precios, uso y calidad de los medicamentos, ii) construcción de una institucionalidad eficaz, eficiente y coherente; y iii) adecuación de la oferta y las competencias del recurso humano del sector farmacéutico. Las siete estrategias restantes incluyen: i) desarrollo de instrumentos para la regulación de precios y del mercado; ii) fortalecimiento de la rectoría y del sistema de vigilancia; iii) compromiso con la sostenibilidad ambiental y el aprovechamiento de la biodiversidad; iv) adecuación de la oferta de medicamentos; v) desarrollo de programas especiales de acceso; vi) diseño de redes de Servicios Farmacéuticos (SF); y vii) promoción del uso adecuado de medicamentos.

La Secretaría de Salud de Cundinamarca busca mejorar el acceso equitativo a los medicamentos y la prestación de servicios farmacéuticos con calidad en la Región, a partir del análisis del comportamiento de cada una de las etapas del ciclo del medicamento que conlleven a la propuesta de un modelo administrativo y de gestión que aumente la eficiencia del recurso dispuesto para la prescripción y entrega de medicamentos, el acceso equitativo al servicio y el fortalecimiento técnico de los actores que lideran la política farmacéutica y el monitoreo del sistema de información.

Planteamiento del problema

Definición del uso racional de medicamentos:

Los pacientes reciben la medicación adecuada a sus necesidades clínicas, en las dosis correspondientes a sus requisitos individuales, durante un período de tiempo adecuado y al menor coste posible para ellos y para la comunidad". (OMS, 1985).

El problema del uso irracional

Para la OMS (OMS 2002) el uso irracional o no racional es la utilización de medicamentos de un modo no acorde con la definición anterior de uso racional. En todo el mundo, más del 50% de todos los medicamentos se recetan, se dispensan o se venden de forma inadecuada. Al mismo tiempo, alrededor de un tercio de la población mundial carece de acceso a medicamentos esenciales, y el 50% de los pacientes los toman de forma incorrecta. Los siguientes son algunos tipos frecuentes de uso irracional de medicamentos:

- Uso de demasiadas medicinas por paciente (polifarmacia);
- Uso inadecuado de medicamentos antimicrobianos, a menudo en dosis incorrectas, para infecciones no bacterianas;
- Uso excesivo de inyecciones en casos en los que serían más adecuadas formulaciones orales;
- Recetado no acorde con las directrices clínicas;
- Automedicación inadecuada, a menudo con medicinas que requieren receta médica.

El 60 CONSEJO EJECUTIVO de la OMS, 120ª REUNIÓN, (Duodécima sesión, 29 de enero de 2007) recomienda a la 60ª Asamblea Mundial de la Salud que adopte la resolución siguiente:

Deseando fomentar un uso racional y científicamente fundamentado de los medicamentos por parte de los dispensadores y consumidores y mejorar el acceso a los medicamentos esenciales;

Consciente de que el uso irracional de los medicamentos sigue siendo un problema urgente y generalizado en el sector sanitario público y privado de los países desarrollados y en desarrollo, con graves consecuencias en términos de malos resultados para los pacientes, reacciones adversas a los medicamentos, aumento de la resistencia a los antimicrobianos y despilfarro de recursos;

Admitiendo que no cabe aplicar con éxito resoluciones anteriores sobre la resistencia a los antimicrobianos sin abordar el problema mundial del uso irracional de los medicamentos;

Resoluciones y decisiones

Reconociendo que muchos países carecen de un organismo riguroso de reglamentación farmacéutica y de un programa completo u órgano nacional para fomentar el uso racional de los medicamentos;

Recalcando que las iniciativas mundiales para aumentar el acceso a los medicamentos esenciales deben atenerse al principio del uso racional de los medicamentos y abarcar la observancia del tratamiento por el paciente;

Preocupada por la insuficiente atención y los parvos recursos que se dedican al problema del uso irracional de los medicamentos por prescriptores, dispensadores y consumidores; Haciendo hincapié en la necesidad de aplicar un planteamiento global, duradero, nacional y sectorial para fomentar el uso racional de los medicamentos;

Reconociendo que la financiación de los medicamentos y los arreglos de pago al prestador de servicios de salud pueden tener gran repercusión en el uso racional de los medicamentos, y que se requieren políticas apropiadas en materia de financiación de la atención sanitaria; Reconociendo que en el conjunto del sistema de salud puede haber incentivos perversos para utilizar irracionalmente los medicamentos, por ejemplo que en ocasiones generen conflictos de intereses;

Preocupada por que las ventas directas al consumidor a través de Internet puedan dar lugar a un uso irracional de los medicamentos;

Convencida de que ha llegado el momento de que los gobiernos, los profesionales de la salud, la sociedad civil, el sector privado y la comunidad internacional se comprometan a fomentar el uso racional de los medicamentos, en particular con un volumen suficiente de recursos,

1. INSTA a los Estados Miembros:

1) *a que inviertan lo suficiente en recursos humanos y aporten los fondos necesarios para reforzar la capacidad de las instituciones con el fin de garantizar un uso más apropiado de los medicamentos en los sectores público y privado;*

2) *a que estudien la posibilidad de establecer y/o reforzar, según proceda, un organismo nacional de reglamentación farmacéutica y un programa nacional completo y/u órgano multidisciplinario, con participación de la sociedad civil y de órganos profesionales, a fin de supervisar y promover el uso racional de los medicamentos;*

3) *a que estudien la posibilidad de impulsar, reforzar o instaurar, según proceda, la aplicación de una lista de medicamentos esenciales al conjunto de prestaciones que ofrecen las cajas de seguros existentes o nuevas;*

4) *a que desarrollen y refuercen los programas de formación existentes sobre el uso racional de los medicamentos y se aseguren de que son tenidos en cuenta en los planes de estudios de todos los profesionales de la salud y estudiantes de medicina, incluida la enseñanza continua, cuando proceda, y a que promuevan programas de educación pública sobre el uso racional de los medicamentos;*

5) *a que promulguen nuevos textos legislativos, o los hagan cumplir cuando ya existan, que prohíban la promoción inexacta, equívoca o no ética de medicamentos, a que vigilen la promoción de medicamentos y a que elaboren y apliquen programas para ofrecer información independiente y no promocional sobre los medicamentos;*

6) *a que formulen y pongan en práctica políticas y programas nacionales para mejorar el uso de los medicamentos, en particular directrices clínicas y listas de medicamentos esenciales, según proceda, haciendo hincapié en intervenciones multifacéticas dirigidas a los sectores sanitarios tanto públicos como privados, con participación tanto de los dispensadores como de los consumidores;*

7) *a que consideren la posibilidad de crear, o reforzar cuando sea el caso, la función de los comités farmacéuticos y terapéuticos hospitalarios para promover el uso racional de los medicamentos;*

8) *a que amplíen a todo el t*erritorio nacional las intervenciones sostenibles que hayan tenido éxito a escala local;

2. PIDE a la Directora General:

1) *que refuerce la función de coordinación y de promoción científicamente fundamentada que ejerce la OMS para fomentar el uso racional de los medicamentos;*

2) *que, en colaboración con los gobiernos y la sociedad civil, fortalezca el apoyo técnico de la OMS a los Estados Miembros en sus esfuerzos por esta-*

blecer órganos multidisciplinarios nacionales encargados de supervisar el uso de medicamentos y aplicar los programas nacionales sobre uso racional de los medicamentos, o de reforzar esos órganos, según corresponda;

3) *que refuerce la coordinación del apoyo financiero y técnico internacional al uso racional de los medicamentos;*

4) *que fomente la investigación, en particular sobre la concepción de intervenciones sostenibles para promover el uso racional de los medicamentos en todos los niveles del sector sanitario tanto público como privado;*

5) *que fomente el debate sobre el uso racional de los medicamentos entre las autoridades sanitarias, los profesionales y los pacientes;*

6) *que informe a la* 62ª Asamblea Mundial de la Salud, y ulteriormente cada dos años, de los progresos realizados, los problemas que hayan surgido y las nuevas acciones propuestas para aplicar los programas de la OMS de fomento del uso racional de los medicamentos.

Señala igualmente la OMS, que la falta de acceso a medicamentos y las dosis inadecuadas tienen como consecuencia un alto índice de morbilidad y de mortalidad, sobre todo a raíz de infecciones infantiles y enfermedades crónicas, tales como la hipertensión, la diabetes, la epilepsia o enfermedades mentales. El uso inadecuado y excesivo de medicamentos supone un desperdicio de recursos, a menudo pagados por los pacientes, y traen como consecuencia un considerable perjuicio al paciente en cuanto a la falta de resultados positivos y a la incidencia de reacciones adversas a medicamentos.

Además, el uso excesivo de medicamentos antimicrobianos está teniendo como resultado una mayor resistencia antimicrobiana, y las inyecciones no esterilizadas contribuyen a la transmisión de la hepatitis, el VIH/SIDA y otras enfermedades transmitidas por la sangre. Finalmente, el uso excesivo irracional de medicamentos puede estimular una demanda desproporcionada por parte de los pacientes, y reducir el acceso y los índices de consultas debido a la escasez de medicamentos y a la pérdida de confianza del paciente en el sistema sanitario.

Medicamentos genéricos

En el 2002 el Ministerio de la Protección Social (MPS) impulso el proceso de formulación de la Política Farmacéutica Nacional (PFN), que concluyó con su publicación y lanzamiento en el 2003. Después de una década de implementación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), la pretensión fundamental de la PFN 2003 apuntaba a consolidar la incorporación de los siguientes mencionados instrumentos de política pública dentro del Sistema (Ministerio de Salud 2011):

- La consolidación de la selección, traducida en el concepto de medicamento esencial, como una expresión de la aplicación de criterios de balance beneficios – riesgos y costo-efectividad y de escogencia de las mejores alternativas terapéuticas con fundamento en evidencia. A partir de la Ley 100, este concepto se traducía en la lista de medicamentos del Plan Obligatorio de Salud, POS.
- El estímulo a la competencia expresada en la obligatoriedad del uso de la Denominación Común Internacional (DCI) en la prescripción, complementada con medidas tendientes a estimular la oferta de competidores y garantizar la calidad.

Según el estudio mencionado para evaluar la política farmacéutica formulada en 2003,

> *Históricamente Colombia forma parte del grupo de países que desde los años 70 pusieron en marcha elementos e iniciativas para construir una política farmacéutica, en épocas en que tal terminología aún no había visto la luz. Su avance más notable la constituyó el listado de medicamentos del entonces Instituto Colombiano de los Seguros Sociales, ICSS, quien fuera en ese entonces una de las instituciones pioneras en esta línea de trabajo, y entre otros aspectos, fuera la quién creara las bases iniciales de lo que hoy conocemos como la Auditoria de Servicios de Salud, el Sistema de Garantía de la Calidad, y las bases iniciales del Plan Obligatorio de Salud.*
>
> *El ICSS luego convertido en el ISS previo a su conversión en EPS y posterior desaparición, manejó por muchos años un formulario de medicamentos, con una comisión institucional destinada a debatir las inclusiones y exclusiones, consolidando un sistema de compras "centralizadas" de medicamentos que por años significaron los precios más bajos del mercado, con sistemas de información a los médicos bajo la forma de boletines periódicos, con esquema de manejo y financiamiento para el caso de prescripciones excepcionales.*
>
> *De igual forma en los años 90, la Comunidad Andina de Naciones –CAN- formuló un documento de Política Farmacéutica Andina Común. Este documento, producto de un consenso de los Ministerios de Salud de los países Andinos, se fundamentó en el concepto de medicamentos esenciales como la mejor alternativa terapéutica, pero adicionando un elemento por entonces poco desarrollado internacionalmente; la promoción de los genéricos como la mejor alternativa comercial.*
>
> *En este periodo Colombia avanzó en una fuerte campaña de promoción de los genéricos con el Decreto 709 de 1989 que incluyó muchos de los elementos que hoy se consideran claves para la promoción de la competencia en este sector; la prescripción por Denominación Común Internacional (DCI), el registro sanitario abreviado, la información transparente y la garantía de calidad para todos los medicamentos del mercado. Si-*

multáneamente, se organizaron Cooperativas de Hospitales, mecanismo que logró desarrollar de manera práctica los beneficios de la selección y de la competencia, obteniendo precios bajos en las compras y promoviendo la adecuada selección como el pilar fundamental del uso racional de los medicamentos. Este modelo se constituyó en una interesante experiencia para el sector público.

Con la Ley 100 de 1993, de manera explícita se incorporaron los conceptos de selección de medicamentos y competencia como parte fundamental a la reestructuración del sistema de salud. Vale la pena recalcar que, en general, en países en desarrollo con sistemas de seguridad social en salud con alta participación del sector privado en el aseguramiento y la provisión de servicios, los medicamentos no formaban parte de los planes de beneficios. Colombia le apostó a que la combinación de estas dos líneas para ofrecer a los beneficiarios del Sistema un conjunto amplio de medicamentos dentro del plan de beneficios establecido por el sistema.

Este periodo coincide con el inicio de varios estudios y varias campañas relacionadas con la problemática de los medicamentos y las políticas públicas, en particular los trabajos adelantados por la OPS y la OMS conjuntamente con la organización Acción Internacional para la Salud. Destacamos durante ese periodo una muy interesante campaña para divulgar y promocionar la lista de medicamentos esenciales, el Formulario Terapéutico Nacional y el catálogo Farma. Este último constituyó una forma muy novedosa de informar al público sobre las diferentes alternativas de un mismo producto, genéricas y de marca, ordenadas por su precio.

Evidentemente estas políticas estuvieron orientadas a priorizar los resultados del sistema en términos de ganancias para la salud, respecto a los criterios de simple expansión económica del sector. Este enfoque, aunque aparentemente acertado, no obstante, fue objetivo de polémicas por parte de algunos agentes de la industria y otros detractores respecto a la orientación que estaba tomando la discusión política sobre los medicamentos dentro de la reforma al SGSS. Los puntos centrales de debate y crítica fueron los siguientes:

- *Los medicamentos esenciales, que se convirtieron en la Lista de Medicamentos del Plan Obligatorio de Salud, fueron objeto de intensas campañas en contra de su inclusión obligatoria, calificándolos de productos obsoletos sin mayor beneficio terapéutico, o como mínimo, productos baratos para los pobres en los países pobres (Partiendo de una premisa de que países de ingreso medio y medio alto como podía ser el caso de Colombia, deberían tener aspiraciones más elevadas), lo cual generó una tensión social y gremial poco beneficiosa para el sistema al posicionar en médicos y pacientes la imagen de un POS en origen ya desactualizado. Fueron muchas y de muy diversa índole las pre-*

siones para incorporar nuevos productos al listado, algunas de las cuales se concretaron, y en muchos casos con un buen respaldo técnico.

Yatrogénesis social

Para Ivan Ilich (Illich 1971), la medicina socava la salud no sólo por agresión directa contra los individuos sino también por el impacto de su organización social sobre el ambiente total.

> *"Cuando el daño médico a la salud individual se produce por un modo sociopolítico de transmisión, hablaré de "Yatrogénesis social", término que designa todas las lesiones a la salud que se deben precisamente a esas transformaciones socioeconómicas que han sido hechas atrayentes, posibles o necesarias por la forma institucional que ha adquirido la asistencia a la salud. La yatrogénesis social designa una categoría etiológica que abarca muchas formas. Se da cuando la burocracia médica crea una salud enferma aumentando las tensiones, multiplicando la dependencia inhabilitante, generando nuevas y dolorosas necesidades, disminuyendo los niveles de tolerancia al malestar o al dolor, reduciendo el trato que la gente acostumbra a conceder al que sufre, y aboliendo aun el derecho al cuidado de sí mismo. La yatrogénesis social está presente cuando el cuidado de la salud se convierta en un item estandarizado, en un artículo de consumo; cuando todo sufrimiento se "hospitaliza" y los hogares se vuelven inhóspitos para el nacimiento, la enfermedad y la muerte; cuando el lenguaje en el que la gente podía dar expresión a sus cuerpos se convierte en galimatías burocráticas; o cuando sufrir, dolerse y sanar fuera del papel de paciente se etiquetan como una forma de desviación".*
>
> *El monopolio comercial restringe el flujo de mercancías; el monopolio social, más insidioso, paraliza la producción de valores de uso no comerciables (Rosemberg 1962). Los monopolios radicales violan aún más la libertad y la independencia. Imponen en toda la sociedad la sustitución de valores de uso por mercancías, remodelando el ambiente y "apropiándose" aquellas características generales que permitieron a la gente enfrentarlo por sí misma. La educación intensiva transforma a los autodidactas en gente no empleable, la agricultura intensiva destruye al labrador de subsistencia, y el despliegue de la policía mina el autocontrol de la comunidad. La maligna propagación de la medicina tiene resultados comparables: convierte el cuidado mutuo y la automedicación en delitos o fechorías. Igual que la iatrogénesis clínica se hace médicamente incurable cuando alcanza una intensidad crítica y a partir de entonces sólo puede revertirse por un descenso de la empresa, así la iatrogénesis social sólo puede revertirse por medio de una acción política que cercene la dominación profesional. Un monopolio radical se alimenta de sí mismo. La medicina iatrogénica refuerza una sociedad morbosa donde el control social de la población por parte del sistema médico se erige como actividad económica primordial. Sirve para*

legitimar componendas sociales en las que mucha gente no encaja. Cataloga a los impedidos como ineptos y genera una tras otra nuevas categorías de pacientes. La gente airada, enferma y menoscabada por su labor y su ocio industriales sólo puede escapar viviendo bajo supervisión médica, y con ello se le seduce o se le descalifica de la lucha política por un mundo más sano. La iatrogénesis social todavía no se acepta como una etiología común de la enfermedad. Si se reconociera que a menudo el diagnóstico sirve como un medio de convertir las quejas políticas contra las tensiones por el desarrollo en demandas de nuevas terapias que sólo son más de los mismos productos costosos y enervantes, el sistema industrial perdería una de sus principales defensas (Porter 1971). Al mismo tiempo la conciencia del grado en que la salud enferma iatrogénica se comunica políticamente sacudiría los cimientos del poder médico mucho más profundamente que cualquier catálogo de las fallas técnicas de la medicina.

Condicionantes intrínsecos y extrínsecos de la prescripción médica

El modelo propuesto por Caamaño y colaboradores (Caamaño 2001) distingue dos grandes tipos de condicionantes de la prescripción: a) intrínsecos, relacionados con la formación del médico, y b) extrínsecos, asociados a la interacción del médico con su entorno. Según este modelo, la teoría de adquisición de hábitos en ciencias de la salud conocimientos- actitudes-prácticas (Ross 1992) (Islam 1993), (CAP) explicaría la influencia de la formación del médico, y la teoría de satisfacción de las necesidades (Maslow 1943), (Slotnik 1996), (Valadez 1993), daría cuenta de la influencia de los factores del entorno.

En el modelo, los condicionantes intrínsecos –formación académica y cantidad y calidad de fuentes de información de las que disponga el facultativo en su ejercicio profesional– condicionarán los conocimientos terapéuticos del médico; esos conocimientos generarán en el clínico actitudes hacia la prescripción, las cuales se reflejarán en sus prácticas prescriptoras. No obstante, la relación conocimientos-actitudes-prácticas no es unívoca (los mismos conocimientos no conducen a los mismos hábitos), sino que se ve modificada por factores extrínsecos, cuya influencia en la prescripción podría ser explicada por la teoría de satisfacción de las necesidades. Así, y ya en el propio proceso de captación de información, los colegiados pueden desarrollar mecanismos de «percepción selectiva» capaces de aislarlos de informaciones que a priori rechazan.

Según Caamaño (Caamaño 2001), los conocimientos farmacológicos no se traducirán directamente en hábitos prescriptores, ya que distintos factores extrínsecos pueden condicionar significativamente el determinismo en la relación CAP. Las circunstancias en que desarrolla su actividad el clínico en su interacción con la industria, la Administración sanitaria y los pacientes serán también importantes condicionantes de la prescripción (Larizgoitia y otros 1998), (Allery et al 1997). Probablemente, la influencia de la industria farmacéutica sobre la prescripción no sea posible explicarla únicamente a través de la información que facilita, sino que es necesario incorporar

el modelo de satisfacción de necesidades, que tiene en cuenta la necesidad del médico de encontrarse en armonía con su entorno.

Según algunos autores, el desarraigo del facultativo de AP dentro del sistema sanitario, sobre todo en el modelo tradicional, es aprovechado por los laboratorios farmacéuticos para crear vínculos personales con los médicos, que refuerzan con obsequios y regalos, lo cual se traslada a su comportamiento prescriptor. Esto explicaría, por ejemplo, que los facultativos que desarrollan su actividad en equipos de AP realicen prescripciones de mayor calidad (Pereiró y otros 1995), (Jiménez y otros 1995), debido probablemente a su mayor armonía, por un lado, con el Sistema Nacional de Salud al estar más integrado en él y, por otro, con sus colegas al trabajar en equipo. Ubokudom et al. (Ubokudom 1998), señalaron distintas concepciones del acto médico entre facultativos que trabajan solos frente a los que desarrollan su actividad en equipo. No obstante, está por ver si es la estructura sanitaria la que condiciona las pautas prescriptoras del clínico, o si la distinta formación de los facultativos resulta un aspecto clave en la integración de éstos en los equipos de AP. Al contrario que la industria, que tradicionalmente ha mantenido una muy buena relación con los profesionales médicos, la Administración es, generalmente, vista como un elemento fiscalizador, insensible a los problemas a los que se enfrenta día a día el clínico, lo cual probablemente haya contribuido también al desarraigo del médico de AP.

Conocimientos, actitudes y prácticas

- Tanto los conocimientos, las actitudes y las prácticas son productos sociales y deben ser abordados en el contexto de los distintos procesos sociales. Las relaciones que tienen entre sí y las implicaciones que conllevan en el desenvolvimiento de las personas, explican muchos de los comportamientos de una sociedad" (Hungler 1995). De ahí la necesidad e importancia de estudiar tanto los conocimientos como las conductas de la población.
- Según Maldonado (Maldonado 2004), el conocimiento es una representación que corresponde de manera adecuada a una parte o a un aspecto de la realidad y es adquirido por aprendizaje o por descubrimiento. Las actitudes son predisposiciones hacia los objetos, situaciones o conductas; son el grado en que una persona alberga sentimientos positivos o negativos, favorables o no, hacia los mismos; constituyen posturas determinadas e intrínsecas a los individuos, que se ejercen basándose en concepciones o reglas y son tendencias persistentes en el comportamiento de las personas que obedecen a ciertos principios normativos. La práctica es el obrar, las acciones en la vida cotidiana, la aplicación de la teoría. Las prácticas también son una fuente del conocimiento (el empírico). El tipo de prácticas que realiza una persona está condicionado por la predisposición o postura que adopta ante determinada situación, así como por el conocimiento que posee al respecto.

- Por todo lo expuesto, determinar qué es lo que saben las personas, qué desean saber, qué necesitan saber, qué aspectos distorsionan y como ocurre esto, qué uso dan de esos conocimientos en su vida cotidiana y finalmente cómo y cuáles son sus posturas y acciones ante situaciones concretas, permite comprender de mejor manera el comportamiento de un grupo humano e incluso las razones para el éxito o fracaso de los programas sociales. Algunos estudios (Egger et al 1994), que han considerado uno o todos los componentes del eje lógico "conocimientos-actitudes-prácticas", han aportado información relevante para la identificación de los problemas y para la planificación de intervenciones destinadas a corregirlos.
- Llevando lo anterior al campo del medicamento (un bien de uso social), los conocimientos comprenden aquellos relacionados con los procesos de salud-enfermedad, sus posibles etiologías y la gravedad, la prevención y el tratamiento de las patologías; sobre las bondades y peligros de los medicamentos, los beneficios, riesgos y límites de la automedicación; así como los costos e implicaciones sociales de su uso.
- Debería también analizarse las actitudes que tienen las personas frente a los procesos de salud-enfermedad, cómo reaccionan en determinada situación, la forma en que perciben a los medicamentos y su postura cuando requieren tomarlos. Finalmente, para nuestro tema las prácticas significarían las acciones sanitarias, los actos terapéuticos (en el caso de los médicos), el acudir en busca de atención profesional (en el caso de las personas), el cumplimiento de las indicaciones médicas, el realizar un autocuidado de la salud (incluyendo la automedicación) y lógicamente el consumo de medicamentos (la adherencia al tratamiento y, nuevamente, la automedicación).
- Es posible comprender entonces la necesidad de estudiar los conocimientos, actitudes y prácticas de las personas en temas sanitarios específicos; porque si las prácticas de las personas no son adecuadas y se desea mejorarlas, parece correcto suponer que hay que actuar sobre el eje lógico, es decir, resulta plausible que modificando los conocimientos, podrían cambiarse las actitudes y de esta forma, las prácticas.

Objetivos

Objetivo general

Determinar cómo los conocimientos, actitudes y prácticas de los prescriptores y usuarios de medicamentos pueden favorecer o no el adecuado uso de los mismos en la región y cuáles deben ser las orientaciones claves para la modificación de comportamientos contrarios a las recomendaciones técnicas y científicas.

Objetivos específicos:

- Determinar cómo los conocimientos, actitudes y prácticas de enfermos en tratamiento ambulatorio, como usuarios de medicamentos, pueden favorecer o no el adecuado uso de los mismos en la región y cuáles deben ser las orientaciones claves para la modificación de comportamientos contrarios a las recomendaciones técnicas y científicas.

- Determinar cómo los conocimientos, actitudes y prácticas de personas no enfermas. como usuarios de medicamentos, pueden favorecer o no el adecuado uso de los mismos en la región y cuáles deben ser las orientaciones claves para la modificación de comportamientos contrarios a las recomendaciones técnicas y científicas.

Metodología

Componente cuantitativo:

Encuesta por muestreo aleatorio que se aplicó en 23 municipios del Departamento. El desarrollo del operativo supuso la aplicación de 3.000 encuestas a usuarios, que incluyeron un sub-módulo para pacientes.

Unidades de análisis

Personas, usuarios o pacientes, que se encontraban en los hogares con al menos un paciente. Se descartaron los hogares sin personas en tratamiento en los últimos 30 días.

Sujeto de observación

Pacientes que se encontraban en tratamiento ambulatorio en los últimos 30 días, (pacientes) con enfermedades agudas o con enfermedades crónicas y personas que no se encontraban en tratamiento (usuarios), pero eran susceptibles de demandar servicios de salud.

Criterios de inclusión

Pacientes con diagnóstico de enfermedad por médico y que, en el momento de la encuesta, recibían tratamiento ambulatorio y personas que no se encontraban en tratamiento en los últimos 30 días, pero eran susceptibles de demandar servicios de

salud y que estaban en el rango de edad de 20 y más años.

Criterios de exclusión

Pacientes con deficiencias mentales o cognitivas

Pacientes en estado crítico

Pacientes hospitalizados

Pacientes menores de 20 años.

Marco de Muestreo

El marco de muestreo es el dispositivo que permite identificar y ubicar a las unidades de muestreo. Ambas condiciones son necesarias y suficientes. Para este caso se emplearon las proyecciones de población 2014 a nivel municipal del DANE, además se utilizaron los totales de manzanas provenientes del Censo General 2005.

Diseño Muestral

Se entiende por diseño muestral el método de selección aleatoria de elementos a incluir en la muestra (tipo de muestra). Para un diseño dado se pueden encontrar varios algoritmos de selección. Según el método y el algoritmo de selección, se deduce el cálculo de probabilidad de inclusión o de selección y con ellas se tiene en forma directa las tres fórmulas básicas:

El estimador del total para los casos del π-estimador.

La fórmula de la varianza del estimador.

El estimador de la varianza del estimador.

El diseño de la muestra es probabilístico, con lo cual se garantiza que el nivel de conocimiento alcanzado a partir del estudio de un grupo de unidades (muestra) permitirá inferir resultados al universo del cual provienen y cuya población susceptible de encuestar representan. Al concebir una muestra probabilística, se debe garantizar: un marco de muestreo, asignando probabilidades de inclusión conocidas a priori y mayores a cero y, respetando que los mecanismos de selección condicionan las probabilidades asignadas a priori, de esta manera es posible utilizar los modelos de probabilidad teóricos establecidos de acuerdo con el di-

seño para realizar inferencia estadística de los resultados a la población objetivo que refleja el marco.

El diseño de muestra fue igualmente multi-etápico, en dos etapas, una primera de selección de Municipios, con tres estratos, el primero de inclusión forzosa que comprende las capitales de provincia, el segundo estrato son los municipios con más de cuatro mil habitantes en la cabecera y el tercero los de menos de cuatro mil habitantes. La segunda es un muestreo aleatorio de manzanas dentro de los municipios.

Método de Selección

Como en la construcción de cualquier plan muestral, se parte en primer lugar de la información disponible o posible de conseguir. Lo primordial, es la consecución del marco tratando de establecer mecanismos para minimizar sus defectos: sub-cobertura, sobre-cobertura y repetición.

Como principios generales para determinar el diseño más apropiado se sugiere, entre otros, que los diseños con tamaño fijo de muestra son más eficientes que los diseños de tamaño aleatorio de muestra.

A continuación, se describe brevemente el método y, con respecto a la estimación de los parámetros de interés y su varianza, se determinó la proporción como referente para la presentación de las expresiones matemáticas derivadas del método y el algoritmo de selección:

Muestreo Aleatorio Simple (Mas)

Consiste en seleccionar sin reposición y en forma equiprobable, al interior de cada extracción, un elemento hasta completar un total de n, valor establecido de antemano. Cuando se selecciona el primer elemento de la muestra, todos tienen igual probabilidad, lo mismo sucede cuando se selecciona el segundo elemento, pero las probabilidades de selección entre la primera y la segunda extracción han cambiado. En la primera extracción todos tienen probabilidad de selección igual a $\frac{1}{N}$, en la segunda los que restan tienen probabilidad de selección igual a $\frac{1}{N-1}$. se presentan aquí dos algoritmos para seleccionar muestra MAS.

Se utilizan dos algoritmos de selección para la aplicación de este método: Fan Muller o Coordinado Negativo. Las formulas básicas son: (Tabla 1)

Tabla 1.- Algoritmos de selección de la muestra

El estimador del total	$\hat{t}_{y\pi} = \frac{N}{n}.\sum_m y_k$
La fórmula de la varianza del estimador	$V_{MAS}(\hat{t}_{y\pi}) = \frac{N.(N-n)}{n}.S^2_{yU}$ con $S^2_{yU} = \frac{1}{N-1}.\sum_U (y_k - \bar{y}_U)^2$ y $\bar{y}_U = \frac{1}{N}.\sum_U y_k$
El estimador de la varianza del estimador	$\hat{V}_{MAS}(\hat{t}_{y\pi}) = \frac{N.(N-n)}{n}.S^2_{ym}$ con $S^2_{ym} = \frac{1}{n-1}.\sum_m (y_k - \bar{y}_m)^2$ y $\bar{y}_m = \frac{1}{n}.\sum_m y_k$

En consecuencia, se propone seleccionar a través de un muestreo aleatorio simple en cada etapa sin reemplazamiento los municipios y manzanas (unidades de muestreo en cada etapa, respectivamente) que serán susceptibles de encuesta, asimismo metodológicamente

Unidades Estadísticas

Se refiere a las unidades de muestreo, observación y análisis.

Unidad de muestreo

Puesto que el diseño propuesto es en dos etapas, cada etapa tiene su respectiva unidad muestral, las de la primera etapa son los municipios con más de 4000 habitantes en las cabeceras de las 5 regiones de estudio y Soacha, municipio de inclusión forzosa.

Las unidades de selección de la segunda etapa son las manzanas dentro de los municipios.

Tamaño de Muestra

Como el objetivo es estimar un parámetro a partir de una muestra seleccionada mediante un método probabilístico, las estimaciones a partir de ésta, tienen asociado un nivel de incertidumbre relacionado con los procedimientos utilizados para su selección. En relación con el nivel de incertidumbre, este se explica a través de dos conceptos: confiabilidad y precisión, juntos determinan en gran medida la validez estadística de las estimaciones, pues a partir de ellos se establece el intervalo de confianza o rango en el cual se encuentra el valor desconocido del parámetro.

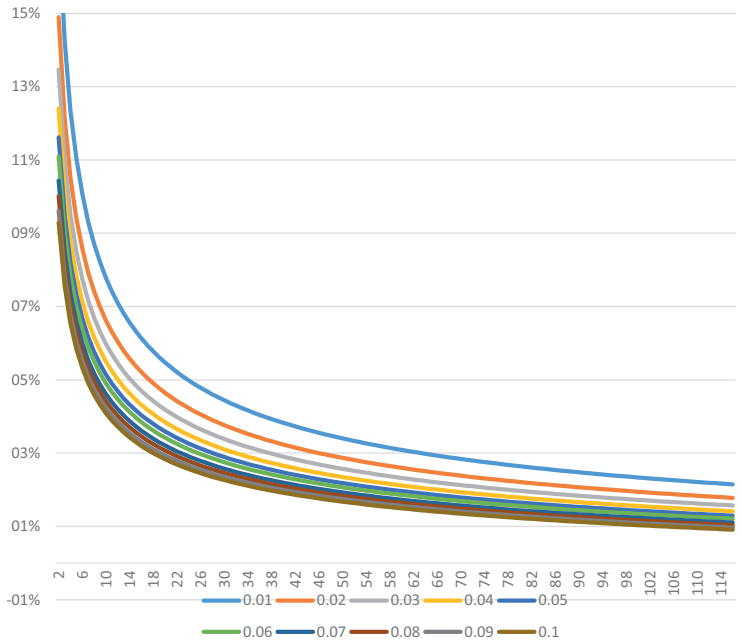
Concretamente, la precisión o coeficiente de variación estimado (cve), está dado por la variabilidad observada, por lo cual se minimiza en la medida en que el tamaño de muestra aumenta. El cve determina la longitud del intervalo, por lo cual se asocia con la calidad estadística del estimativo. Es comúnmente llamado error de muestreo y se expresa como la relación entre la desviación o error estándar estimado y el estimativo del estimador, lo cual lo hace una medida relativa al multiplicarlo por 100: (Tabla 2).

$$cve = \frac{\sqrt{\hat{V}(\hat{\theta})}}{\hat{\theta}} * 100$$

Tabla 2.- Niveles de Calidad del Coeficiente de Variación estimado

cve	Nivel
< 2,5%	Excelente
2,6%-5%	Muy buena
5,1%-10%	Aceptable
10,1%-15%	Regular
15,1%-20	Deficiente

Para la definición del tamaño de muestra se simularon coeficientes de variación para una proporción del 50% presente en el 7.5% de la población (que según los datos del censo son las personas que estuvieron enfermas en el último mes y que a además asistieron a un servicio médico) mediante la modificación de dos parámetros, la proporción de manzanas en muestra y el número de municipios en muestra. (Gráfica 1 y Tabla 3).



Gráfica 1.- Isocuantas de proporción de manzanas en muestra según número de municipios en muestra y Coeficiente de Variación estimado.

Tabla 3.- Coeficiente de Variación estimado según el número de municipios en muestra y la proporción de manzanas por municipio.

Coeficiente de variación / Municipios	Proporción de manzanas 1%	2%	3%	4%	5%	6%	7%	8%	9%	10%
2	17.5%	14.9%	13.5%	12.4%	11.6%	11.1%	10.4%	10.0%	9.6%	9.3%
3	14.3%	12.2%	11.0%	10.1%	9.5%	9.0%	8.5%	8.2%	7.8%	7.6%
4	12.3%	10.5%	9.5%	8.8%	8.2%	7.8%	7.4%	7.1%	6.8%	6.5%
5	11.0%	9.4%	8.5%	7.8%	7.3%	7.0%	6.6%	6.3%	6.0%	5.8%
6	10.1%	8.6%	7.7%	7.1%	6.7%	6.4%	6.0%	5.7%	5.5%	5.3%
7	9.3%	7.9%	7.2%	6.6%	6.2%	5.9%	5.5%	5.3%	5.1%	**4.9%**
8	8.7%	7.4%	6.7%	6.2%	5.8%	5.5%	5.2%	5.0%	**4.8%**	**4.6%**
9	8.2%	7.0%	6.3%	5.8%	5.4%	5.2%	**4.9%**	**4.7%**	**4.5%**	**4.3%**
10	7.8%	6.6%	6.0%	5.5%	5.1%	**4.9%**	**4.6%**	**4.4%**	**4.2%**	**4.1%**
11	7.4%	6.3%	5.7%	5.2%	**4.9%**	**4.7%**	**4.4%**	**4.2%**	**4.0%**	**3.9%**
12	7.1%	6.0%	5.4%	**5.0%**	**4.7%**	**4.5%**	**4.2%**	**4.0%**	**3.9%**	**3.7%**
13	6.8%	5.8%	5.2%	**4.8%**	**4.5%**	**4.3%**	**4.0%**	**3.9%**	**3.7%**	**3.6%**

Continúa en la página siguiente ►

▶ *Viene de la página anterior*

Coeficiente de variación / Municipios	Proporción de manzanas 1%	2%	3%	4%	5%	6%	7%	8%	9%	10%
14	6.6%	5.6%	5.0%	4.6%	4.3%	4.1%	3.9%	3.7%	3.6%	3.4%
15	6.3%	5.4%	4.9%	4.5%	4.2%	4.0%	3.7%	3.6%	3.4%	3.3%
16	6.1%	5.2%	4.7%	4.3%	4.0%	3.8%	3.6%	3.5%	3.3%	3.2%
17	5.9%	5.1%	4.6%	4.2%	3.9%	3.7%	3.5%	3.3%	3.2%	3.1%
18	5.8%	4.9%	4.4%	4.1%	3.8%	3.6%	3.4%	3.2%	3.1%	3.0%
19	5.6%	4.8%	4.3%	4.0%	3.7%	3.5%	3.3%	3.2%	3.0%	2.9%
20	5.5%	4.6%	4.2%	3.8%	3.6%	3.4%	3.2%	3.1%	2.9%	2.8%
21	5.3%	4.5%	4.1%	3.7%	3.5%	3.3%	3.1%	3.0%	2.9%	2.8%
22	5.2%	4.4%	4.0%	3.7%	3.4%	3.3%	3.1%	2.9%	2.8%	2.7%
23	5.1%	4.3%	3.9%	3.6%	3.3%	3.2%	3.0%	2.8%	2.7%	2.6%
24	5.0%	4.2%	3.8%	3.5%	3.3%	3.1%	2.9%	2.8%	2.7%	2.6%
25	4.9%	4.1%	3.7%	3.4%	3.2%	3.0%	2.8%	2.7%	2.6%	2.5%
26	4.8%	4.1%	3.7%	3.4%	3.1%	3.0%	2.8%	2.7%	2.5%	2.5%
27	4.7%	4.0%	3.6%	3.3%	3.1%	2.9%	2.7%	2.6%	2.5%	2.4%
28	4.6%	3.9%	3.5%	3.2%	3.0%	2.9%	2.7%	2.6%	2.4%	2.4%
29	4.5%	3.8%	3.4%	3.2%	2.9%	2.8%	2.6%	2.5%	2.4%	2.3%

Con el fin de reducir los costos del trabajo de campo se optó por una estrategia de 23 municipios en muestra con un 1% de muestra en cada municipio, en los casos en los que el el número de manzanas en muestra fue menor que uno, se añadieron dos manzanas a la muestra con el fin de poder estimar varianza; para un total de 120 manzanas en muestra. Para la selección de muestra en cada una de las etapas se aplicó el método de Coordinado negativo. (Tabla 4)

Tabla 4.- Selección de municipios primera etapa y tamaño de manzanas en segunda etapa.

DP	DPNOM	DPMP	MPIO	Provincia	Estrato	Manzanas en Muestra
25	Cundinamarca	25754	Soacha	Soacha	1	32
25	Cundinamarca	25151	Caqueza	Oriente	1	3
25	Cundinamarca	25875	Villeta	Gualivá	1	3
25	Cundinamarca	25269	Facatativá	Sabana Occidente	1	8
25	Cundinamarca	25290	Fusagasugá	Sumapaz	1	10
25	Cundinamarca	25307	Girardot	Alto Magdalena	1	11
25	Cundinamarca	25488	Nilo	Alto Magdalena	2	3
25	Cundinamarca	25260	El Rosal	Sabana Occidente	2	3

Continúa en la página siguiente ▶

▶ *Viene de la página anterior*

DP	DPNOM	DPMP	MPIO	Provincia	Estrato	Manzanas en Muestra
25	Cundinamarca	25053	Arbeláez	Sumapaz	2	3
25	Cundinamarca	25612	Ricaurte	Alto Magdalena	2	3
25	Cundinamarca	25099	Bojacá	Sabana Occidente	2	3
25	Cundinamarca	25815	Tocaima	Alto Magdalena	2	3
25	Cundinamarca	25743	Silvania	Sumapaz	2	3
25	Cundinamarca	25473	Mosquera	Sabana Occidente	2	5
25	Cundinamarca	25279	Fomeque	Oriente	2	3
25	Cundinamarca	25402	La Vega	Gualivá	2	3
25	Cundinamarca	25214	Cota	Sabana Occidente	2	3
25	Cundinamarca	25535	Pasca	Sumapaz	3	3
25	Cundinamarca	25019	Albán	Gualivá	3	3
25	Cundinamarca	25178	Chipaque	Oriente	3	3
25	Cundinamarca	25594	Quetame	Oriente	3	3
25	Cundinamarca	25339	Gutiérrez	Oriente	3	3
25	Cundinamarca	25805	Tibacuy	Sumapaz	3	3

Confidencialidad

Dado que los objetivos del estudio son netamente investigativos, la información obtenida será mantenida en estricta confidencialidad y los resultados solo serán utilizados con fines estadísticos y de investigación.

Ficha Técnica

A continuación, se presentan en forma concisa los aspectos más importantes de la muestra. (Tabla 5).

Tabla 5.- Ficha técnica de muestreo

Ficha técnica de muestreo	
Población objetivo	Pacientes y usuarios potenciales mayores de 20 años
Marco muestral	Primera etapa, proyecciones de población. Segunda etapa, listado de Manzanas de los municipios seleccionados en la primera etapa
Diseño muestral	Muestreo Aleatorio Simple - M.A.S. en dos etapas
Coeficiente de variación	Del 5.1% para un proporción del 50% presente en un dominio del 12.5% de la población
Cobertura	Cabeceras municipales de las 5 provincias y Soacha

Calibración de Factores de expansión

Calibración es un tema reciente en la literatura sobre diseños muestrales, busca la incorporación de información auxiliar al diseño de muestra ante la presencia de no respuesta u otros errores no muéstrales con el objetivo de reducir los sesgos. (Särndal, 2007).

Dicha información procede frecuentemente de proyecciones poblacionales o registros administrativos y se persigue evitar que existan múltiples estimaciones de, por ejemplo, los totales poblacionales, la distribución etaria o de sexo o la cobertura de algún programa social.

Así, la calibración permite que exista consistencia entre múltiples fuentes de información permitiendo a la vez reducir algunos problemas no muestrales.

El resultado final del operativo de campo arrojó 3079 encuestas realizadas en los hogares de los 23 municipios, y dadas las características probabilísticas de la muestra, los resultados se ajustan por el tamaño poblacional de los municipios. (Tabla 6)

Tabla 6.- Encuestas realizadas y población por municipio

Municipios	Encuestas		Población	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Total	**3.079**	**100,00**	**1.189.853**	**100,00**
SOACHA	715	23,22	500.097	42,03
FUSAGASUGÁ	300	9,74	131.914	11,09
FACATATIVÁ	346	11,24	129.671	10,90
GIRARDOT	267	8,67	104.476	8,78
MOSQUERA	223	7,24	80.688	6,78
VILLETA	80	2,60	25.061	2,11
COTA	180	5,85	24.406	2,05
SILVANIA	48	1,56	21.939	1,84
TOCAIMA	55	1,79	18.287	1,54
NILO	79	2,57	17.924	1,51
CAQUEZA	70	2,27	16.971	1,43
ELROSAL	132	4,29	16.876	1,42
LAVEGA	48	1,56	14.145	1,19
ARBELÁEZ	48	1,56	12.247	1,03
FOMEQUE	60	1,95	12.206	1,03
PASCA	48	1,56	12.073	1,01

Municipios	Encuestas		Población	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
BOJACÁ	114	3,70	11.254	0,95
RICAURTE	90	2,92	9.314	0,78
CHIPAQUE	52	1,69	8.400	0,71
QUETAME	40	1,30	7.090	0,60
ALBÁN	34	1,10	5.956	0,50
TIBACUY	20	0,65	4.821	0,41
GUTIÉRREZ	30	0,97	4.037	0,34

Para el caso de esta investigación se procedió a realizar la calibración por dos variables de interés, la primera, fue controlar la no respuesta dentro de los distintos municipios incorporando los totales poblacionales proyectados y la segunda, la distribución por sexo. Esto permitió solucionar dos problemas, el primero, la preponderancia de mujeres en la recolección y el segundo la no respuesta diferenciada entre cabeceras municipales. Cabe señalar que, no fue objetivo de la investigación la estimación de los totales de usuarios y pacientes para cada municipio, sino lograr mayor representación de los pacientes en la muestra. Así, la encuesta produce estimaciones confiables y precisas para la población objetivo pero no para la población municipal. (Särndal 2007). (Tablas 7 y 8)

Tabla 7.- Calibración por sexo

Sexo	Muestra		Población ajustada	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	910	29,6	591.179	49,7
Femenino	2.169	70,4	598.674	50,3
Total	3.079	100,0	1.189.853	100,0

Tabla 8.- Pacientes y usuarios en muestra y ajuste poblacional

	Muestra	Porcentaje	Ajuste poblacional	Porcentaje resultante
Pacientes	1.526	49,6	561.468	47,2
Usuarios	1.553	50,4	628.385	52,8
Total	3.079	100	1.189.853	100

Instrumentos de recolección

El grupo investigador optó construir el instrumento de recolección utilizando la escala de Likert, que al ser una escala que mide actitudes, puede aceptar que las personas tienen actitudes favorables, desfavorables o neutras, lo cual es perfecta-

mente normal en términos de información y garantiza al mismo tiempo adecuada sensibilidad.

Bajo la perspectiva de considerar las actitudes como un continuo que va de lo favorable a lo desfavorable, esta técnica, además de situar a cada individuo en un punto determinado (lo que es rasgo común a otras escalas), tiene en cuenta la amplitud y la consistencia de las respuestas actitudinales.

Sin embargo, se entiende que la escala de Likert no debe ser tratada como una escala de intervalo, puesto que las diferencias entre cada respuesta no son iguales en la distancia. La escala de Likert sólo nos dice que las personas con mayor número de respuestas están más de acuerdo con una posición, o que, entre dos grupos, uno se diferencia del otro por estar más o menos de acuerdo con una afirmación previamente dada.

Ver en anexos 1 y 2 los cuestionarios de usuarios y prescriptores

ANÁLISIS DE RESULTADOS ENCUESTA A USUARIOS

Caracterización de la población

Para el análisis, resulta fundamental la categorización de la población encuestada en variables claves como, edad, nivel educativo, y si estaban o no en tratamiento médico y el régimen de seguridad social al que pertenece. Para categorizar por edad, se estudiaron los puntos de corte resultantes de tres percentiles, que se aproximaban a la población dividida en tres grupos, de 20 a 40 años, de 40 a 60 y de 60 y más. Esta categorización, aunque algo arbitraria por la aproximación realizada, permite analizar sin mayor sesgo si la población cambia comportamientos, actitudes y prácticas generacionalmente. (Tabla 9) (Gráfico 2)

Tabla 9.-. Datos Generales de la población. Estadísticos distribución Fecha de nacimiento

N	Válido	3079
	Perdidos	0
Media		10-AUG-1966
Mediana		25-OCT-1963
Moda		01-JAN-1949[a]
Percentiles	33,33333333	13-NOV-1955
	66,66666667	01-DEC-1973

a. Existen múltiples modos. Se muestra el valor más pequeño.

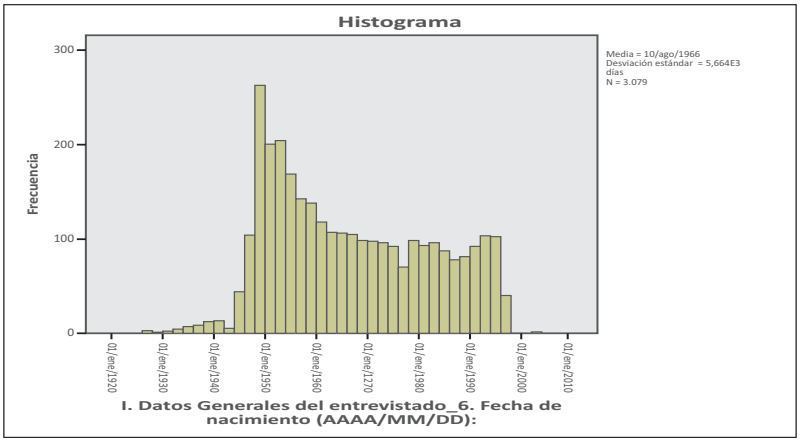


Gráfico 2. Histograma fechas de nacimiento

La segunda categoría fundamental, de acuerdo con el marco conceptual y el plan de análisis, decide la separación de la población en pacientes y usuarios, de acuerdo a la variable relacionada con la pregunta sobre si está en tratamiento médico actualmente o lo ha estado en los últimos 30 días. Quienes contestaron "Sí", conforman el grupo de pacientes y quienes contestaron "No" conforman el grupo de usuarios. (Gráfico 3)

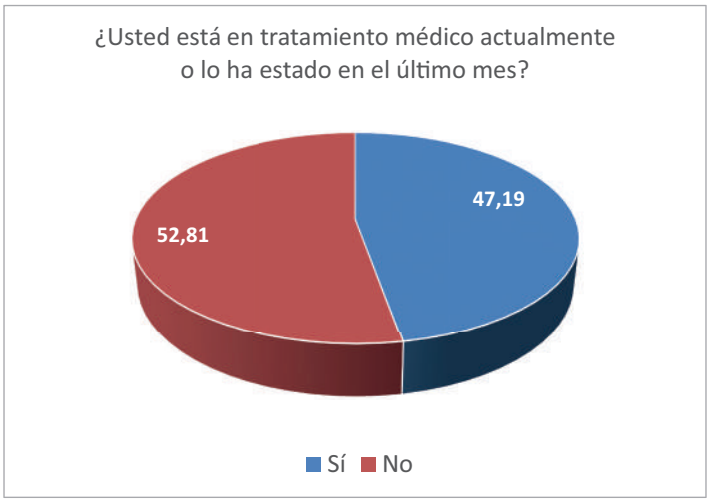


Gráfico 3.- Porcentaje de pacientes y usuarios en la población

El grupo de pacientes alcanzó un 47.2% del total de la población encuestada, pero al dividir la población por sexo, el femenino incluye un 52.8% de pacientes contra sólo el 41.5% del masculino, resultado que suele asociarse en gran parte a la mayor demanda de servicios de salud de la población de sexo femenino. (VER ENS 2007) (Gráfico 4)

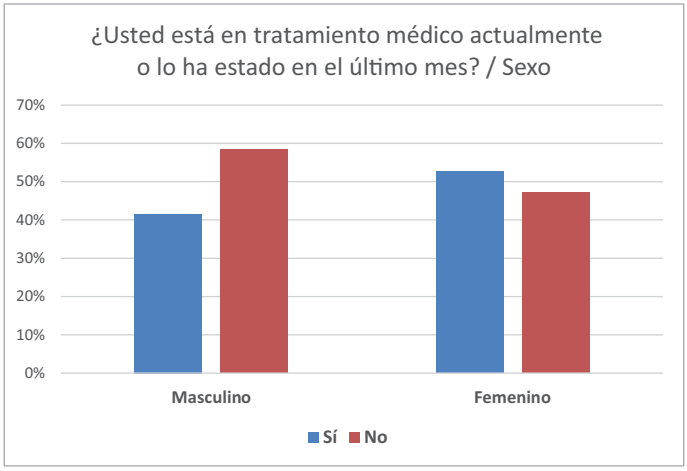


Gráfico 4.- Pacientes y usuarios según sexo

Por grupos de edad, los mayores de 60 años se encuentran en tratamiento en un 76%, mientras el grupo de 40 a 60 años tiene en tratamiento un 46% y el grupo de 20 a 40 años un 20%, resultado consecuente con la mayor morbilidad asociada a la edad. (Gráfico 5)

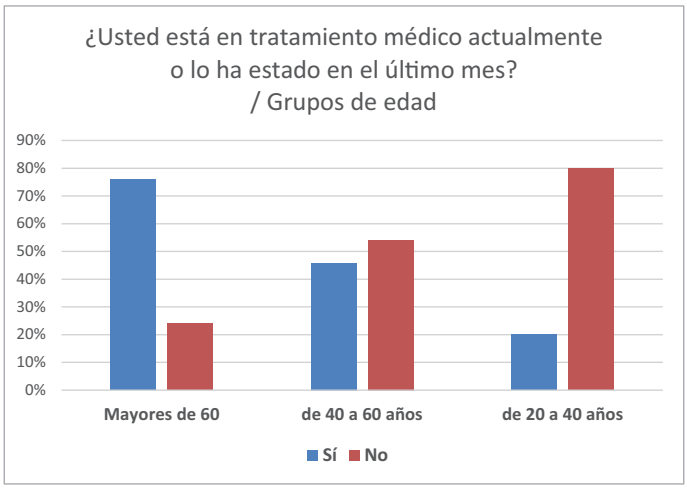


Gráfico 5.- Pacientes y usuarios por grupos de edad

Entre otras variables que caracterizan la población se toma en cuenta el estado civil. La población masculina responde en primer lugar que es casada, con un 37.5%, seguida por el grupo los solteros, con un 29.7% y la unión libre con un 24.3%. Aunque la primera respuesta en el sexo femenino también es casada, resulta sensiblemente inferior este grupo, 29.9%, seguido también de la respuesta soltera, con un 26.4% y Unión Libre con un 25.3%. La respuesta viudo se destaca mucho más en el sexo femenino y en la respuesta otros aparece el estado civil separado en primer lugar. (Tabla 10)

Tabla 10.- Datos Generales de la población. Estado civil y Sexo: tabulación cruzada

	Masculino	Femenino	Total
Soltero	0,30	0,26	0,28
Casado	0,37	0,30	0,34
Viudo	0,03	0,12	0,08
Unión libre	0,24	0,25	0,25
Otro	0,05	0,07	0,06
Total	1,00	1,00	1,00

El 66% de la población se encuentra entre los niveles educativos “primaria completa” y “secundaria completa”. Un 18% de la población no tiene “ninguna” educa-

ción o cuenta con nivel de “primaria incompleta”, mientras que el nivel universitario, completo o no, sólo ha sido alcanzado por el 10% de la población y el tecnológico por un 8%. (Gráfico 6) (Tabla 11)

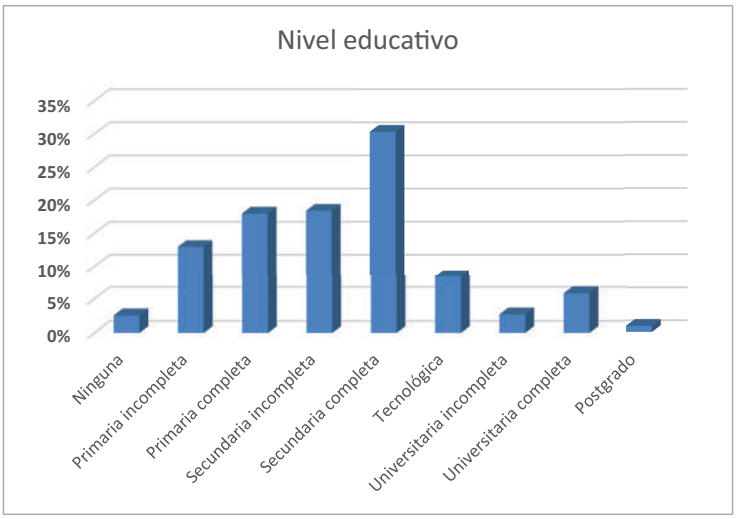


Gráfico 6.- Nivel educativo de la población

Tabla 11.- Datos generales de la población. Nivel educativo

	Porcentaje
Ninguna	0,03
Primaria incompleta	0,13
Primaria completa	0,18
Secundaria incompleta	0,18
Secundaria completa	0,30
Tecnológica	0,08
Universitaria incompleta	0,03
Universitaria completa	0,06
Postgrado	0,01
Total	1,0

Si se toma en cuenta la variable sexo, se puede observar que más del 50% de la población de sexo masculino supera el grado de bachillerato, mientras en el sexo femenino sólo lo logra un 44%. (Tabla 12)

Tabla 12.- Datos Generales. Nivel educativo y Sexo: tabulación cruzada

	Masculino	Femenino	Total
Ninguna	2%	3%	3%
Primaria incompleta	13%	13%	13%
Primaria completa	15%	21%	18%
Secundaria incompleta	18%	19%	18%
Secundaria completa	33%	28%	30%
Tecnológica	8%	9%	8%
Universitaria incompleta	3%	3%	3%
Universitaria completa	7%	5%	6%
Postgrado	1%	1%	1%
Total	100%	100%	100%

Al cruzar la variable nivel educativo con la caracterización de pacientes en tratamiento o usuarios, se encuentra que los pacientes alcanzan niveles educativos inferiores al bachillerato completo, mientras los usuarios se concentran en la secundaria completa y tienen el doble de población con grado universitario o tecnológico, fenómeno relacionado con el hallazgo previo de la mayor edad del grupo de pacientes. Es decir, que la población más joven alcanza niveles educativos superiores a los de las generaciones anteriores. (Tabla 13).

Tabla 13.- Datos Generales. Grupos de Edad x Nivel educativo: tabulación cruzada

	Ninguna	Primaria incompleta	Primaria completa	Secundaria incompleta	Secundaria completa	Tecnológica	Universitaria incompleta	Universitaria completa	Postgrado	Total
Mayores de 60	0,06	0,26	0,27	0,18	0,15	0,03	0,01	0,04	0,01	1,00
de 40 a 60 años	0,02	0,10	0,21	0,22	0,32	0,07	0,01	0,05	0,01	1,00
de 20 a 40 años	0,00	0,03	0,06	0,14	0,44	0,15	0,07	0,09	0,01	1,00
Total	0,03	0,13	0,18	0,18	0,30	0,08	0,03	0,06	0,01	1,00

Entre los mayores de 60 años, tan sólo un 23.2% superó el grado de bachiller, frente aun 45.4% en el grupo de 40 a 60 años y un 76.3% en el grupo más joven, de 20 a 40 años. Esta diferencia de nivel educativo entre los grupos de edad resultará determinante en el análisis de muchas variables sobre conocimientos, actitudes y prácticas. (Gráfico 7) (Tabla 14)

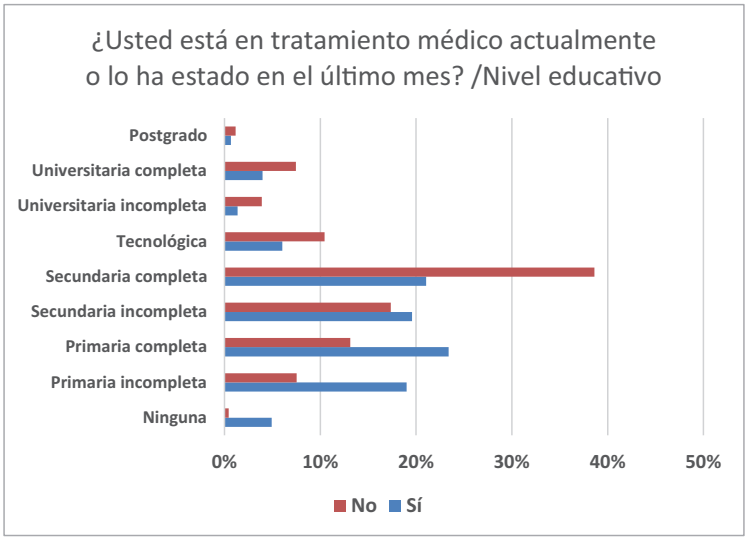


Gráfico 7.- Pacientes y usuarios según nivel educativoTabla 14. Pacientes en tratamiento (Si) y usuarios (No) por Nivel educativo

Tabla 14. Pacientes en tratamiento (Si) y usuarios (No) por Nivel educativo

	Ninguna	Primaria incompleta	Primaria completa	Secundaria incompleta	Secundaria completa	Tecnológica	Universitaria incompleta	Universitaria completa	Postgrado
Sí	0,05	0,19	0,23	0,20	0,21	0,06	0,01	0,04	0,01
No	0,00	0,08	0,13	0,17	0,39	0,10	0,04	0,07	0,01
Total	0,03	0,13	0,18	0,18	0,30	0,08	0,03	0,06	0,01

La población se encuentra concentrada, según estrato de servicios públicos, en el estrato 2, con un 65.9%, seguido del estrato 3, con un 25.2%, y mucho menores porcentajes en el estrato 1 y 4. Los estratos altos (5 y 6), los más pequeños, no tienen representación en la muestra. (Tabla 15)

Tabla 15.- Datos Generales de la población: Estrato servicios públicos

Estrato	Porcentaje
1	4,3
2	65,9
3	25,2
4	2,3
9 No tiene / No sabe	2,4
Total	100,0

Como era de esperar por la intención de la muestra, aún tras el ajuste no se encuentra diferencia significativa en la variable estrato, entre personas que están o no en tratamiento. (Gráfico 8)

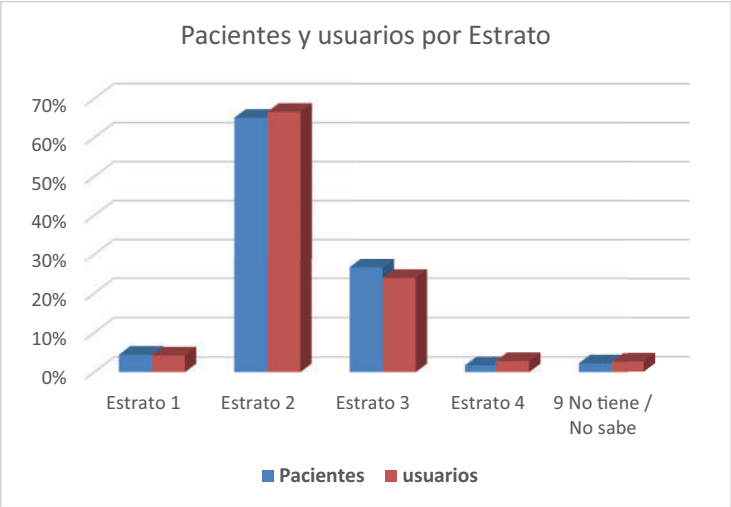


Gráfico 8.- Pacientes y usuarios según estrato de servicios públicos

La población informa igualmente su nivel en el Sistema de Identificación de beneficiarios de subsidios del Estado (SISBEN). En esta clasificación el grupo más importante corresponde al nivel 2, con un 22.4%, seguidos por el nivel 1 con 17.2%, mientras menos de un 2% informa niveles 3 y 4. Lo que sí resulta significativo es que un 58.5% reporta que no tiene SISBEN o no sabe su clasificación, resultado aparentemente muy elevado, pero que se relaciona con una afiliación mayoritaria de la población al régimen contributivo, en las ciudades incluidas en la muestra. (Tabla 16)

Tabla 16.-. Datos Generales de la población: Nivel SISBEN

Nivel	Porcentaje
1	17,2
2	22,4
3	1,8
4	0,1
9 No tiene / No sabe	58,5
Total	100

No se encuentra tampoco diferencia significativa entre personas que están o no en tratamiento por nivel de SISBEN.

Al cruzar estas dos variables de clasificación socioeconómica, se aprecian los problemas de inclusión y exclusión del SISBEN, como el 33.1% de población en barrios de estrato 3 o el 15% de la población en barrios de estrato 4, clasificada Nivel 1 y 2 de SISBEN. (Tabla 17)

Tabla 17.- Estrato servicios públicos y Nivel SISBEN: tabulación cruzada

	Nivel 1	Nivel 2	nivel 3	9 No tiene / No sabe	Total
Estrato 1	47%	7%	2%	45%	100%
Estrato 2	15%	27%	2%	56%	100%
Estrato 3	18%	15%	2%	64%	100%
Estrato 4	8%	7%	2%	84%	100%
9 No tiene / No sabe	17%	5%	0%	78%	100%
Total	17%	22%	2%	59%	100%

La categoría fundamental para esta investigación, Régimen de afiliación a la Seguridad Social, sorprende inicialmente con sus resultados, que muestran un porcentaje mucho mayor de población afiliada al Régimen Contributivo que al Subsidiado, pero ya se observaba esta posibilidad en la clasificación por Nivel de SISBEN. La explicación tiene que ver con el hecho de que las ciudades importantes y los municipios vecinos a grandes áreas urbanas, entre los municipios de la encuesta, incluyen a cerca del 80% de la población. (Tabla 18)

Tabla 18.- ¿En qué Régimen de seguridad social se encuentra?

	Porcentaje
Contributivo	61,8%
Subsidiado	36,2%
No asegurado	20,0%
Total	100,0%

Al cruzar la variable de afiliación con la del Nivel SISBEN, los resultados son los esperados, con la mayor parte de la población de Nivel 1 y 2 SISBEN haciendo parte del Régimen Subsidiado. (Tabla 19)

Tabla 19.- ¿En qué Régimen de seguridad social se encuentra?. Nivel SISBEN: tabulación cruzada

	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	9 No tiene / No sabe	Total
Contributivo	6%	13%	1%	80%	100%
Subsidiado	38%	39%	3%	21%	100%
No asegurado	2%	10%	6%	82%	100%
Total	17%	22%	2%	59%	100%

La población masculina muestra una mayor proporción de afiliados al Régimen Contributivo, 63.9%, que la femenina, 59.7% y viceversa en el Régimen Subsidiado, mientras no se encuentra mayor diferencia por sexo entre los no afiliados. (Tabla 20)

Tabla 20.- ¿En qué Régimen de seguridad social se encuentra?.Sexo: tabulación cruzada

	Masculino	Feme-nino	Total
Contributivo	64%	60%	62%
Subsidiado	34%	38%	36%
No asegurado	2%	2%	2%
Total	100%	100%	100%

Un 65.4% de los afiliados al Régimen Contributivo se encuentra en tratamiento o lo ha estado en el último mes, frente a un 58.5% en el Régimen Subsidiado, diferencia que se relaciona con la mayor demanda encontrada en otros estudios, así como también la mayor frecuencia de servicios ambulatorios recibidos por los afiliados al Régimen Contributivo. (Gráfico 9)

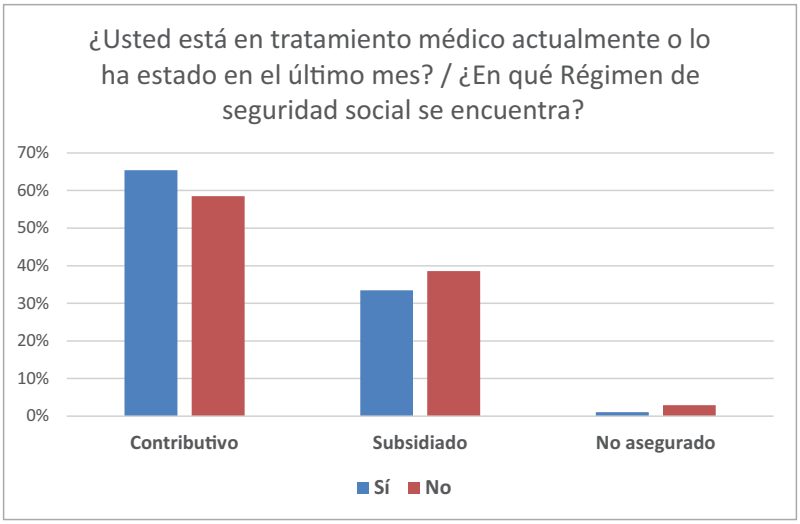


Gráfico 9.- Pacientes y usuarios según régimen de seguridad social en salud

Características de trabajo y ocupación

Respecto a la población ocupada, un 59% de la población entre 20 y 60 años del sexo masculino afirma desempeñar un trabajo que le genera ingresos, mientras tan sólo un 36% de la población femenina cuenta con un trabajo de esta característica. (Tabla 21)

Tabla 21.- ¿Desempeña actualmente un trabajo que genere ingreso?. Sexo: tabulación cruzada

	Masculino	Femenino	Total
Si	0,59	0,36	0,48
No	0,41	0,64	0,52
Total	1,00	1,00	1,00

Al cruzar esta variable de generación de ingresos con la población que está o no en tratamiento en el último mes, es claro que la mayor proporción de trabajadores que generan ingresos se encuentra del lado de quienes no reciben tratamiento, o usuarios, mientras la mayor parte de los pacientes se encuentra del lado de quienes no generan ingresos. (Gráfico 10)

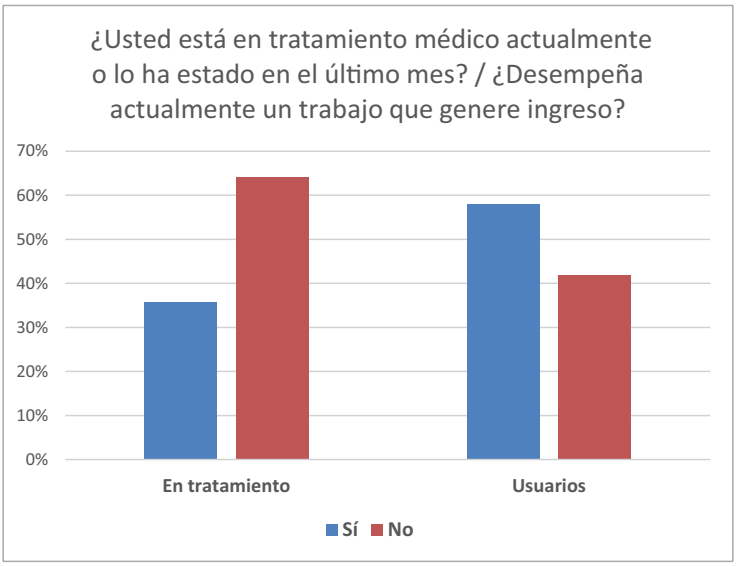


Gráfico 10.- Pacientes y usuarios según trabajo generador de ingresos

La ocupación de los generadores de ingreso es mayoritariamente trabajador independiente, 39.9%, seguida de obrero / empleado de empresa privada, 35.5%, y negocio propio o familiar con 13.5%. La población de sexo femenino alcanza el mismo porcentaje en el grupo de trabajadores de la empresa privada que la masculina, pero es notoria la diferencia, con mucha mayor participación porcentual de las mujeres, en los negocios familiares y en el servicio doméstico. (Tabla 22)

Tabla 22.- Si su trabajo genera algún ingreso, ¿cuál es su ocupación? Sexo: tabulación cruzada

	Masculino	Femenino	Total
Obrero empleado empresa privada	0,38	0,31	0,36
Obrero empleado Gobierno	0,05	0,07	0,06
Jornalero	0,02	0,00	0,01
Fuerzas armadas y policía	0,02	0,00	0,01
Trabajador independiente	0,41	0,38	0,40
Negocio propio o familiar	0,11	0,18	0,14
Trabaja su propia finca	0,01	-	0,01
Empleado doméstico	-	0,05	0,02
Vendedor ambulante	0,00	0,01	0,00
Total	1,00	1,00	1,00

Al cruzar la ocupación con la variable fundamental, usuario o paciente en tratamiento en los últimos treinta días, son notorias las diferencias en obreros / empleados de empresa privada, obreros empleados del gobierno y fuerzas militares, con mayor concentración de usuarios y, al contrario, los trabajadores independientes, negocios familiares, servicio doméstico y jornaleros, con mayor participación de personas en tratamiento. En conjunto, se encuentra una relación entre ocupaciones con mejor contrato laboral y menor porcentaje de personas en tratamiento. (Gráfico 11)

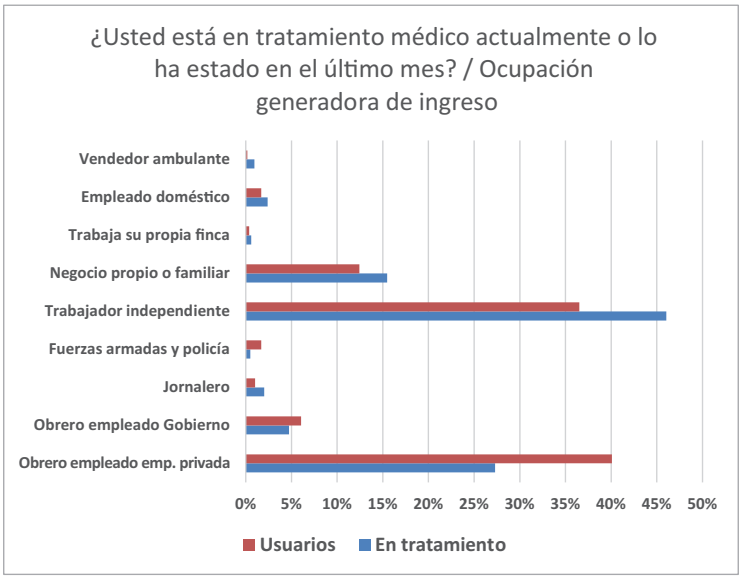


Gráfico 11.- Pacientes y usuarios generadores de ingreso, según ocupación

En el grupo de personas que no generan ingreso por trabajo, la ocupación principal es el hogar, con un 59.2%, que alcanza un 82.6% en el sexo femenino, seguida de los pensionados, con un 22.8%, que por el contrario muestran una mayor proporción, 42.2%, en el sexo masculino, al igual que los estudiantes. Los discapacitados muestran una proporción mucho más relevante en el sexo masculino. En el grupo "otros" se concentran fundamentalmente desempleados de sexo masculino. (Tabla 23)

Tabla 23.- Si no genera ingreso por trabajo, su actividad es?. Sexo: tabulación cruzada

	Masculino	Femenino	Total
Trabajador familiar sin remuneración	2%	0%	1%
Hogar	22%	83%	59%
Estudiante	13%	4%	8%
Pensionado	42%	11%	23%
Discapacitado Permanente	8%	1%	4%
Otro	14%	1%	6%
Total	100%	100%	100%

Al cruzar estos grupos que no generan ingreso por trabajo con la variable fundamental sobre tratamiento médico actual o en el último mes, resulta significativa la mayor concentración de pacientes en los grupos de pensionados y discapacitados, así como los usuarios son predominantes en el grupo de estudiantes y desempleados. (Gráfico 12)

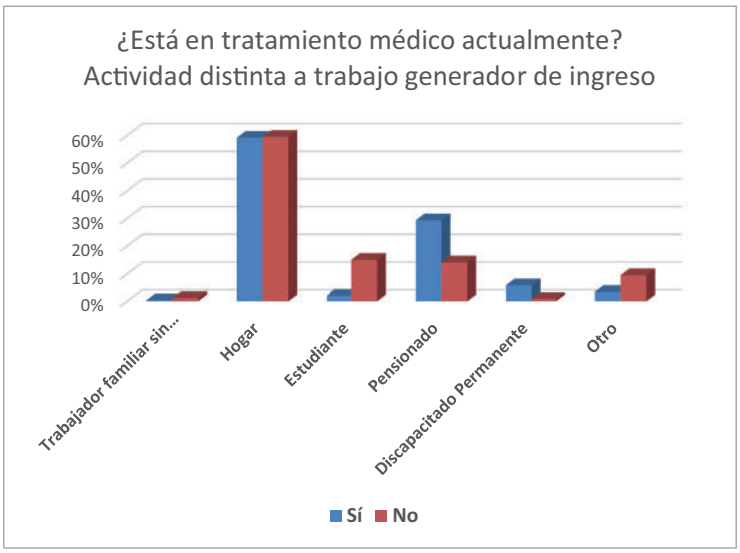


Gráfico 12.- Pacientes y usuarios que no generan ingreso por trabajo, según actividad

Conocimientos, actitudes y prácticas de la población en relación con la práctica médica y la utilización de medicamentos

Una vez finalizada la caracterización de la población estudiada se procede al análisis de las variables relacionadas con conocimientos, actitudes y prácticas sobre el acto médico y la utilización de medicamentos.

La primera pregunta tiene que ver con la confianza hacia los médicos que los atienden y les prescriben medicamentos. Un 72% manifiesta estar totalmente de acuerdo o de acuerdo con la afirmación de que los médicos de su centro de salud u hospital son buenos y le generan total confianza, mientras un 21% se manifiesta en desacuerdo o totalmente en desacuerdo con esta afirmación (Gráfico 13).

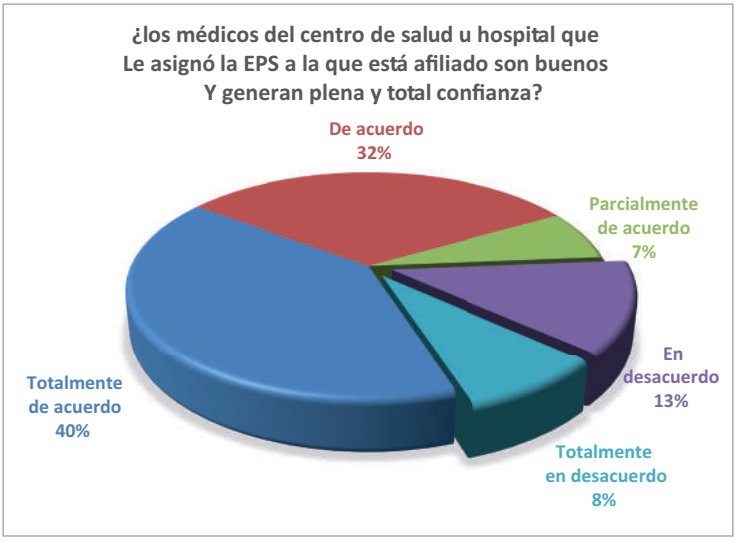


Gráfico 13.- Percepción sobre la calidad de los médicos del Sistema

Entre personas en tratamiento en el último mes y usuarios, la mayor confianza en los médicos la expresan los pacientes, 78.6% contra un 65.3% de los no pacientes, pero este resultado también parece estar asociado a la edad menor y el nivel educativo mayor de los no pacientes. (Gráfico 14)

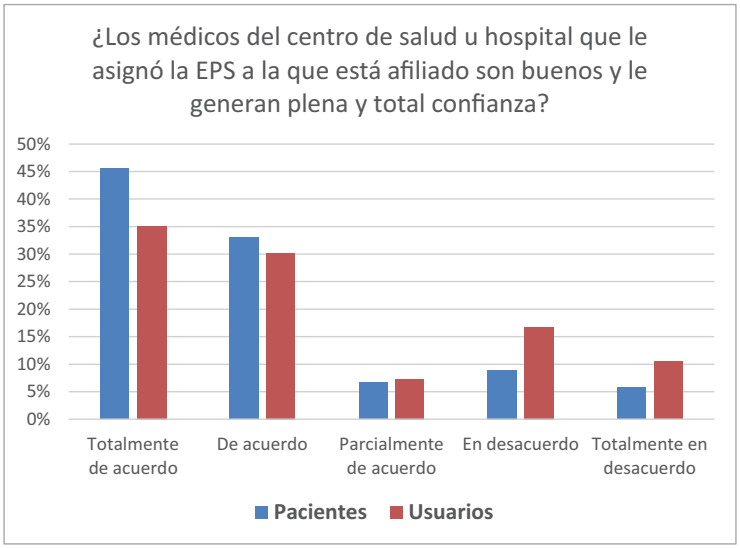


Gráfico 14.- Pacientes y usuarios según percepción sobre la calidad de los médicos

No se encuentran diferencias significativas por sexo respecto de la confianza en los médicos, pero sí por grupos de edad y por nivel educativo. La confianza claramente disminuye cuando aumenta el nivel educativo y es menor igualmente cuanto más joven el grupo poblacional, variables que como se ha visto están asociadas. (Tabla 24) (Gráfico 15)

Tabla 24.- ¿Los médicos del centro de salud u hospital que le asignó la EPS a la que está afiliado son buenos y generan plena y total confianza?, según nivel educativo

	I. Datos Generales del entrevistado_8. Nivel educativo:								
	Ninguna	Primaria incompleta	Primaria completa	Secundaria incompleta	Secundaria completa	Tecnológica	Universitaria incompleta	Universitaria completa	Postgrado
Totalmente de acuerdo	**54,1%**	**42,5%**	38,2%	41,3%	39,3%	37,9%	38,6%	39,1%	43,3%
De acuerdo	23,9%	36,7%	36,2%	32,8%	28,1%	31,7%	28,3%	27,1%	14,2%

Continúa en la página siguiente ►

▶ *Viene de la página anterior*

	I. Datos Generales del entrevistado_8. Nivel educativo:								
	Ninguna	Primaria incompleta	Primaria completa	Secundaria incompleta	Secundaria completa	Tecnológica	Universitaria incompleta	Universitaria completa	Postgrado
Parcialmente de acuerdo	4,4%	4,4%	5,1%	5,8%	8,6%	8,7%	11,3%	8,3%	21,6%
En desacuerdo	8,5%	9,3%	14,4%	11,8%	13,4%	15,9%	10,1%	18,9%	8,4%
Totalmente en desacuerdo	9,0%	7,1%	6,1%	8,3%	10,6%	5,8%	11,7%	6,5%	12,5%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

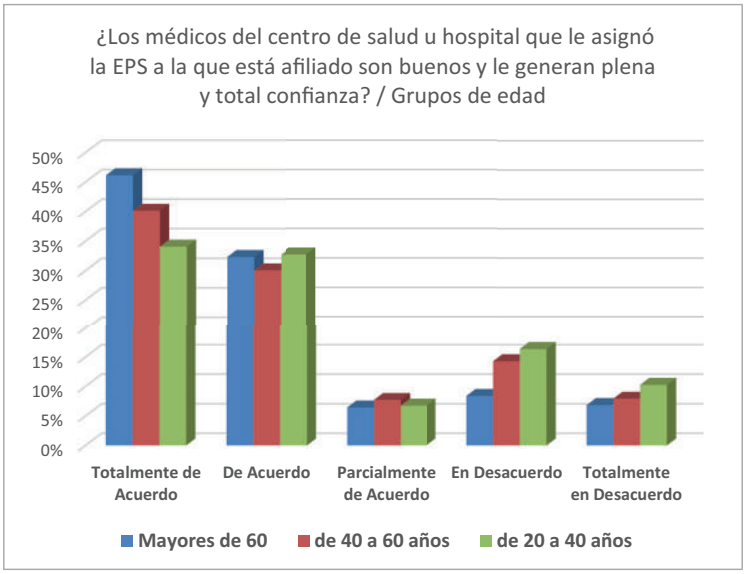


Gráfico 15. Confianza en los médicos por grupos de edad

Finalmente, no se encuentran diferencias significativas respecto a la confianza en los médicos por régimen de seguridad social.

Quienes respondieron que los médicos no le generan plena y total confianza contestaron la pregunta sobre los motivos de desconfianza, y las respuestas más relevantes no tienen que ver con el facultativo mismo, sino con la característica del acto médico en el actual Sistema General de Seguridad Social en Salud. Un 12% señala que atienden a la carrera, un 11% que no escuchan ni ponen atención y un 10% que no examinan adecuadamente. Esto equivale a poco más del 6% de la población afiliada a los dos regímenes.

La percepción de que no son buenos médicos o de que son practicantes apenas suma el 10% del 21% que manifestaron que los médicos no le generaban plena y total confianza, es decir apenas, un 2% de la población afiliada a los dos regímenes. (Gráfico 16)

Gráfico 16. Motivo de mayor desconfianza en los médicos

Una pregunta clave para la población, en relación con la utilización racional de medicamentos, tiene que ver con la percepción sobre la pertinencia o necesidad real de los medicamentos que prescriben los médicos. Un muy relevante 43% de los ciudadanos, de 20 a 60 años, considera que los facultativos muchas veces formulan medicamentos sin necesidad y un 18% adicional está parcialmente de acuerdo con esta afirmación. Tan sólo el 39% no está de acuerdo con que los médicos muchas veces formulen medicamentos sin necesidad. (Gráfico 17)

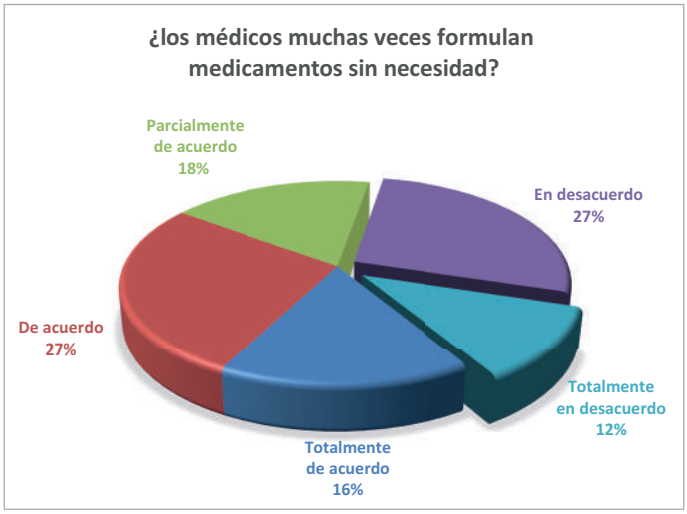


Gráfico 17.- ¿Los médicos muchas veces formulan medicamentos sin necesidad?

Al descomponer la respuesta por grupos de edad, los ciudadanos más jóvenes son quienes creen en mayor porcentaje que los médicos muchas veces formulan medicamentos sin necesidad. (Gráfico 18)

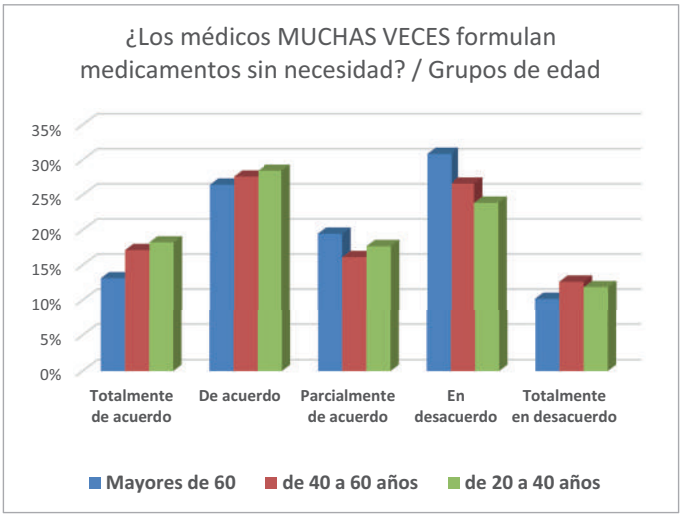


Gráfico 18.- ¿Los médicos muchas veces formulan medicamentos sin necesidad? Por grupos de edad.

Igualmente, el grupo de usuarios considera en mayor medida que los médicos prescriben muchas veces medicamentos sin necesidad (46% de acuerdo y totalmente de acuerdo) que el grupo que está en tratamiento médico o lo ha estado en los últimos 30 días (41% de acuerdo o totalmente de acuerdo). (Gráfico 19)

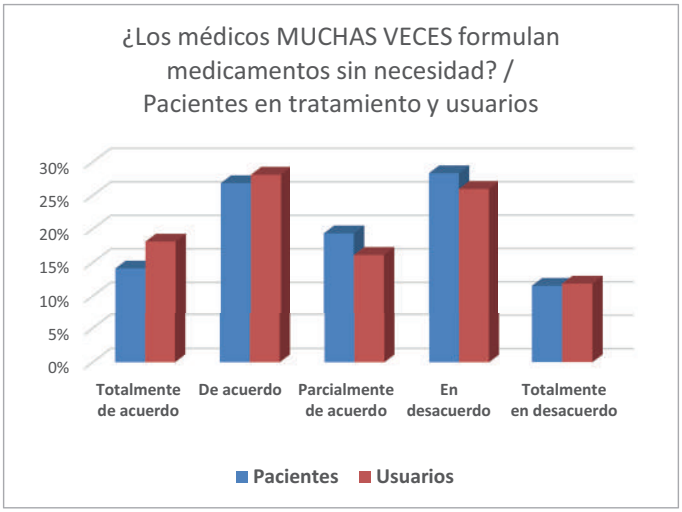


Gráfico 19.- ¿Los médicos muchas veces formulan medicamentos sin necesidad? Pacientes y usuarios.

Los afiliados al Régimen Contributivo y los no asegurados también creen mayoritariamente en la prescripción de medicamentos muchas veces sin necesidad por parte de los médicos, con mayor énfasis que los afiliados del Régimen Subsidiado. (Tabla 25)

Tabla 25.- ¿Los médicos MUCHAS VECES formulan medicamentos sin necesidad? Régimen de Seguridad Social en Salud: tabulación cruzada

	Totalmente de Acuerdo	De Acuerdo	Parcialmente de Acuerdo	En Desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo	Total
Contributivo	0,18	0,27	0,17	0,26	0,12	1,00
Subsidiado	0,13	0,27	0,19	0,29	0,12	1,00
No asegurado	0,17	0,37	0,19	0,16	0,11	1,00
Total	0,16	0,28	0,18	0,27	0,12	1,00

Es importante confrontar este resultado de la investigación, el hecho de que más de la mitad de la población entre 20 y 60 años considera que los facultativos formulan muchas veces sin necesidad, con la creencia que a su vez tienen los médicos generales, manifestada en la respectiva encuesta, en el sentido de que la mayoría de sus pacientes no se sienten bien atendidos si les formulan menos de tres medicamentos. (Gráfico 20)

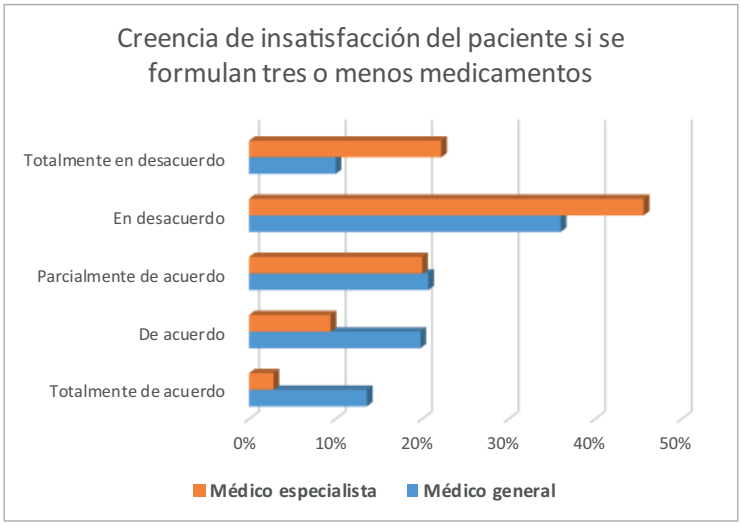


Gráfico 20.- Creencia de insatisfacción del paciente por el médico si formula tres o menos medicamentos.

Más adelante en la encuesta -intencionalmente separada- se incluyó otra pregunta relacionada con el tema, con el objeto de lograr mayor precisión. Si los ciudadanos creen que el médico siempre debe formular varios medicamentos en la consulta o si no el paciente resulta mal atendido. Un 26% manifiesta estar total o plenamente de acuerdo, un 16% parcialmente de acuerdo y un 58% en desacuerdo. (Gráfico 21)

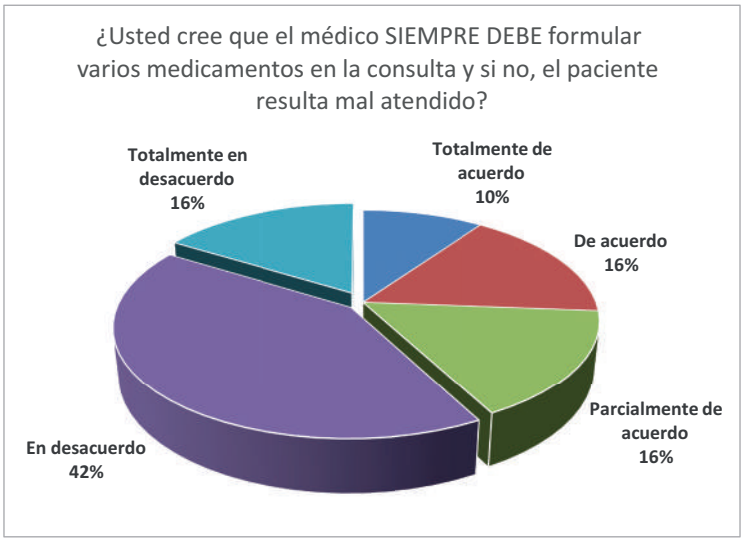


Gráfico 21.- Creencia de que el médico debe formular varios medicamentos en consulta para ser bien atendido.

No se encuentran en esta pregunta diferencias significativa por sexo, ni por grupos de edad, ni entre pacientes y no pacientes; tampoco por régimen de seguridad social, pero si por nivel educativo, donde los grupos con mayores estudios rechazan la afirmación con más énfasis. (Tabla 26)

Tabla 26.- ¿Usted cree que el médico SIEMPRE DEBE formular varios medicamentos en la consulta y si no, el paciente resulta mal atendido? Nivel educativo: tabulación cruzada

	I. Datos Generales del entrevistado_8. Nivel educativo:								
	Ninguna	Primaria incompleta	Primaria completa	Secundaria incompleta	Secundaria completa	Tecnológica	Universitaria incompleta	Universitaria completa	Postgrado
Totalmente de Acuerdo	22%	10%	10%	8%	10%	9%	8%	8%	0%
De Acuerdo	9%	17%	17%	20%	16%	13%	9%	14%	7%
Parcialmente de Acuerdo	25%	19%	17%	16%	13%	18%	11%	18%	12%
En Desacuerdo	35%	43%	42%	42%	39%	46%	44%	41%	46%
Totalmente en Desacuerdo	8%	11%	14%	14%	21%	12%	28%	18%	34%
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Servicios farmacéuticos e información alternativa

Sobre servicios farmacéuticos se incluyó una pregunta a las personas que han estado en tratamiento en los últimos treinta días. Un 44% de los pacientes manifiesta haber recibido en la farmacia explicación suficiente y detallada sobre cómo usar o tomar los medicamentos, mientras un 11% señala estar parcialmente de acuerdo y un 46% manifiesta su desacuerdo con esta afirmación, es decir que no recibieron explicaciones suficientes y detalladas sobre cómo usar o tomar los medicamentos. (Tabla 27)

Tabla 27. Pacientes en Tratamiento (Crónicos o Agudos) ¿En la farmacia le explicaron suficientemente y con detalle cómo usar o tomar los medicamentos al entregarlos?

	Porcentaje válido
Totalmente de Acuerdo	0,22
De Acuerdo	0,22
Parcialmente de Acuerdo	0,11
En Desacuerdo	0,27
Totalmente en Desacuerdo	0,19
Total	1,00

Estas respuestas parecen demasiado optimistas frente al hecho de la inexistencia de servicios farmacéuticos encontrada en otro sub-proyecto de esta investigación, y

teniendo en cuenta la característica del empleado de farmacia / droguería, personal sin formación alguna, para responder las inquietudes sobre los medicamentos y su utilización, observada en preguntas anteriores. En este punto el proyecto plantea una gran carencia del SGSSS, que coloca en importante riesgo a todos los ciudadanos.

A continuación se preguntaba al encuestado, en caso de dudas con el medicamento, donde o a quien consultaba. La respuesta mayoritaria es el médico que los ordenó, seguida del empleado de farmacia o droguería. En este punto es necesario contrastar con la respuesta de los médicos, que nunca refieren el paciente para explicar su medicación al farmacéutico, de modo que quien acaba resolviendo las dudas suele ser el empleado de la droguería, que no tiene formación suficiente para ello, según el sub-proyecto de investigación paralelo sobre servicios farmacéuticos. (Gráfico 22)

Dicho sub-proyecto también señala la inexistencia de servicios farmacéuticos, que incluyen explicación suficiente y adecuada a los pacientes sobre posología, utilización y conservación de los medicamentos. En las IPS públicas, del Régimen Subsidiado por la dedicación parcial de los farmacéuticos y su concentración en asuntos administrativos. En el Régimen Contributivo se permite la existencia de "puntos" de entrega que no cuentan con servicios farmacéuticos ni personal calificado, lo que supone un serio riesgo para los pacientes.

Gráfico 22.- ¿A quién consulta si tiene dudas sobre el medicamento?

Adicionalmente, es bien conocida la dificultad de conseguir oportunamente una nueva cita con el médico, para resolver este tipo de inquietud o cualquier otra en el SGSSS, por lo cual el empleado de farmacia o droguería, sin formación, comienza a ser la alternativa relevante y perteneciente al entorno cercano.

Se encuentran pequeñas diferencias entre uno y otro sexo, ya que las mujeres en mayor medida señalan consultar al médico en caso de duda acerca de los medicamentos ordenados. En "Otro" se encuentra la opción de consultas por Internet en el 1.6% de los pobladores. (Tabla 28)

Tabla 28.- Si tiene dudas sobre el medicamento, dónde o a quién consulta? Sexo: tabulación cruzada

	Masculino	Femenino	Total
Al médico que los ordenó	0,60	0,63	0,62
Empleado de Farmacia o Droguería	0,29	0,27	0,28
Pariente, Amigo, Vecino	0,08	0,07	0,08
Otro	0,03	0,04	0,03
Total	1,00	1,00	1,00

Quienes están en tratamiento o lo han estado en el último mes, mayoritariamente consultan al médico sobre las dudas con los medicamentos, 78%, mientras que tan sólo un 47% de los usuarios consulta al médico y un 39% al empleado de farmacia o droguería. (Gráfico 23)

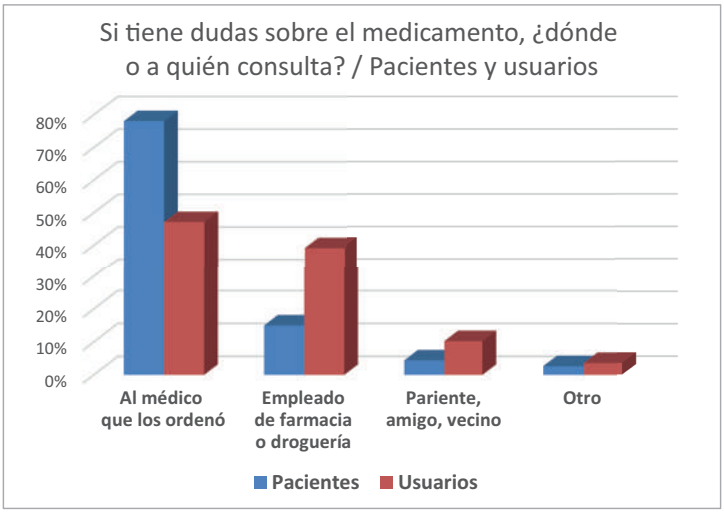


Gráfico 23. ¿Si tiene dudas sobre el medicamento, donde o a quien consulta? Pacientes y usuarios

La utilización de medios de consulta sobre medicamentos, como el Internet o un Vademécum sólo alcanza un 21% en la población, sin mayor diferencia por sexo.

Sin embargo, sí hay diferencia notoria por grupos de edad, pues la respuesta muestra que, cuanto más jóvenes, utilizan en mayor proporción los medios es-

critos de consulta, aunque el porcentaje siga siendo pequeño relativamente en el grupo de 20 a 40 años, 28%, es mayor que en el grupo de 40 a 60, en el cual sólo un 21% utiliza estos medios, y dobla el de los mayores de 60, con un 14%. (Gráfico 24)

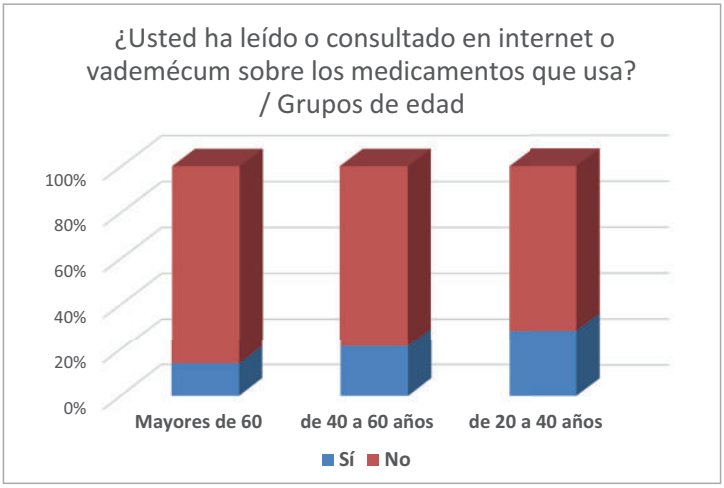


Gráfico 24.- Consulta sobre medicamentos en medios escritos, por grupos de edad

Por régimen de seguridad social, los afiliados al Régimen Contributivo buscan en mayor medida esta información en medios escritos, aunque en un nivel aún bajo, 23.5%, hecho posiblemente asociado al mayor nivel educativo y social de este grupo. En el subsidiado tan sólo el 17% consultan estos medios escritos. (Tabla 29)

Tabla 29.- ¿En qué Régimen de seguridad social se encuentra? ¿Usted ha leído o consultado en internet o vademécum sobre los medicamentos que usa? tabulación cruzada

	Sí	No	Total
Contributivo	0,24	0,77	1,00
Subsidiado	0,17	0,83	1,00
No asegurado	0,23	0,77	1,00
Total	0,21	0,79	1,00

Sobre otra información escrita, de más fácil acceso, se pregunta igualmente si se lee con detenimiento y cuidadosamente las instrucciones que vienen con el medicamento o en la caja, en lo que están de acuerdo dos terceras partes de la población y en descuerdo un 16%. (Tabla 30)

Tabla 30.- ¿Usted lee con detenimiento y cuidado las instrucciones que vienen con el medicamento o en la caja?

	Porcentaje
Totalmente de Acuerdo	0,46
De Acuerdo	0,29
Parcialmente de Acuerdo	0,09
En Desacuerdo	0,08
Totalmente en Desacuerdo	0,08
Total	1,00

El sexo femenino es más cuidadoso en la lectura de las instrucciones que vienen con los medicamentos, mientras que no se encuentran diferencias significativas entre pacientes y demás usuarios. (Tabla 31)

Tabla 31.- ¿Usted lee con detenimiento y cuidado las instrucciones que vienen con el medicamento o en la caja? Sexo: tabulación cruzada

	Masculino	Femenino	Total
Totalmente de Acuerdo	0,42	0,50	0,46
De Acuerdo	0,31	0,28	0,29
Parcialmente de Acuerdo	0,08	0,09	0,09
En Desacuerdo	0,09	0,07	0,08
Totalmente en Desacuerdo	0,09	0,07	0,08
Total	1,00	1,00	1,00

Rechazo de medicamentos, efectos adversos

Por otra parte se preguntó en la encuesta sobre si alguna vez rechazó un medicamento o dejó de usarlo porque le sentara mal, pregunta ante lo cual un 39.4% de los ciudadanos entre 20 y 60 años responden positivamente, con mayor proporción en el sexo femenino, 43.6%. (Tabla 32)

Tabla 32.- ¿Alguna vez rechazó algún medicamento o dejó de usarlo porque le sentaba mal? Sexo: tabulación cruzada

	Masculino	Femenino	Total
Si	0,35	0,44	0,39
No	0,65	0,56	0,61
Total	1,00	1,00	1,00

El porcentaje de respuesta positiva al rechazo ocasional de un medicamento es mayor en la medida que aumenta la edad, hecho que puede estar asociado con la mayor morbilidad y mayor utilización de medicamentos. (Gráfico 25)

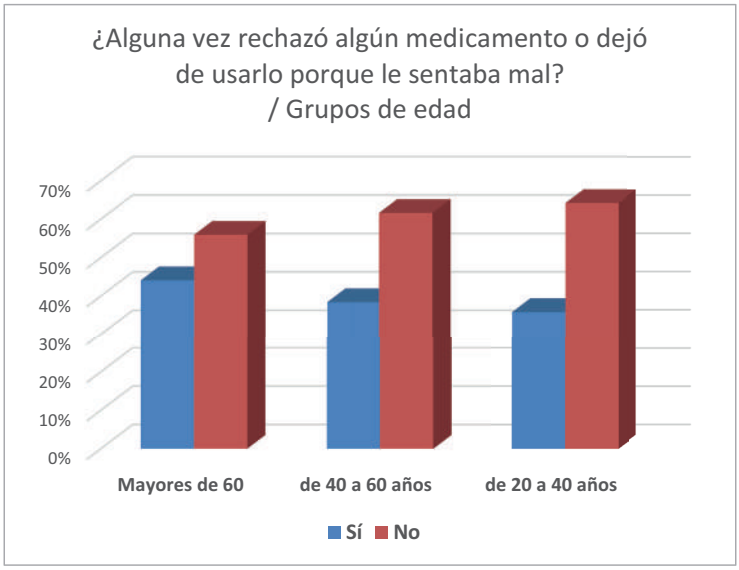


Gráfico 25.- Rechazo de medicamento por sentar mal, por grupos de edad

Igualmente se encuentra mayor porcentaje de respuestas positivas al rechazo ocasional de un medicamento, porque le sentó mal, entre el grupo de personas en tratamiento en el último mes, 45.9%, que entre el grupo de usuarios, 33.5%, resultado que igualmente puede estar asociado a una mayor utilización. (Gráfico 26)

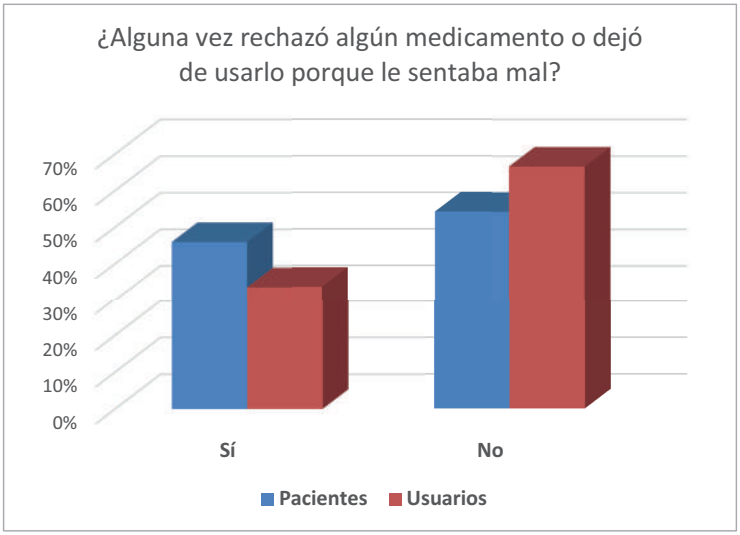


Gráfico 26.- Rechazo de medicamento por sentar mal, pacientes y usuarios

Por otra parte, la mitad de la población estudiada manifiesta desconocer el concepto "efecto adverso" de un medicamento, con un porcentaje mayor en el sexo masculino, 52.5%. (Tabla 33)

Tabla 33.- ¿Sabe qué es un efecto adverso de un medicamento? Sexo: tabulación cruzada

	Masculino	Femenino	Total
Si	0,53	0,48	0,50
No	0,48	0,53	0,50
Total	1,00	1,00	1,00

Por nivel educativo, resulta claro que la comprensión del concepto en cuestión asciende en la medida que aumentan los años de educación o el nivel alcanzado. (Gráfico 27)

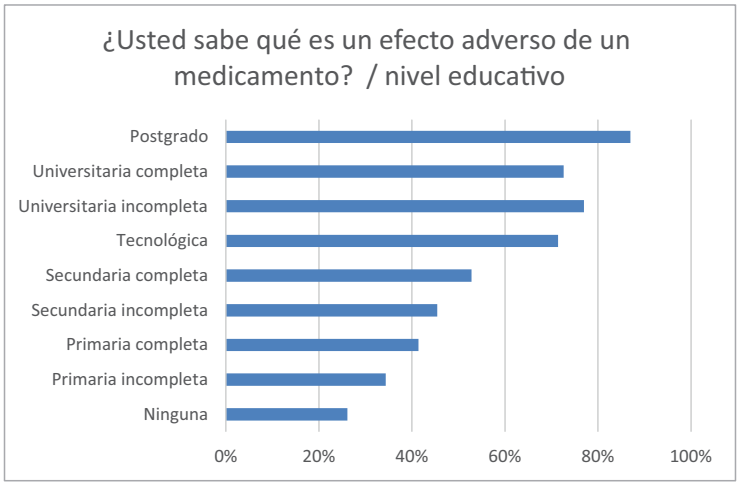


Gráfico 27.- Conocimiento sobre efecto adverso de un medicamento, por nivel educativo

Por grupos de edad, es el grupo mayor de 60 años el que menos comprende el concepto, pero también es, como se observó en la caracterización, el de menor nivel educativo. (Gráfico 28)

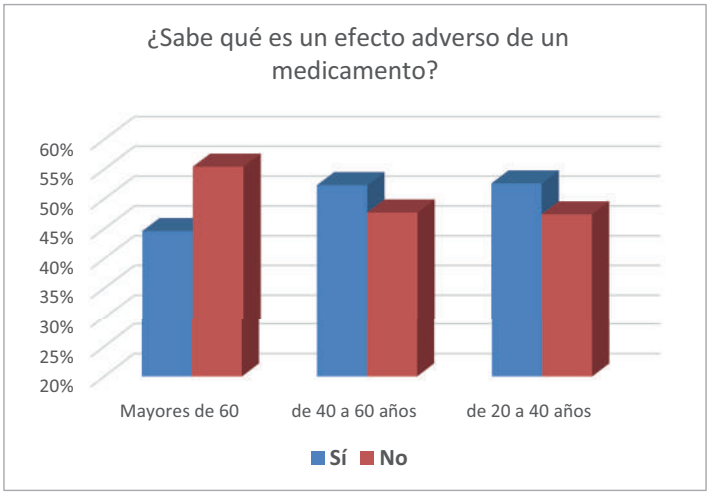


Gráfico 28.- Conocimiento sobre efecto adverso de un medicamento, por grupos de edad.

Manejo no médico de problemas de salud, automedicación y riesgos

Otro tema clave en la investigación, reflejado en un grupo importante de preguntas, se refiere al manejo no médico de los problemas de salud y la automedicación.

Se preguntó en la encuesta a los ciudadanos de los 23 municipios, si no utilizaban en ocasiones o por alguna razón al médico de su IPS, ante un problema de salud grave, a quién consultaban y el 45% contestó que a otro médico particular, seguido por ninguno, 21% y por el empleado de farmacia o droguería con un 13%. (Gráfico 29)

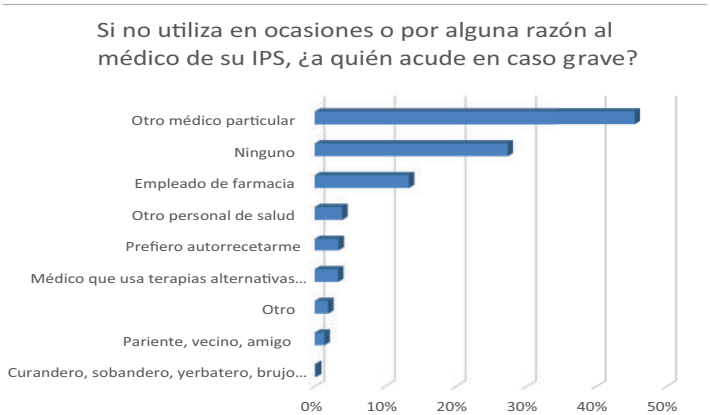


Gráfico 29.- Ante un problema de salud grave, si no consulta al médico. ¿A quién consulta?

No se encuentran diferencias notorias por régimen, salvo el mayor porcentaje de pacientes con capacidad de recurrir a médico particular en el Contributivo y, así mismo, el mayor porcentaje que recurren al empleado de farmacia – droguería en el Régimen Subsidiado y entre los no asegurados. (Tabla 34)

Tabla 34.- Si no utiliza en ocasiones o por alguna razón el médico, ante un problema de salud y consulta preferentemente a otra persona, ¿a quien acude? ¿Cuál, en caso de gravedad? / Régimen de Seguridad Social

	Pariente, Vecino, Amigo	Curandero, sobandero, yerbatero, brujo (terapias alternativas no médico)	Médico que usa terapias alternativas (bioenergética, terapia neural, homeópata, acupunturista, etc)	Empleado de farmacia	Seguridad Social	Otro personal de salud	Prefiero autorece tarme	Otro	Ninguno
Contributivo	1%	0%	3%	11%	48%	3%	3%	2%	27%
Subsidiado	2%	0%	4%	16%	41%	4%	4%	1%	28%
No asegurado	4%	0%	2%	23%	42%	15%	6%	0%	8%

La misma pregunta se hizo en relación con un problema de salud leve. En este caso, el primer consultado por los ciudadanos de los 23 municipios de Cundinamarca es el empleado de farmacia o droguería con un 33%, seguido por “ninguno” con un 25% y otro médico particular, con un 21%. (Gráfico 30)

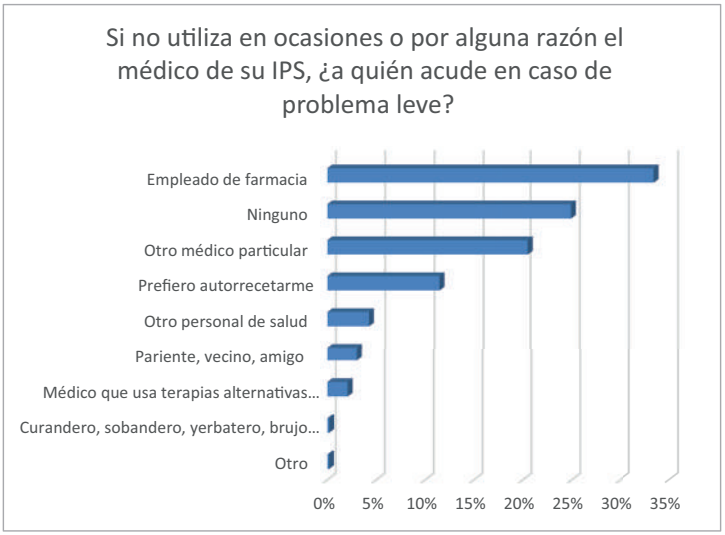


Gráfico 30.- Ante un problema de salud leve, si no consulta al médico. ¿A quién consulta?

Las siguientes preguntas exploran específicamente la problemática de automedicación, para lo cual se toman en cuenta algunos problemas de salud frecuentes, frente a los cuales se interroga sobre el tipo de medicamento utilizado y la persona que lo recomendó.

Preguntada la población sobre el comportamiento frente a cinco situaciones de malestar en grado sintomático de alta intensidad, responden diferencialmente. En los casos de dolor de cabeza fuerte o gripa complicada, la respuesta más relevante es la automedicación, seguidas por acudir el médico o aguantarse sin hacer nada. En los casos de dolor o malestar fuerte de estómago o mucho cansancio o fatiga, la opción mayoritaria es aguantarse, seguida de acudir al médico y, finalmente, en el caso de fiebre alta es el único síntoma en que la respuesta mayoritaria es acudir al médico, seguida de la automedicación. (Tabla 35)

Tabla 35.- Medicamentos utilizados en situaciones diversas de afectación de la salud

	Dolor de cabeza fuerte	Gripa complicada	Dolor o malestar fuerte de estómago	Mucho cansancio o fatiga	Fiebre alta
1. Utiliza Medicamentos	**0,70**	**0,40**	0,18	0,05	0,31
2. Utiliza otro tipo de remedios (naturistas, homeopáticos, hierbas, otras terapias)	0,01	0,11	0,18	0,02	0,03
3. Ambos (medicamentos y otros remedios)	0,00	0,01	0,01	0,00	0,00
4. No utilizo ningún tipo de remedio, acudo al médico	0,13	0,26	0,30	0,21	**0,44**
5. No me gusta tomar ninguna clase de remedio, me aguanto	0,15	0,21	**0,33**	**0,72**	0,22
Total	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00

En cada caso se interrogó sobre qué medicamento consumía y quien se lo recomendó. Puede verse, en el caso de fiebre complicada, que los pacientes señalan en primer lugar al médico, seguido del empleado de farmacia y droguería y finalmente los vecinos y amigos. Por otra parte los usuarios, señalan que el medicamento fue recomendado en primer lugar por el empleado de farmacia o droguería, seguido del médico y del vecino o amigo. (Gráfico 31)

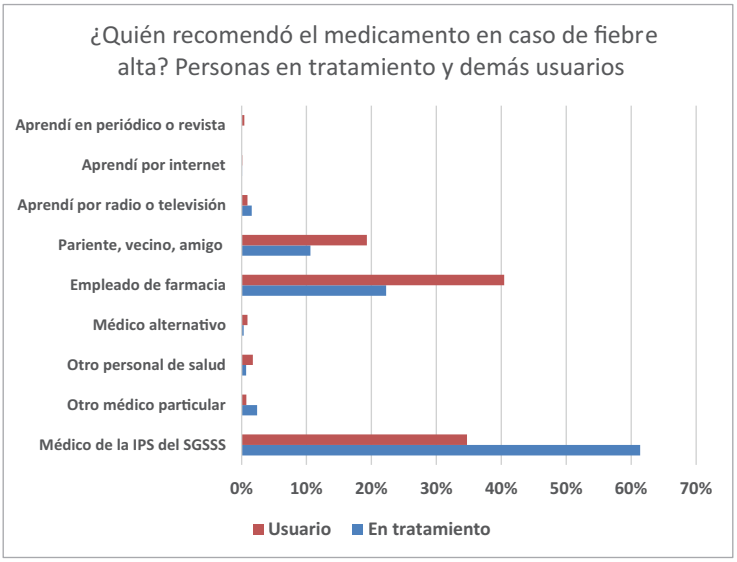


Gráfico 31.- En caso de fiebre alta ¿Quién le recomendó el medicamento?

La gran mayoría de la población, 91%, cree que existen riesgos para la salud por tomar medicamentos que no han sido prescritos por médico. (Tabla 36)

Tabla 36.- ¿Usted cree que existen riesgos para la salud de una persona por tomar medicamentos que no han sido indicados por médico?

	Porcentaje
Totalmente de Acuerdo	0,55
De Acuerdo	0,36
Parcialmente de Acuerdo	0,05
En Desacuerdo	0,02
Totalmente en Desacuerdo	0,02
Total	1,00

La población de sexo femenino parece un poco más consciente de este riesgo que la población masculina, pero no se encuentran diferencias significativas por sexo, por grupos de edad, por régimen de seguridad social, ni entre pacientes y usuarios. Sin embargo, a mayor nivel educativo, es mayor la percepción del riesgo de tomar medicamentos que no han sido prescitos por médico. (Gráfico 32)

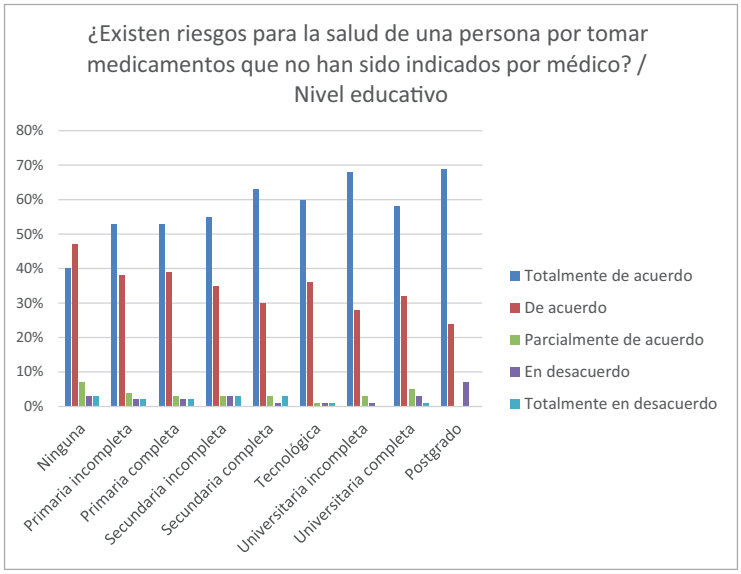


Gráfico 32.- Percepción del riesgo de tomar medicamentos no prescritos por médico

Se preguntó a los entrevistados si creen que existen riesgos para la salud cuando una persona no toma los medicamentos en la forma precisa (días y horas) que formula el médico y también más de un 90% reconocen el riesgo. (Tabla 35)

Tabla 35.- ¿Usted cree que existen riesgos para la salud cuando una persona no toma los medicamentos en la forma precisa (días y horas) que indica el médico?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Totalmente de Acuerdo	650.223	54,6	54,6	54,6
	De Acuerdo	427.418	35,9	35,9	90,6
	Parcialmente de Acuerdo	54.841	4,6	4,6	95,2
	En Desacuerdo	27.396	2,3	2,3	97,5
	Totalmente en Desacuerdo	29.974	2,5	2,5	100,0
	Total	1.189.853	100,0	100,0	

No se encuentran diferencias significativas por sexo o grupos de edad. Por nivel educativo, a mayor nivel de estudios, el porcentaje de respuestas afirmativas es mayor, en relación con el riesgo del uso de medicamentos sin seguir estrictamente la prescripción.

Unas preguntas claves de investigación, desde la formulación del proyecto sobre utilización racional de medicamentos, tienen que ver con el uso indiscriminado de los antibióticos y el riesgo que ello genera.

Sobre la pregunta ¿usted sabe que son antibióticos?, un 81% de los ciudadanos de 20 a 60 años responden positivamente y un 19% manifiesta no saber. El desconocimiento incluye a un 21.2% de los hombres y 16.5% de las mujeres. (Gráfico 33)

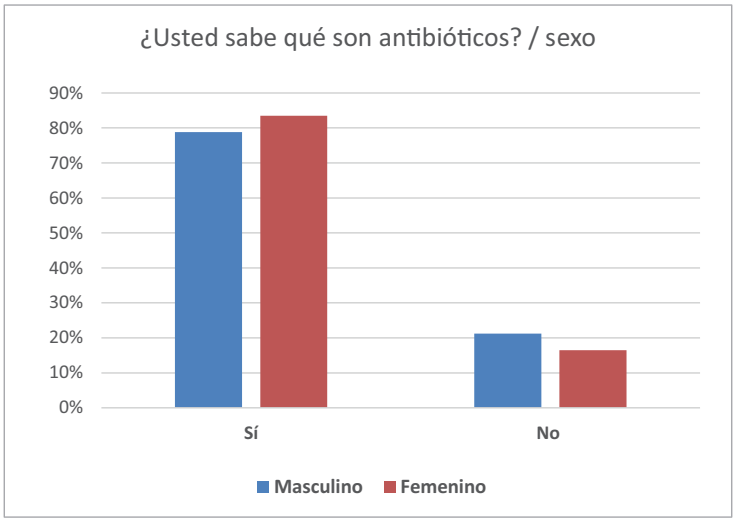


Gráfico 33.- Conocimiento sobre antibióticos, por sexo

Como era de esperar, a mayor nivel educativo, mayor conocimiento sobre los antibióticos. (Tabla 36)

Tabla 36.- ¿Usted sabe que son antibióticos? / Nivel educativo

	Ninguna	Primaria incompleta	Primaria completa	Secundaria incompleta	Secundaria completa	Tecnológica	Universitaria incompleta	Universitaria completa	Postgrado	Total
Si	0,52	0,69	0,79	0,78	0,86	0,92	0,89	0,88	0,91	0,81
No	0,48	0,31	0,21	0,22	0,14	0,08	0,11	0,12	0,09	0,19

Al igual que en otras preguntas de conocimiento, demuestra mayor conocimiento sobre antibióticos el grupo de usuarios que el grupo de personas en tratamiento, por su mayor nivel educativo, a pesar de que los pacientes los hayan podido recibir con mayor frecuencia. (Gráfico 34)

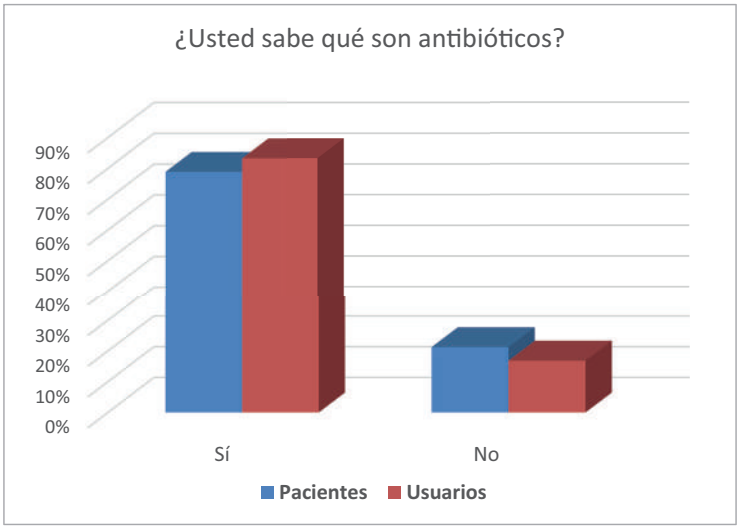


Gráfico 34.- Conocimiento sobre antibióticos. Pacientes y usuarios

Se preguntó expresamente por el uso de antibióticos en casos de gripa, fiebre o malestar, se entiende sin prescripción médica, y se encuentra que un 8% de la población los utiliza siempre en estos casos, un 13% a veces y un 23% ocasionalmente, para un total de 42.8% de respuestas afirmativas, contra un 50.8% de respuestas negativas. Se exceptúa el 19% que contestó en la pregunta anterior no saber que son los antibióticos. (Tabla 37)

Tabla 37.- ¿Usted acostumbra consumir antibióticos cuando tiene gripa, fiebre o algún malestar?

	Porcentaje
Siempre	8%
A veces	13%
Ocasionalmente	23%
No, nunca	56%
Total	100%

La pregunta obligada siguiente fue ¿A quien acude para saber cuál antibiótico utilizar y conseguir el mismo? Curiosamente una proporción igual, el 42.8% de los ciudadanos acuden al empleado de farmacia droguería para este efecto. (Gráfico 35)

Gráfico 35.- Si necesita un antibiótico o no sabe cuál utilizar ¿a quién acude?

El acceso a los antibióticos mediante el empleado de farmacia o droguería es más frecuente en los ciudadanos de sexo masculino, 45.2%, que en el sexo femenino, 40.6%, que en un 52.9% prefieren solicitar cita prioritaria o urgente al médico. (Tabla 38)

Tabla 38.- Si usted cree que necesita un antibiótico y no tiene fórmula médica, o no sabe cuál utilizar, ¿a quién acude? Sexo: tabulación cruzada

			I. Datos Generales del entrevistado_5. Sexo:		Total
			Masculino	Femenino	
III. Formulario Usuarios de servicios de salud_20. ¿Si usted cree que necesita un antibiótico y no tiene fórmula médica, o no sabe cuál utilizar, a quien acude?	Empleado de Farmacia o Droguería	Recuento	210972	202662	413634
		% dentro de I. Datos Generales del entrevistado_5. Sexo:	45,2%	40,6%	42,8%
	Otro trabajador de salud	Recuento	14101	17780	31881
		% dentro de I. Datos Generales del entrevistado_5. Sexo:	3,0%	3,6%	3,3%

Continúa en la página siguiente ▶

▶ *Viene de la página anterior*

			I. Datos Generales del entrevistado_5. Sexo:		Total
			Masculino	Femenino	
III. Formulario Usuarios de servicios de salud_20. ¿Si usted cree que necesita un antibiótico y no tiene fórmula médica, o no sabe cuál utilizar, a quien acude?	Pariente, Amigo, Vecino	Recuento	15441	14749	30190
		% dentro de I. Datos Generales del entrevistado_5. Sexo:	3,3%	3,0%	3,1%
	Ninguno de los anteriores, pido cita médica urgente o prioritaria	Recuento	226064	264565	490629
		% dentro de I. Datos Generales del entrevistado_5. Sexo:	48,5%	52,9%	50,8%
Total		Recuento	466578	499756	966334
		% dentro de I. Datos Generales del entrevistado_5. Sexo:	100,0%	100,0%	100,0%

No son claramente diferenciadores los resultados según nivel educativo, pero si por grupos de edad, donde se observa que un 54.8% los ciudadanos más jóvenes, de 20 a 40 años, recurren para saber cuál antibiótico tomar y adquirirlo al empleado de farmacia o droguería, contra un 41.2% en el grupo de 40 a 60 años y solamente un 31.9% entre los mayores de 60 años. (Gráfico 36)

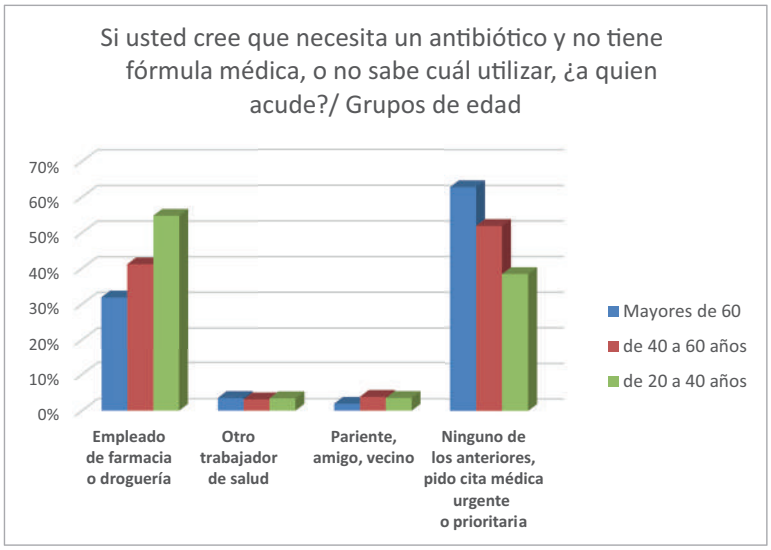


Gráfico 36.- Si necesita un antibiótico o no sabe cuál utilizar ¿A quien acude? / Grupos de edad

Quizá por igual razón -ser el grupo de población más joven-, son los usuarios, es decir las personas que no están en tratamiento médico, ni lo han estado en los últimos 30 días, quienes recurren en mayor proporción para conseguir los antibióticos ante el empleado de farmacia o droguería. (Gráfico 37)

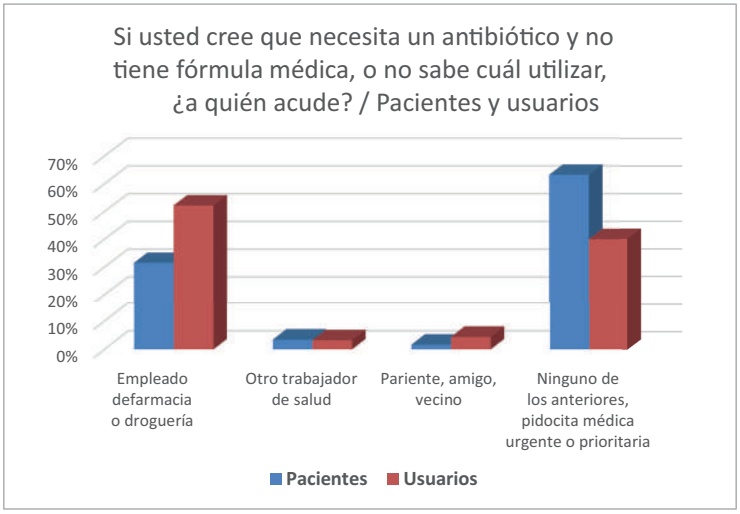


Gráfico 37.- Si necesita un antibiótico o no sabe cuál utilizar ¿A quien acude? / Pacientes y usuarios

La pregunta siguiente tiene que ver con el riesgo conocido en la literatura internacional, ampliamente divulgado por la OMS, del uso indiscriminado de antibióticos. El 91% de los ciudadanos reconoce este riesgo en alguna forma. (Gráfico 38)

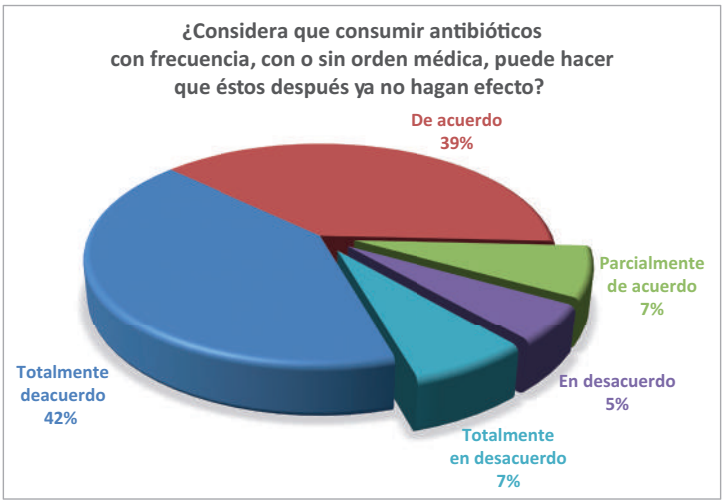


Gráfico 38.- conocimiento del riesgo de uso indiscriminado de antibióticos

No se encuentra diferencia significativa en las respuestas por sexo, ni por grupos de edad, ni entre pacientes y no pacientes; tampoco por afiliación a la seguridad social, pero son más afirmativos en conocer el riesgo los altos niveles educativos. (Tabla 39)

Tabla 39. ¿Considera que consumir antibióticos con frecuencia, con o sin orden médica, puede hacer que estos después ya no hagan efecto? Nivel educativo: tabulación cruzada

	Ninguna	Primaria incompleta	Primaria completa	Secundaria incompleta	Secundaria completa	Tecnológica	Universitaria incompleta	Universitaria completa	Postgrado
Totalmente de Acuerdo	0,26	0,35	0,39	0,40	0,47	0,39	0,48	0,54	0,46
De Acuerdo	0,42	0,46	0,43	0,41	0,32	0,52	0,29	0,40	0,28
Parcialmente de Acuerdo	0,19	0,10	0,05	0,08	0,10	0,04	0,06	0,02	0,05
En Desacuerdo	0,07	0,06	0,09	0,06	0,05	0,03	0,03	0,02	-
Totalmente en Desacuerdo	0,07	0,02	0,03	0,05	0,06	0,02	0,14	0,01	0,21
Total	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00

Medicamentos "para conservar la salud"

El grupo siguiente de preguntas tiene que ver con los llamados "medicamentos para conservar la salud", sin duda una rama del comercio farmacéutico muy importante. En principio un 83% de los ciudadanos considera que su consumo frecuente no es indispensable, contra un 11% que lo considera necesario y un 7% que se muestra sólo parcialmente de acuerdo con la afirmación. (Gráfico 39)

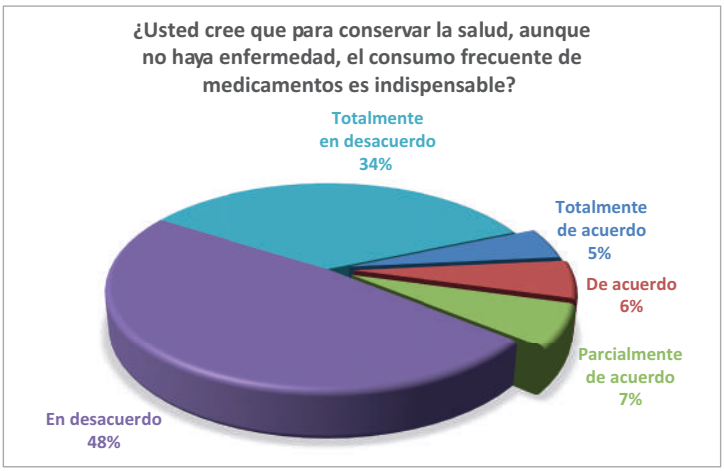


Gráfico 39.- ¿Usted cree que para conservar la salud, aunque no haya enfermedad, el consumo frecuente de medicamentos es indispensable?

No hay diferencias significativas en los porcentajes de respuesta por sexo, por grupos de edad o por nivel educativo; tampoco entre el grupo de pacientes y el grupo de usuarios. Sin embargo, las preguntas complementarias siguientes aclaran mejor el comportamiento de los ciudadanos en los 23 municipios de Cundinamarca.

La primera tiene que ver con el consumo personal de medicamentos para conservar la salud o prevenir enfermedades. Nuevamente la gran mayoría niega este consumo con frecuencia (96%). (Gráfico 40)

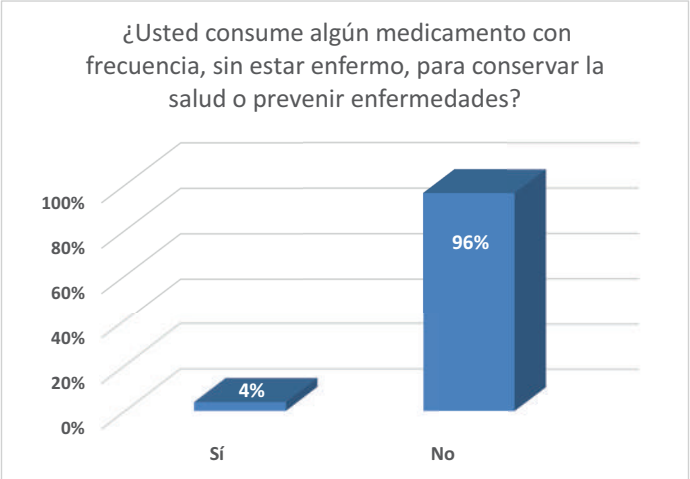


Gráfico 40.- ¿Usted consume algún medicamento con frecuencia, sin estar enfermo, para conservar la salud o prevenir enfermedades?

No se encuentra diferencia significativa en el consumo por grupos de edad. Por sexo se encuentra una pequeña diferencia, pues tan sólo el 2.6% los hombres acepta el consumo frecuente de estos medicamentos para conservar la salud o prevenir enfermedades, contra un 5% de la población de sexo femenino. (Tabla 40)

Tabla 40.- ¿Usted consume algún medicamento con frecuencia, sin estar enfermo, para conservar la salud o prevenir enfermedades? Sexo: tabulación cruzada

			I. Datos Generales del entrevistado_5. Sexo:		Total
			Masculino	Femenino	
III. Formulario Usuarios de servicios de salud_24. ¿Usted consume algún medicamento con frecuencia, sin estar enfermo, para conservar la salud o prevenir enfermedades?	Si	Recuento	15400	29962	45362
		% dentro de I. Datos Generales del entrevistado_5. Sexo:	2,6%	5,0%	3,8%

Continúa en la página siguiente ►

▶ *Viene de la página anterior*

			I. Datos Generales del entrevistado_5. Sexo:		Total
			Masculino	Femenino	
III. Formulario Usuarios de servicios de salud_24. ¿Usted consume algún medicamento con frecuencia, sin estar enfermo, para conservar la salud o prevenir enfermedades?	No (Pase a pregunta 26)	Recuento	575779	568712	1144491
		% dentro de I. Datos Generales del entrevistado_5. Sexo:	97,4%	95,0%	96,2%
Total		Recuento	591179	598674	1189853
		% dentro de I. Datos Generales del entrevistado_5. Sexo:	100,0%	100,0%	100,0%

Un 5.1% de las personas que han estado en tratamiento médico los últimos 30 días manifiestan consumir este tipo de medicamentos, contra un 2.6% de quienes no han estado en tratamiento, es decir los usuarios. (Gráfico 41)

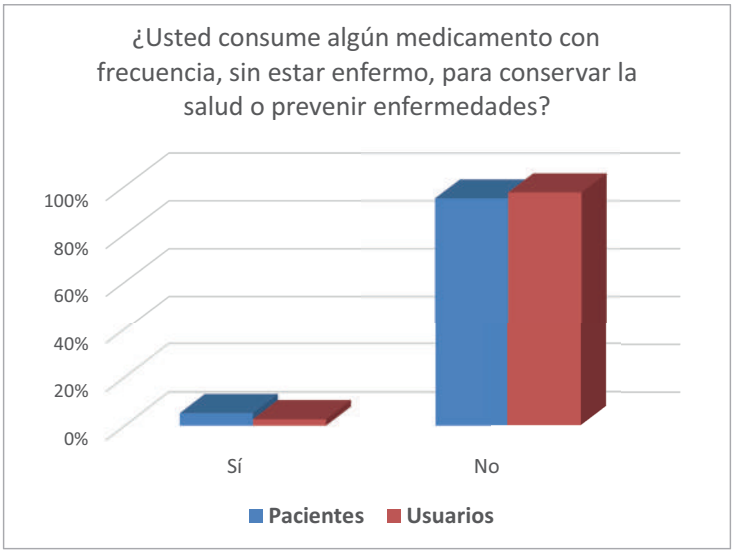


Gráfico 41.- ¿Usted consume algún medicamento con frecuencia, sin estar enfermo, para conservar la salud o prevenir enfermedades? Pacientes y usuarios.

La siguiente pregunta acerca de estos medicamentos, inquiere sobre el consumo de medicamentos con vitaminas y minerales para conservar la salud. Ante esta pregunta, un 45% de la población responde afirmativamente, contra un 55% por ciento que manifiesta no consumir este tipo de medicamentos. La gran diferencia con las

respuestas de consumo de medicamentos para conservar la salud, sólo se explica porque buena parte de la población no considera medicamentos estos productos con vitaminas y minerales. (Gráfico 42)

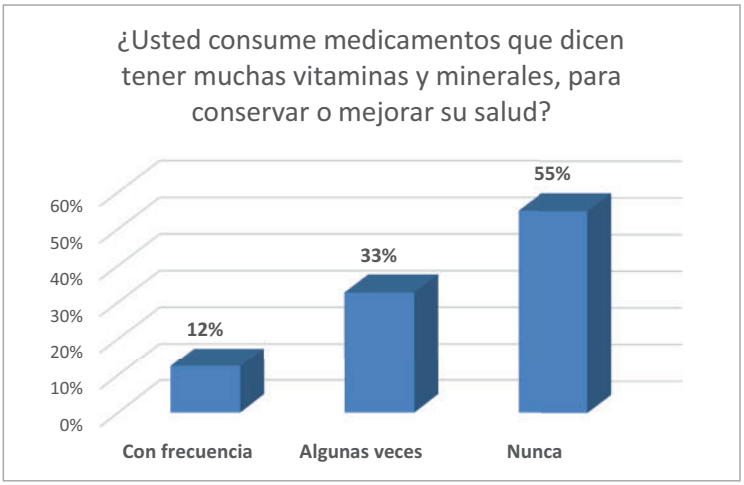


Gráfico 42.- ¿Usted consume medicamentos que dicen tener muchas vitaminas y minerales, para conservar o mejorara su salud

Se encuentra una pequeña diferencia, por sexo, en el consumo de este tipo de medicamentos, así como un incremento moderado del consumo con el aumento de la edad. (Tabla 41)

Tabla 41.- ¿Usted consume medicamentos que dicen tener muchas vitaminas y minerales, para conservar o mejorar su salud? / Grupos de edad

	Con frecuencia	Algunas veces	Nunca	Total
Mayores de 60	13,2%	34,5%	52,2%	100,0%
de 40 a 60 años	12,5%	32,3%	55,2%	100,0%
de 20 a 40 años	11,2%	31,3%	57,5%	100,0%
Total	12,3%	32,7%	55,0%	100,0%

Igualmente se encuentran algunas diferencias según afiliación al SGSSS, con el mayor consumo informado por los afiliados al Régimen Contributivo y el menor por los no asegurados. (Gráfico 43)

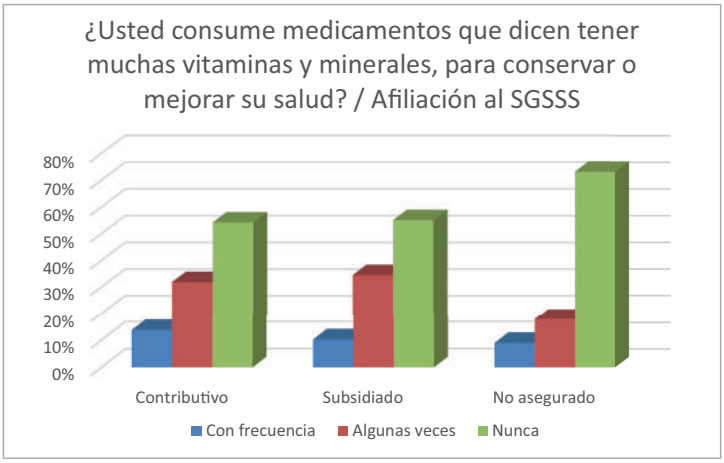


Gráfico 43.- ¿Usted consume medicamentos que dicen tener muchas vitaminas y minerales, para conservar o mejorar su salud? / Afiliación al SGSSS

No se encuentra diferencia significativa en el consumo de medicamentos con vitaminas y minerales entre personas en tratamiento y demás usuarios, ni tampoco por nivel educativo.

Creencia sobre adicción y volumen de consumo

Al preguntar a la población en sus hogares sobre la creencia de que los medicamentos (en general) producen adicción, un 85% incluye respuestas afirmativas, contra un 15% que niega dicho efecto. (Gráfico 44)

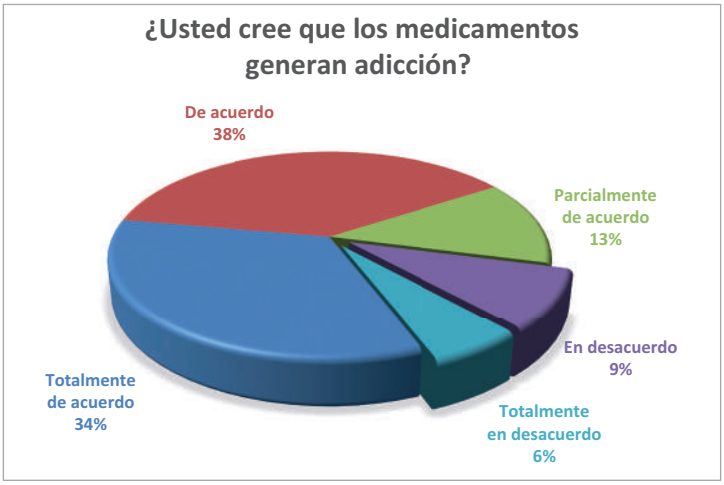


Gráfico 44.- ¿Usted cree que los medicamentos generan adicción?

No se encuentran diferencias significativas por sexo, por grupos de edad, ni por nivel educativo, ni entre personas que han estado en tratmiento en el último mes y los demás usuarios.

La siguiente pregunta sobre el consumo de medicamentos busca definir la magnitud del mismo. Un 47% de la población consume medicamentos diariamente, desde un medicamento, 15%, dos medicamentos, 12%, y tres o mas, 20%. (Gráfico 45)

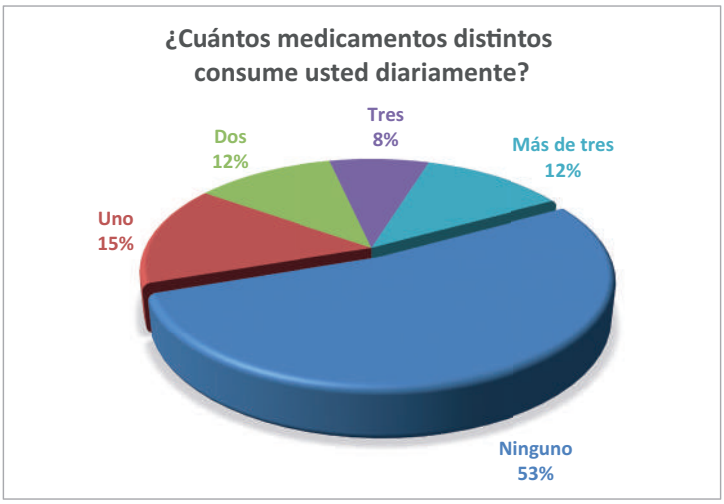


Gráfico 45.- ¿Cuántos medicamentos consume usted diariamente?

Igualmente los afiliados al Régimen Contributivo consumen más medicamentos que los afiliados al Régimen Subsidiado y mucho más que los no asegurados. (Gráfico 46)

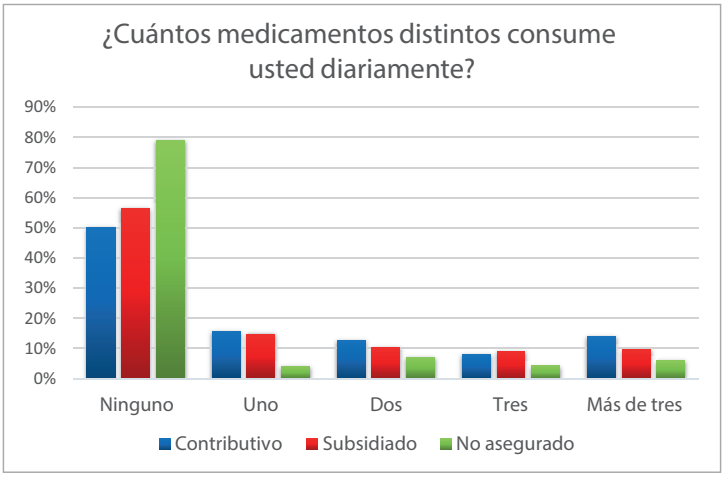


Gráfico 46.- ¿Cuántos medicamentos consume usted diariamente?/ Afiliación al SGSSS

Por otra parte, como era de esperar, las personas en tratamiento médico en los últimos treinta días reportan muchísimo mayor consumo diario que los demás usuarios del Sistema. (Gráfico 47)

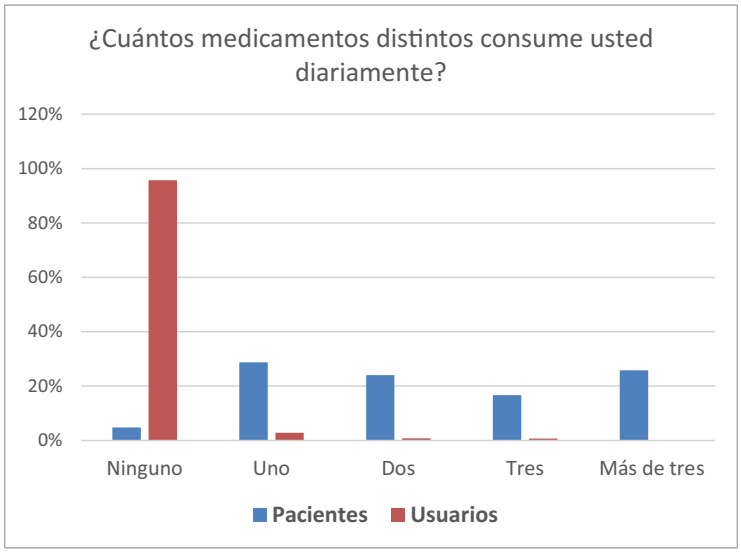


Gráfico 47.- ¿Cuántos medicamentos consume usted diariamente?/ Pacientes y usuarios

La pregunta se hace igualmente en referencia al consumo mensual, observando nuevamente un mayor consumo por parte de las personas en tratamiento y de las de mayor edad. (Tabla 42)

Tabla 42.- ¿Cuántos medicamentos consume usted mensualmente?/ Grupos de edad

	Ninguno	Uno	Dos	Tres	Más de tres	Total
Mayores de 60	22,3%	14,3%	18,9%	14,2%	30,3%	100%
de 40 a 60 años	49,6%	16,8%	9,3%	7,5%	16,8%	100%
de 20 a 40 años	74,3%	14,5%	4,5%	3,4%	3,4%	100%
Total	48,8%	15,3%	10,8%	8,3%	16,8%	100%

Por sexo, el femenino reporta sistemáticamente consumir más medicamentos que el masculino. (Gráfico 48)

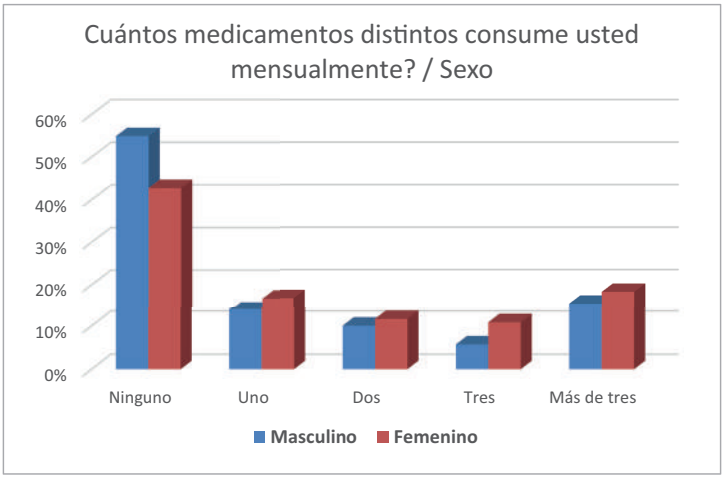


Gráfico 48.- ¿Cuántos medicamentos consume usted mensualmente?/ Sexo

Percepción sobre la calidad de los medicamentos

Por último se realizan preguntas relacionadas con la percepción sobre la calidad de los medicamentos. Un 67% de los afiliados al Régimen Contributivo y Subsidiado considera los medicamentos recibidos en su centro de salud u hospital, de la mejor calidad, contra un 33% que se manifiesta en desacuerdo con esta apreciación. (Gráfico 49)

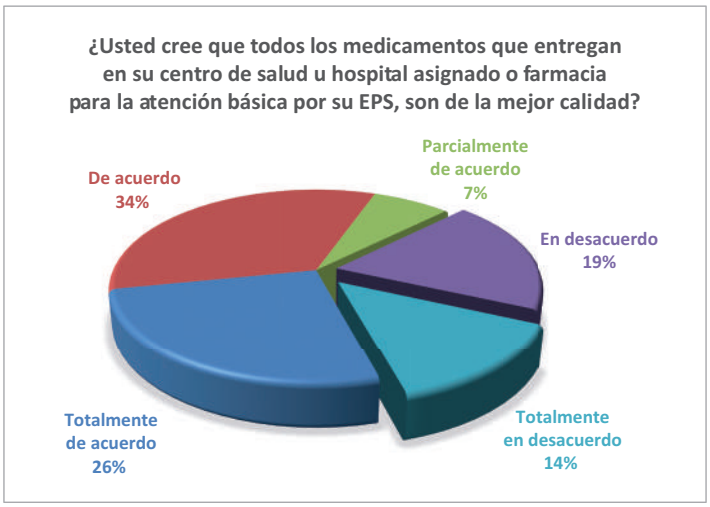


Gráfico 49.- ¿Usted cree que todos los medicamentos que entregan en su centro de salud u hospital asignado o farmacia para la atención básica por su EPS, son de la mejor calidad?

El grupo de pacientes, como se ha señalado, de mayor edad y menor educación, manifiesta en un 70% estar de acuerdo con la afirmación sobre la calidad de los medicamentos, mientras que el grupo de usuarios, más joven y de menor educación, tan sólo respalda esta afirmación en un 49%, mientras un 42% manifiesta su desacuerdo con la calidad de los medicamentos. (Gráfico 50)

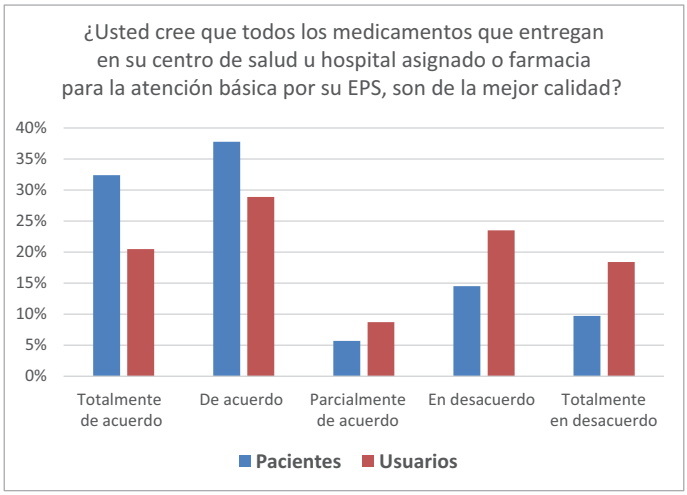


Gráfico 50.- ¿Usted cree que todos los medicamentos que entregan en su centro de salud u hospital asignado o farmacia para la atención básica por su EPS, son de la mejor calidad? / Pacientes y usuarios.

Efectivamente, cuanto más joven el grupo poblacional, manifiesta en mayor proporción su desacuerdo o desacuerdo total con la afirmación sobre la calidad de los medicamentos entregada por su EPS. (Gráfico 51)

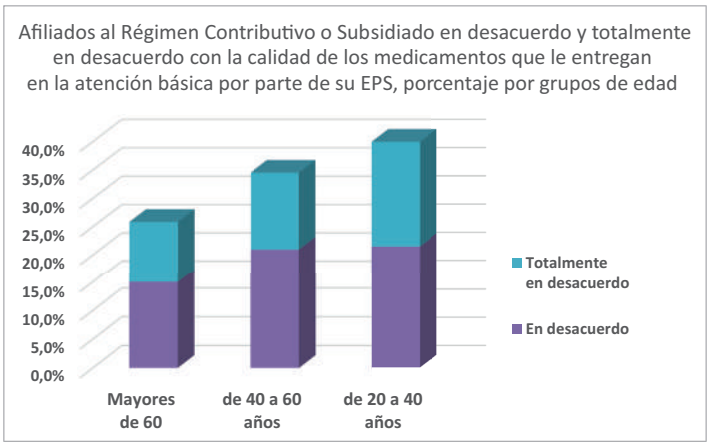


Gráfico 51.- Afiliados al Régimen Contributivo o Subsidiado en desacuerdo y totalmente en desacuerdo con la calidad de los medicamentos que le entregan en la atención básica por parte de su EPS, porcentaje por grupos de edad

Igualmente, a mayor nivel educativo, mayor desacuerdo con la calidad de los medicamentos entregados en el centro de salud u hospital o farmacia asignada por su EPS. (Gráfico 52)

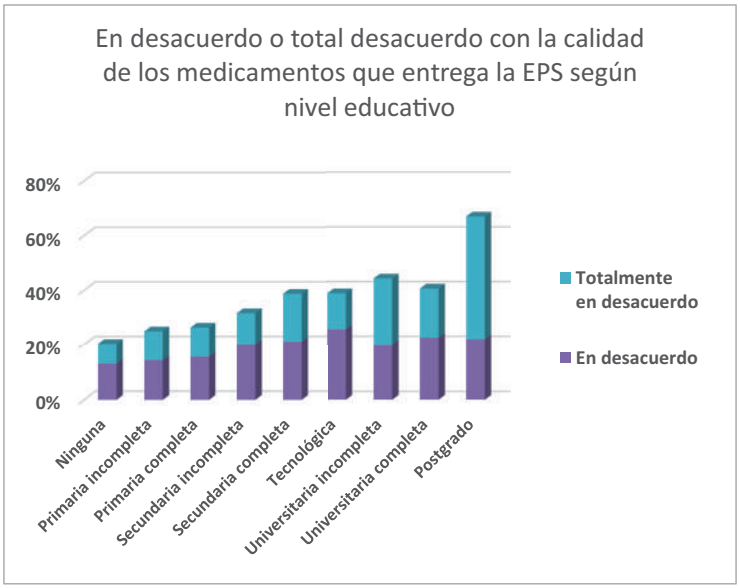


Gráfico 52.- Personas en desacuerdo o total desacuerdo con la calidad de los medicamentos que entrega la EPS, según nivel educativo

Preguntado el grupo de personas que no los considera de calidad, el por qué de su apreciación, el mayor porcentaje de respuestas tiene que ver con la identificación como medicamentos genéricos, 36%, o por ser medicamentos baratos, 28%. Por razones similares, como no ser de marca, 4%, ser de laboratorios desconocidos, 4%, o laboratorios nacionales, 1%, demuestran el peso de la publicidad de las empresas farmacéuticas trasnacionales en contra de los medicamentos genéricos, asociado a valores culturales de la economía de mercado, relativos a la relación calidad precio, que merecen ser analizados. La respuesta "porque el médico dijo que no son de calidad", puede integrase a similar percepción por parte del facultatativo, tema que desarrolla la encuesta de prescriptores. Finalmente, la toxicidad como repuesta, sugiere la existencia de pequeños grupos de población con resistencias frente a la práctica médica occidental. (Gráfico 53)

Gráfico 53.- Por que no considera los medicamentos que entrega su EPS de la mejor calidad

Por grupos de edad, los ciudadanos más jóvenes seleccionaron en mayor proporción, como causa de falta de calidad, las respuestas en el sentido de que los medicamentos son genéricos y baratos.

El hecho de que la población joven, de mayor nivel educativo, como se ha señalado, tenga la peor percepción de los medicamentos entregados por las EPS e igualmente el hecho de que responda en gran mayoría el hecho que son genéricos o que son baratos, plantea un desafío fundamental para el SGSSS. Esta población ha sido más influenciada en las últimas décadas por la economía de mercado y la relación marca, calidad y precio en los artículos de consumo masivo, como las prendas de vestir o los artículos tecnológicos. Como señala Alonso (Alonso 2006), incluso se identifican socialmente por el consumo. (Gráfico 54)

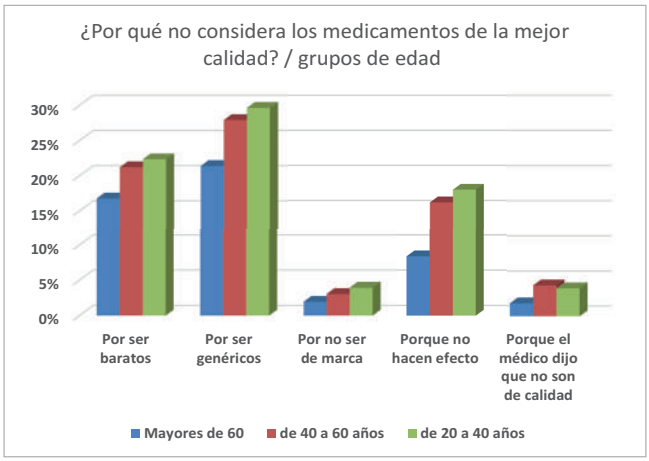


Gráfico 54.- ¿Por qué no considera los medicamentos que entrega su EPS de la mejor calidad? / Grupos de edad.

Conocimientos sobre causalidad de las enfermedades

Finalmente, se agregó al formulario una pregunta sobre las creencias alrededor de la causa de las enfermedades, que orientara las actitudes y prácticas hacia los medicamentos. (Gráfico 55)

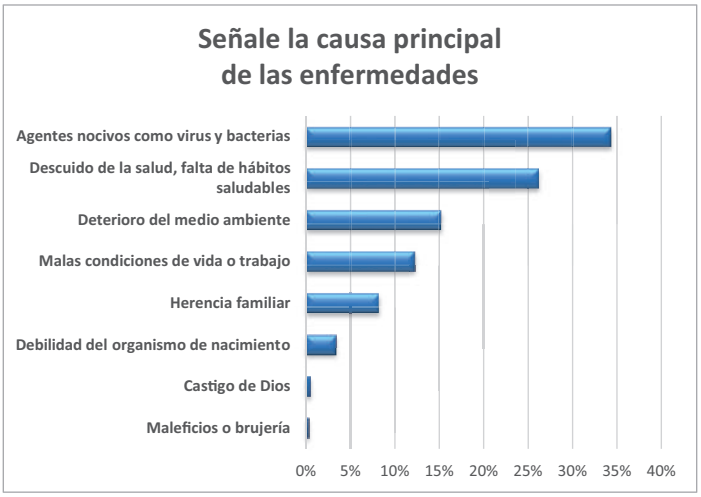


Gráfico 55.- Señale, para usted la causa principal de las enfermedades

Las explicaciones sobre agentes externos nocivos como virus y bacterias, que han predominado el último siglo en la medicina occidental, ocupan el primer lugar entre las creencias, seguidas del descuido de la salud o actitud culpabilizadora del individuo, muy propia del mensaje individualista de autogestión del capital humano reforzado en las últimas décadas a partir de las teorías neoliberales dominantes en los esquemas de gubernamentalidad. (Castro Gómez 2011)

ANÁLISIS MULTIVARIADO

Los análisis multivariados de datos surgen como una generalización de la estadística descriptiva y le permiten al investigador, resumir grandes grupos de información mediante gráficas e índices numéricos que contribuyen a la interpretación y análisis. Siendo el objetivo de estos métodos la descripción y exploración de la información, no se requiere de modelos preestablecidos, ni de supuestos que muchas veces no se cumplen (Pardo & Cabarcas 2001); en lugar de esto, se busca la mejor representación plana[1] (es la mejor en el sentido que es la que mejor recoge la variabilidad presente en los datos y la presenta en una gráfica comprensible) de esa gran tabla de datos.

Como señalan (Pardo & Cabarcas 2001): "La lectura utilizando proyecciones es el principio de los métodos factoriales, en cuyo caso la pérdida de la información se manifiesta en forma de errores de proyección. En los métodos factoriales se busca el plano para el cual los errores de proyección son en conjunto los menores posibles: primer plano factorial". Dicho plano contiene la mejor presentación plana de esa gran nube de datos. Dada la naturaleza categórica de los datos obtenidos, se procede a realizar un Análisis de correspondencias Múltiple, el cual es una técnica que estudia las relaciones entre las categorías de las variables entre los individuos. (R Development Core Team 2007)[2]

Puesto que el objetivo de un análisis multivariado es simplificar el problema que se investiga reduciendo el número de variables originales; a estas nuevas variables se les denominan factores.

Un mecanismo para estudiar el número de factores que han de ser considerados en el análisis, es por medio de los valores propios que permiten ver qué proporción de la varianza total es explicada por los factores. En la siguiente gráfica se presentan estas proporciones, en vista de la presencia de ejes parásitos que no retienen porciones importantes de información, y en consecuencia no son considerados, únicamente se presenta el primer plano factorial.

1 Aquella obtenida con los dos primeros ejes, también llamada primer plano factorial

2 Puesto que analiza las relaciones dentro de las categorías, la tabla disyuntiva completa cuenta con tantas columnas categorías tengan las preguntas. Éste hecho conduce a que el número de variables sea elevado y la inercia retenida por los primeros ejes, en comparación a otros análisis multivariados sea menor.

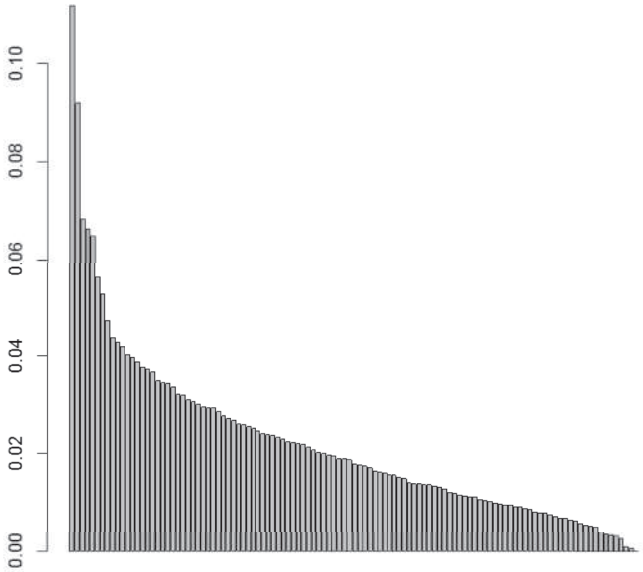


Gráfico 56. Histograma de la varianza retenida por los ejes factoriales - ACM.

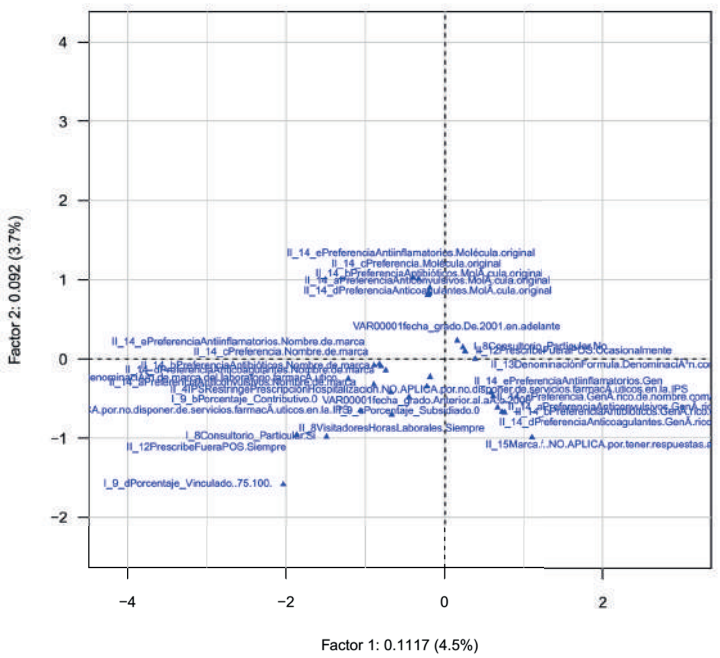


Gráfico 57. Primer plano Factorial- ACM. Variables con Calidad de representación del 15%

Clasificación

"La lectura de la representación mutidimensional conformando clases o grupos de puntos cercanos, constituye los métodos de clasificación. En estos métodos la pérdida de información se da porque cada elemento cede sus características específicas y se caracteriza, en cambio, por la clase a la que pertenece. Se buscan grupos de tal manera que los elementos al interior de un grupo se parezcan y los elementos de diferentes grupos sean lo más diferenciados posible". (Pardo & Cabarcas 2001). Así, las técnicas de clasificación resultan ser procedimientos algorítmicos recursivos y repetitivos hasta satisfacer algunos criterios de convergencia.

En esta investigación investigación se optó por la estrategia propuesta por Lebart (1995) la cual se puede resumir en realizar un análisis multivariado adecuado (como se mencionó anteriormente, correspondencias múltiples) para los datos, posteriormente sobre las proyecciones de los individuos (sobre los primeros 4 ejes factoriales) agregarlos por medio del método de k-means, con un número elevado de puntos, posteriormente sobre las clases obtenidas se realiza una clasificación jerárquica y posteriormente, con el fin de evitar el anidamiento propio de los algoritmos jerárquicos, realizar un nuevo análisis de k-means de las clases obtenidas del dendrograma y con ello se obtienen las clases consolidadas.

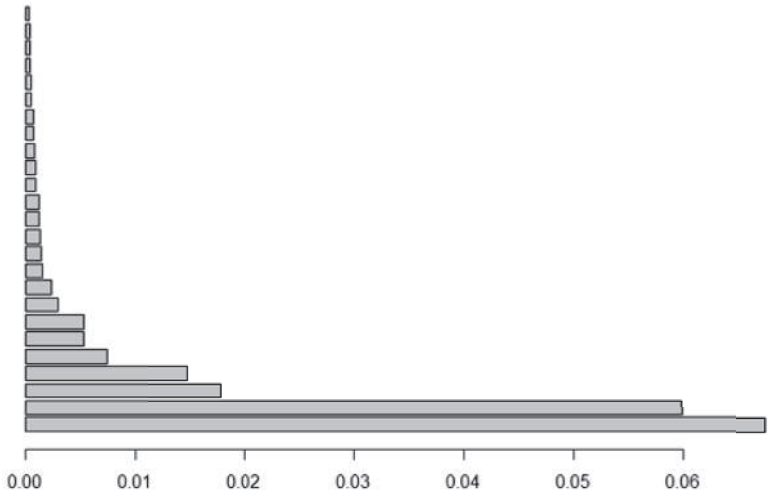


Gráfico 58. Índices de Nivel – Clasificación Jerárquica.

La figura anterior representa la ganancia de inercia de agregar un individuo a una clase mediante el criterio de Ward Generalizado, que consiste, someramente, en agregar individuos no por su proximidad, sino aquellos que minimicen la ganancia de inercia de la clase construida, como se aprecia al agregar los dos últimos, las clases presentan una gran ganancia de inercia, por lo cual éstos "individuos" no deben pertenecer a la misma clase y allí debe detenerse la aglomeración.

Después de aplicar la consolidación de las clases los tamaños obtenidos son

Clase	Tamaño	Proporción
1	1201	38%
2	332	10%
3	1546	53%
	3079	**100%**

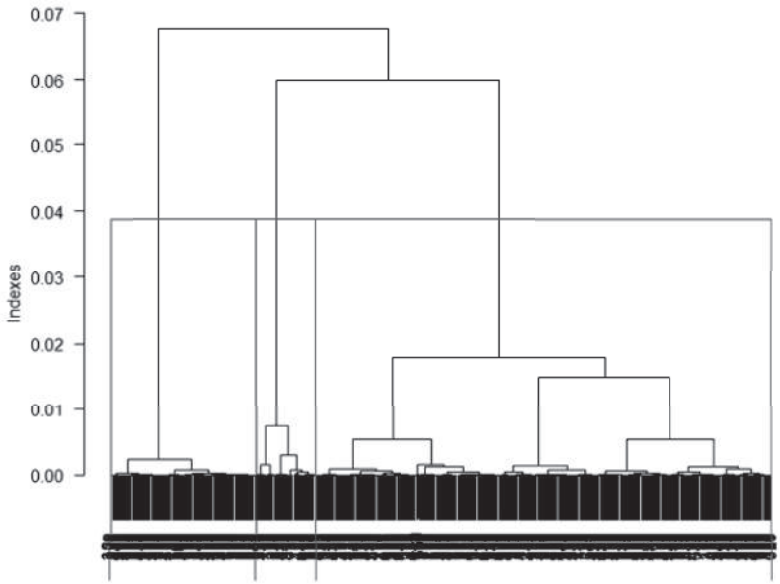


Gráfico 59. Dendrograma con las clases.

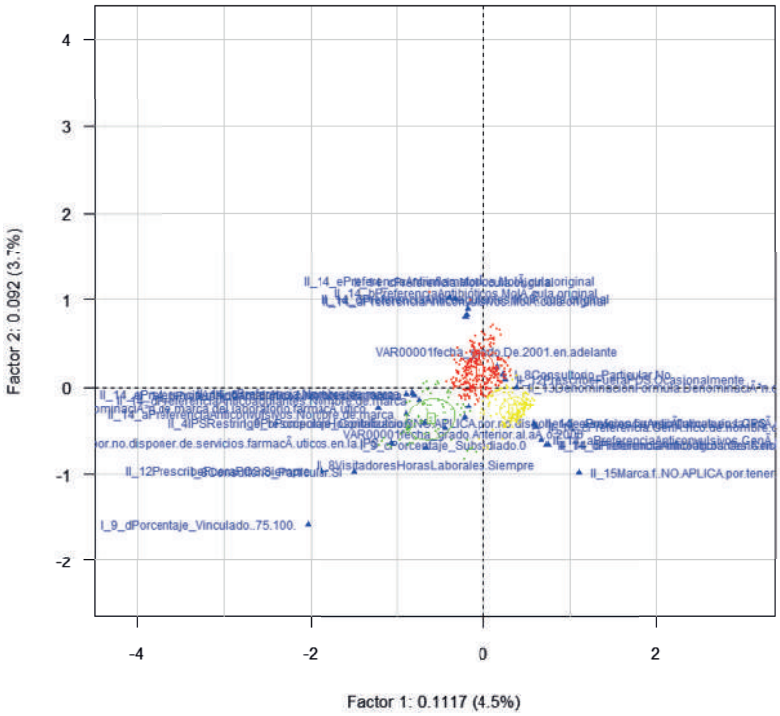


Gráfico 60. Primer Plano Factorial con clases.

Posteriormente se procede a caracterizar las clases obtenidas en función de variables ilustrativas, se utiliza el criterio de los valores test (Lebart et al. 1995), utilizando el paquete FactoClass (Pardo y otros 2007).

Los valores test son cuantiles de la distribución normal estandar, que detectan las categorías de las variables cualitativas que caracterizan a cada uno de las clases, en el sentido de que su porcentaje dentro del quintiles razonablemente superior al porcentaje global, esto es al porcentaje de la ciudad. Para las variables continuas los valores test resultan de la comparación del promedio de la variable dentro de la clase con el promedio global. (Cardona 2008).

Clase 1.

Esta clase corresponde al 37.7% de la población de estudio, se caracteriza por ser personas en tratamiento médico, y acudir al médico en casos de enfermedad o duda. En consecuencia confían en los médicos y en los medicamentos que les recetan. Cumplen con los tratamientos y cuentan con información sobre los riesgos de los medicamentos.

Tabla 43. Clase 1: Estadísticos de prueba.

Variable	Test. Value	p. Value	Class. Cat	Cat. Class	Global	Weight
II_1Tratamiento.Si	Inf	1	77,1	98	49,6	1527
III_1_b_1MedicamentosGripa.4. No utilizo ningún tipo de remedio, acudo al médico	Inf	1	55,2	40,7	28,8	886
III_1_c_1MedicamentosDolorEstomago.4. No utilizo ningún tipo de remedio, acudo al médico	Inf	1	50,6	41,5	32	986
III_1_d_1MedicamentosCansancio.4. No utilizo ningún tipo de remedio, acudo al médico	Inf	1	55,7	32,3	22,6	697
III_10ConsultaDudas.Al médico que los ordenó	Inf	1	50	82,7	64,5	1986
III_1aContributivoConfianzaMédicos.Totalmente de Acuerdo	Inf	1	48,2	51,3	41,5	1278
III_4CuantosMedicamentosDía.Uno	Inf	1	64,2	26,1	15,9	489
III_4CuantosMedicamentosDía.Dos	Inf	1	77	23,4	11,9	365
III_4CuantosMedicamentosDía.Tres	Inf	1	85,1	20	9,2	282
III_4CuantosMedicamentosDía.Más de tres	Inf	1	83,9	26,8	12,5	384
III_5CuantosMedicamentosMes.Dos	Inf	1	72,7	19,7	10,6	326
III_5CuantosMedicamentosMes.Tres	Inf	1	84,5	20	9,2	284
III_5CuantosMedicamentosMes.Más de tres	Inf	1	81,5	35,9	17,2	529
III_7aCalidadMedicamentosHospital.Totalmente de Acuerdo	Inf	1	51,1	35,7	27,2	839
IV_1TratamientoPor.Problema de salud nuevo	Inf	1	69,4	14,7	8,3	255
IV_1TratamientoPor.Problema de salud crónico	Inf	1	80	84,7	41,3	1271
IV_3ÚltimaConsulta.Médico general	Inf	1	78	72,5	36,2	1116
IV_3ÚltimaConsulta.Médico especialista	Inf	1	78,8	26,9	13,3	410
IV_4ÚltimaPrescripción.Si son apenas semanas	Inf	1	82,1	39,5	18,7	577
IV_4ÚltimaPrescripción.Si hace algunos meses	Inf	1	78,2	59,6	29,7	916
IV_5ExplicaciónRiesgos.Totalmente de Acuerdo	Inf	1	81,7	34,5	16,5	507
IV_5ExplicaciónRiesgos.De Acuerdo	Inf	1	81,8	30,6	14,6	450
IV_6EducaciónManejoEnfermedad.Varias veces	Inf	1	85,9	21,2	9,6	297
IV_6EducaciónManejoEnfermedad.Una vez	Inf	1	83,1	10,2	4,8	148
IV_7ReclamóMedicamentos.Si	Inf	1	85,1	98,3	45	1387
IV_8EntregaMedicamentos.Los entregaron completos	Inf	1	95,9	93,8	38,2	1175
IV_12CumplióTratamiento.Si	Inf	1	81,6	96,7	46,2	1422

Variable	Test. Value	p. Value	Class. Cat	Cat. Class	Global	Weight
IV_13CumplióCantidadYHoras.Totalmente de Acuerdo	Inf	1	83,3	79,5	37,3	1147
IV_13CumplióCantidadYHoras.De Acuerdo	Inf	1	76,1	15,9	8,2	251
IV_14AbandonóTratamiento.No abandonó, lo cumplió tal como se ordenó	Inf	1	82,7	98,3	46,3	1427
grEdad.60 y más	Inf	1	66.6	48.0	28.1	866
II_1Tratamiento.No	-Inf	0	1,5	2	50,4	1552
III_4CuantosMedicamentosDía.Ninguno	-Inf	0	2,8	3,7	50,6	1559
III_5CuantosMedicamentosMes.Ninguno	-Inf	0	2,9	3,4	46,4	1429

Clase 2

Es el 9.6% de la población de estudio, se encuentran en tratamiento por un problema de salud nuevo y consumen menos medicamentos que la clase 1, no conocen los riesgos ni cuentan con educación sobre el manejo de la enfermedad, no le entregan la totalidad de medicamentos por lo cual los compran aunque no completos, en consecuencia, no cumple con los tratamientos.

Tabla 44. Clase 2: Estadísticos de prueba.

Variable	Test. Value	p. Value	Class. Cat	Cat. Class	Global	Weight
II_1Tratamiento.Si	Inf	1	21,4	98,5	49,6	1527
III_4CuantosMedicamentosDía.Uno	Inf	1	27,8	41	15,9	489
III_5CuantosMedicamentosMes.Uno	Inf	1	23,1	35,5	16,6	511
IV_1TratamientoPor.Problema de salud nuevo	Inf	1	30,6	23,5	8,3	255
IV_3ÚltimaConsulta.Médico general	Inf	1	22	73,8	36,2	1116
IV_4ÚltimaPrescripción.Si hace algunos meses	Inf	1	21,8	60,2	29,7	916
IV_4ÚltimaPrescripción.Si ya hace años	Inf	1	87,9	8,7	1,1	33
IV_5ExplicaciónRiesgos.Totalmente en Desacuerdo	Inf	1	34,9	22	6,8	209
IV_6EducaciónManejoEnfermedad.Ninguna	Inf	1	24,5	79,8	35,1	1081
IV_7ReclamóMedicamentos.No	Inf	1	89,9	37,7	4,5	139
IV_8EntregaMedicamentos.Le entregaron parte	Inf	1	72,9	41,3	6,1	188
IV_8EntregaMedicamentos.No le entregaron	Inf	1	90,5	5,7	0,7	21
IV_9TuvoComprarlos.Si	Inf	1	98,8	73,8	8,1	248
IV_10ComproCompletos.No	Inf	1	98,6	21,1	2,3	71
IV_11ExplicaciónEnFarmacia.Parcialmente de Acuerdo	Inf	1	100	7,2	0,8	24

Variable	Test. Value	p. Value	Class. Cat	Cat. Class	Global	Weight
IV_11ExplicaciónEnFarmacia.En Desacuerdo	Inf	1	100	21,1	2,3	70
IV_11ExplicaciónEnFarmacia.Totalmente en Desacuerdo	Inf	1	100	14,2	1,5	47
IV_12CumplióTratamiento.No	Inf	1	68,3	21,4	3,4	104
IV_13CumplióCantidadYHoras.En Desacuerdo	Inf	1	74,4	8,7	1,3	39
IV_14AbandonóTratamiento.No abandonó, lo cumplió tal como se ordenó	Inf	1	17,3	74,4	46,3	1427
IV_14AbandonóTratamiento.Lo abandonó poco antes de finalizar el tratamiento ordenado	Inf	1	78,2	13	1,8	55
IV_14AbandonóTratamiento.Lo abandono hacia la mitad del tratamiento ordenado	Inf	1	96,4	8,1	0,9	28
IV_15RazónAbandono.Otra razón,	Inf	1	96,2	7,5	0,8	26

Clase 3

Esta clase corresponde al restante 52.7% de la población, no se encuentran en tratamiento, no consumen medicamentos para el cansancio, se auto-recetan en caso de enfermedad y son más jóvenes.

Tabla 45. Clase 3: Estadísticos de prueba.

Variable	Test. Value	p. Value	Class. Cat	Cat. Class	Global	Weight
II_1Tratamiento.No	Inf	1	98,1	98,5	50,4	1552
III_1_d_1MedicamentosCansancio.5. No me gusta tomar ninguna clase de remedio, me aguanto	Inf	1	55,6	78,3	70,7	2177
III_1_e_1MedicamentosFiebre.1. Utiliza Medicamentos	Inf	1	61,9	38,4	31,1	959
III_10ConsultaDudas.Empleado de Farmacia o Droguería	Inf	1	72,5	37	25,6	789
III_20AquienAcudeAntibiótico.Empleado de Farmacia o Droguería	Inf	1	63,9	44	34,6	1066
III_4CuantosMedicamentosDía.Ninguno	Inf	1	95,6	96,4	50,6	1559
III_5CuantosMedicamentosMes.Ninguno	Inf	1	95,7	88,4	46,4	1429
grEdad. 20-40	Inf	1	77,2	50,8	33,0	1017
II_1Tratamiento.Si	-Inf	0	1,5	1,5	49,6	1527

Distribución de las clases

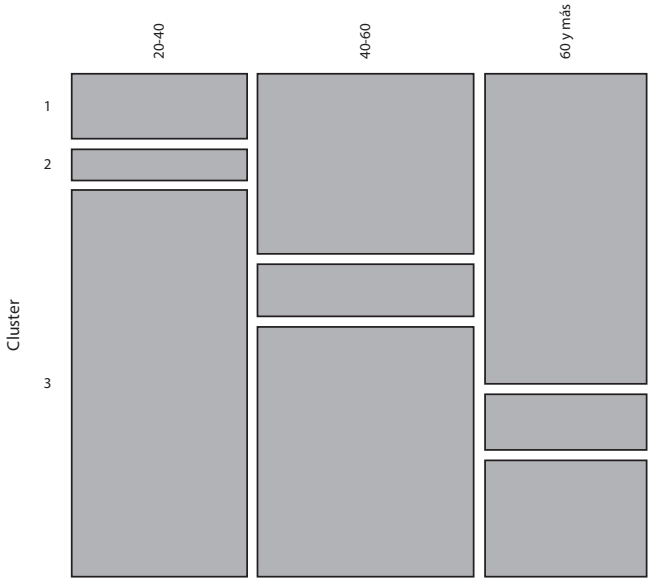


Gráfico 61. Distribución de las clases por grupo de edad.

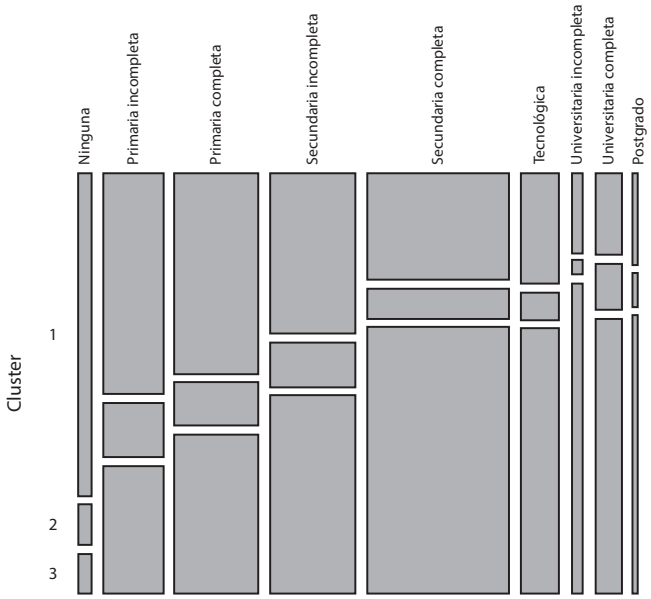


Gráfico 62. Distribución de las clases por nivel educativo

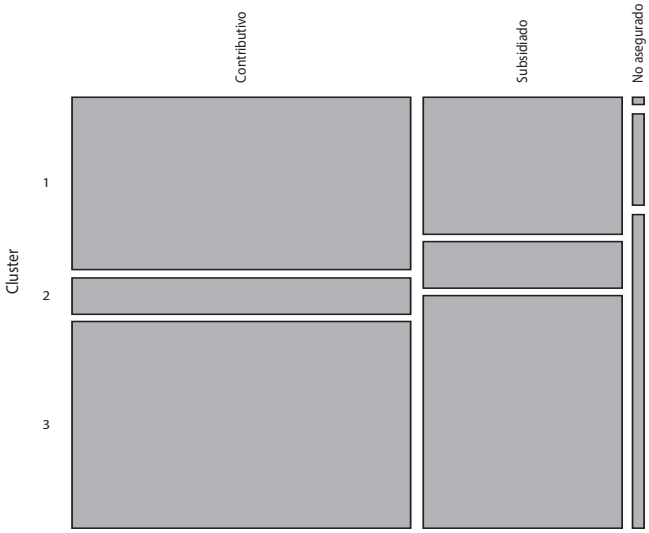


Gráfico 63. Distribución de las clases por Afiliación.

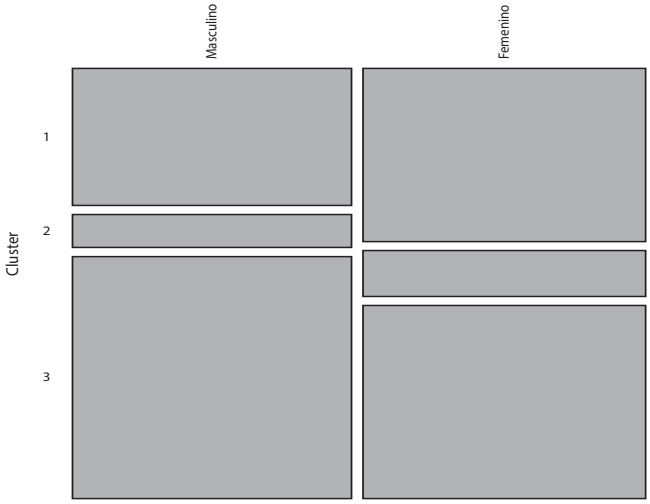


Gráfico 64. Distribución de las clases por sexo.

ANÁLISIS DE RESULTADOS ENCUESTA A PRESCRIPTORES

Objetivo específico

Determinar cómo los conocimientos, actitudes y prácticas de los prescriptores de medicamentos, pueden favorecer o no el adecuado uso de los mismos en la región, y cuáles deben ser las orientaciones claves para la modificación de comportamientos contrarios a las recomendaciones técnicas y científicas.

Población de estudio

Para la encuesta sobre conocimientos, actitudes y prácticas de los prescriptores, se partió de seleccionar las mismas provincias y municipios de la encuesta a usuarios, aunque, para el caso de los profesionales de la salud, se buscó encuestar todo el universo en dichos municipios, a partir de la información de la base de datos especial de prestadores suministrada por la Secretaría de Salud de Cundinamarca, complementada con la información de la totalidad de las IPS habilitadas en la misma base. Fueron entrevistados finalmente, en los dos meses de trabajo de campo, más del 90% de los profesionales identificados en los 26 municipios, para un total de 600 médicos, con la siguiente distribución geográfica: (Tabla 2.1)

Tabla 2.1.- Número de participantes por Municipio y porcentaje

Municipio	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
SOACHA	149	24,8	24,8
GIRARDOT	142	23,7	48,5
FUSAGASUGÁ	99	16,5	65,0
FACATATIVÁ	71	11,8	76,8
CAQUEZA	21	3,5	80,3
MOSQUERA	21	3,5	83,8
VILLETA	20	3,3	87,2
COTA	14	2,3	89,5

Continúa en la página siguiente ▶

► *Viene de la página anterior*

Municipio	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
LA VEGA	9	1,5	91,0
ARBELÁEZ	8	1,3	92,3
EL ROSAL	7	1,2	93,5
FOMEQUE	7	1,2	94,7
SILVANIA	5	,8	95,5
TOCAIMA	5	,8	96,3
CHOACHÍ	4	,7	97,0
CHIPAQUE	3	,5	97,5
UBAQUE	3	,5	98,0
BOJACÁ	2	,3	98,3
PASCA	2	,3	98,7
TIBACUY	2	,3	99,0
ALBÁN	1	,2	99,2
GUTIÉRREZ	1	,2	99,3
NILO	1	,2	99,5
QUETAME	1	,2	99,7
RICAURTE	1	,2	99,8
UNE	1	,2	100,0
Total	600	100,0	100

La mayor concentración de encuestas corresponde a los municipios de Soacha, Girardot y Fusagasugá, con un 65%, hecho relacionado estrictamente con el mayor número de profesionales médicos que ejercen en estos municipios. El mayor porcentaje de médicos entrevistados correspondió al género masculino, 61.0%. (Tabla 2. 2)

Tabla 2.2.- Distribución por Género de los Médicos entrevistados

Género	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Masculino	366	61,0	61,0
Femenino	234	39,0	100,0
Total	**600**	**100,0**	**100,0**

Para el análisis, se clasificaron los profesionales en dos categorías fundamentales, la primera, que define a médicos por su nivel de formación, entre generales y

especialistas y la segunda, que los clasifica según la fecha de obtención de su título profesional, entre aquellos graduados hasta el año 2000 y aquellos graduados a partir del año 2001.

El 70.0% de los entrevistados fueron Médicos Generales y el 30.0% restante correspondió a los Médicos Especialistas. (Tabla 2.3)

Tabla 2.3.- Distribución por categoría: Médico general o Médico especialista

Categoría	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Médico General	420	70,0	70,0
Médico Especialista	180	30,0	100,0
Total	**600**	**100,0**	**100,0**

Al categorizar la población de estudio por fecha de graduación, tomando como punto de corte el año 2.000, se observa una pérdida de tres encuestados que no contestaron fecha de graduación. Graduados hasta el año 2.000, el número de médicos que contestaron la encuesta fue de 235 (39.4%) y a partir del año 2.001 fueron 362 (60.6%), lo que hace a este último grupo la proporción mayoritaria dentro de la encuesta. (Gráfico 2.1) (Tabla 2.4)

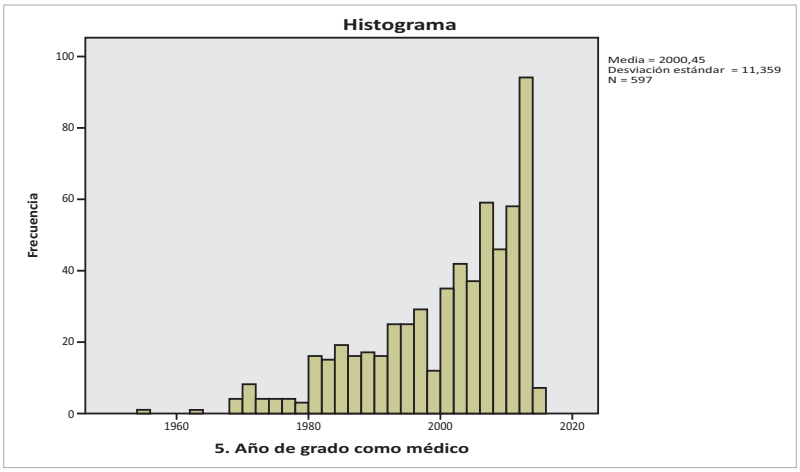


Gráfico 2.1.- Histograma fecha de graduación como médico general

El mayor número de graduados que respondieron la encuesta corresponde a los años 2012, con 48 médicos (8.0% del total), y el 2013 con 46 médicos (7.7% del total), lo que parece señalar un grupo importante de médicos recién graduados, en servicio obligatorio.

Tabla 2. 4.- Categorización por año de graduación como médico general

ANTIGÜEDAD GRADUACIÓN		Género		Total
		Masculino	Femenino	
Anterior al año 2001	Recuento	183	52	235
	% dentro de Antigüedad graduación	77,9%	22,1%	100,0%
De 2001 en adelante	Recuento	182	180	362
	% dentro de Antigüedad graduación	50,3%	49,7%	100,0%
Total	**Recuento**	**365**	**232**	**597**
	% dentro del total de encuestados	**61,1%**	**38,9%**	**100,0%**

Al analizar la distribución por sexo, según antigüedad de la graduación, se observa un gran incremento en la proporción de médicos de sexo femenino después del año 2001, pues de 52 graduadas antes del 2001, es decir un 22.1% de los médicos de mayor antigüedad, pasan a 180 entre los graduados después del 2001, o un 49.7% de los médicos más jóvenes.

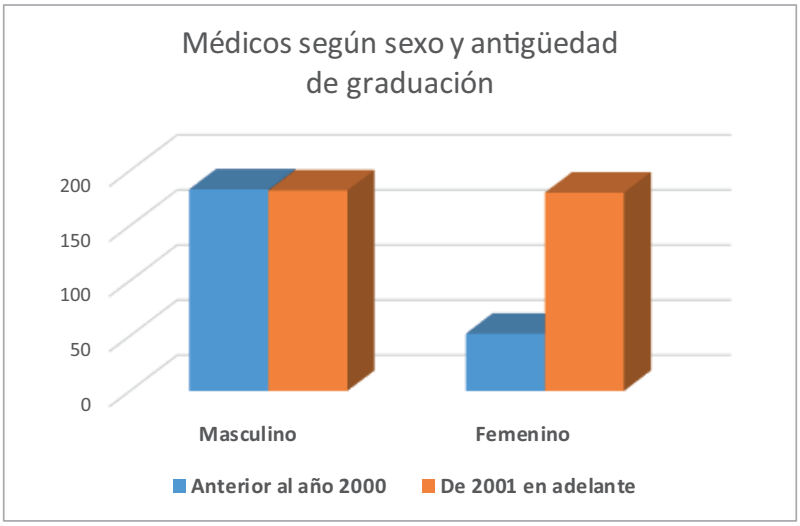


Gráfico 2.2.- Distribución según sexo y antigüedad de graduación de los Médicos entrevistados

Resultados de la encuesta

La encuesta realizada a los prescriptores, para explorar sus conocimientos, actitudes y prácticas respecto a la formulación y el uso racional de medicamentos, constó de un set de 17 preguntas. El análisis se aborda inicialmente para la totalidad de los encuestados (600 médicos) y luego se realiza por las categorías señaladas, es decir para el grupo de médicos generales (420) y para médicos especialistas (180); igualmente para médicos graduados antes del año 2001 (235 médicos) y aquellos graduados entre los años 2001 y 2013 (362 médicos).

Se presentan los resultados para cada una de las preguntas y por cada una de las categorías seleccionadas para el análisis.

PREGUNTA No. 1

Ante la siguiente afirmación: "Los conocimientos adquiridos durante la etapa de estudiante de PREGRADO y/o POSGRADO sobre la farmacología y la utilización de los medicamentos, le permiten en la actualidad prescribir siempre cumpliendo con los principios del uso racional de medicamentos". Usted está: Totalmente de Acuerdo, De Acuerdo, Parcialmente de Acuerdo, En Desacuerdo o Totalmente en Desacuerdo.

De los encuestados, el 82.5% manifiestan estar Totalmente de Acuerdo y de Acuerdo, por lo que consideran efectivamente que los conocimientos adquiridos en la etapa de estudiantes les permiten realizar un uso racional de medicamentos, hecho que parece hablar bien de la formación en las escuelas de medicina. Comparados con los resultados en desacuerdo y totalmente en desacuerdo, que suman el 4.1% de las respuestas, la diferencia es estadísticamente significativa. (Z= 27,379). (Tabla 2.5) (Gráfico 2.3)

Tabla 2.5.- Formación adecuada para uso racional de medicamentos

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Totalmente de Acuerdo	264	44,0	44,0
De Acuerdo	231	38,5	82,5
Parcialmente de Acuerdo	80	13,3	95,8
En Desacuerdo	20	3,3	99,2
Totalmente en Desacuerdo	5	0,8	100,0
Total	**600**	**100,0**	**100,0**

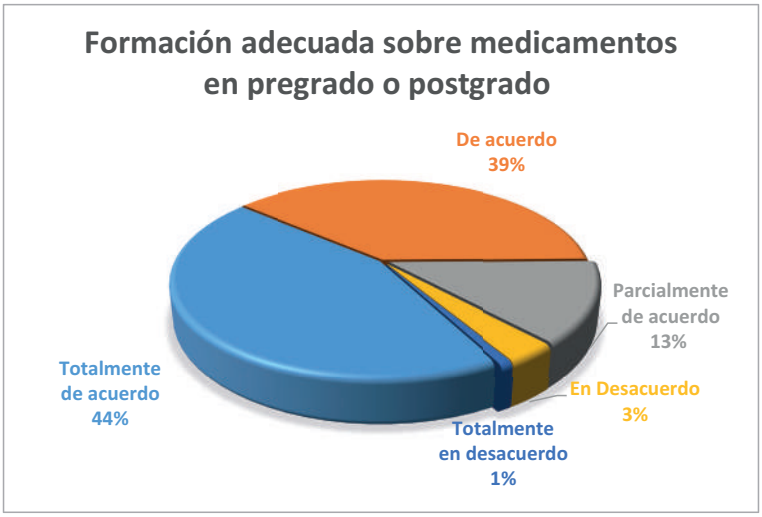


Gráfico 2.3.- Formación adecuada para uso racional de medicamentos

Las respuestas, teniendo en cuenta la antigüedad de la graduación como médicos generales, son muy similares en las dos cohortes. En la del año 2.000 hacia atrás (COHORTE A) el 82.1% consideran que los conocimientos adquiridos les permiten hacer un uso racional de los medicamentos y en la cohorte de los del año 2001 en adelante (COHORTE B) igual respuesta corresponde al 82.9%. Si bien no hay diferencia significativa, resultan más enfáticos en la respuesta los médicos de mayor antigüedad. Independientemente del año de graduación, todos los médicos consideran en porcentajes similares y altos, que la formación académica en pregrado y posgrado les permite formular adecuadamente, cumpliendo con los principios del uso racional de medicamentos. (Tabla 2.6)

Tabla 2.6.- Formación adecuada para uso racional de medicamentos, percepción según antigüedad de graduación

ANTIGÜEDAD DE GRADUACIÓN		Totalmente de Acuerdo	De Acuerdo	Parcialmente de Acuerdo	En Desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo	Total
Anterior al año 2001. COHORTE A	Recuento	122	71	28	10	4	235
	% dentro de Antigüedad graduación	51,9%	30,2%	11,9%	4,3%	1,7%	100,0%

Continúa en la página siguiente ►

▶ *Viene de la página anterior*

ANTIGÜEDAD DE GRADUACIÓN		Totalmente de Acuerdo	De Acuerdo	Parcialmente de Acuerdo	En Desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo	Total
De 2001 en adelante. COHORTE B	Recuento	140	160	51	10	1	362
	% dentro de Antigüedad graduación	38,7%	44,2%	14,1%	2,8%	0,3%	100,0%
Total	**Recuento**	**262**	**231**	**79**	**20**	**5**	**597**
	% dentro del total de encuestados	**43,9%**	**38,7%**	**13,2%**	**3,4%**	**0,8%**	**100,0%**

La proporción que está de acuerdo con la afirmación propuesta en la encuesta (Totalmente de acuerdo y De acuerdo), arroja para los médicos especialistas un 85% y para los médicos generales el 81.4%; Igualmente, aunque se muestran más enfáticos los médicos especialistas sobre los adecuados conocimientos adquiridos durante su formación para poder realizar la formulación atendiendo el uso racional de medicamentos, la diferencia no es significativa entre médicos generales y especialistas (Z=-1,05). (Tabla 2.7)

Tabla 2.7.- Formación adecuada para uso racional de medicamentos, percepción médico general y médico especialista

Categoría		Totalmente de Acuerdo	De Acuerdo	Parcialmente de Acuerdo	En Desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo	Total
Médico general	Recuento	161	181	59	17	2	420
	% dentro de la categoría	38,3%	43,1%	14,0%	4,0%	0,5%	100,0%
Médico especialista	Recuento	103	50	21	3	3	180
	% dentro de la categoría	57,2%	27,8%	11,7%	1,7%	1,7%	100,0%
Total	**Recuento**	**264**	**231**	**80**	**20**	**5**	**600**
	% dentro del total de encuestados	**44,0%**	**38,5%**	**13,3%**	**3,3%**	**0,8%**	**100,0%**

PREGUNTA No. 2

Frente a la siguiente afirmación: "Las Guías de la práctica clínica que orientan la prescripción terapéutica deben seguirse estrictamente y en todos los casos". Usted está: Totalmente de acuerdo, De acuerdo, Parcialmente de acuerdo, En desacuerdo o Totalmente en desacuerdo, el 54.7% de los médicos consideran que las guías deben seguirse estrictamente; el 7.2% no consideran que deben seguirse estrictamente y el 38.2% consideran que se pueden seguir parcialmente. (Tabla 2.8)

Comparando los porcentajes entre seguirlas estrictamente, 54.7%, y seguirlas parcialmente, el 38.2%, se encuentra que hay diferencia estadísticamente significativa a favor de seguirlas estrictamente. (Z=5,730).

Tabla 2.8.- Seguimiento estricto de las guías de práctica clínica

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Totalmente de Acuerdo	148	24,7	24,7
De Acuerdo	180	30,0	54,7
Parcialmente de Acuerdo	229	38,2	92,8
En Desacuerdo	36	6,0	98,8
Totalmente en Desacuerdo	7	1,2	100,0
Total	**600**	**100,0**	**100,0**

Sumando las respuestas Totalmente de acuerdo y De acuerdo, el grupo de encuestados de la COHORTE A, en un 55.7% está de acuerdo en que las guías de la práctica clínica deben seguirse estrictamente; la COHORTE B en el 54.4%. Del otro lado, consideran que no deben seguirse estrictamente el 8.1% de la COHORTE A y el 6.6% de la COHORTE B. Están parcialmente de acuerdo en seguir las guías el 36.2% de la CHORTE A frente al 39.0% de la COHORTE B. En porcentaje, muestran una mayor adherencia al seguimiento de las guías clínicas los médicos más recientemente graduados (COHORTE B), pero la diferencia no es significativa (Z=0.317). (Tabla 2.8)

Tabla 2.9.- Seguimiento estricto de las guías de práctica clínica según antigüedad de graduación

ANTIGÜEDAD DE GRADUACIÓN		Totalmente de Acuerdo	De Acuerdo	Parcialmente de Acuerdo	En Desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo	Total
Anterior al año 2001. COHORTE A	Recuento	71	60	85	15	4	235
	% dentro de Antigüedad graduación	30,2%	25,5%	36,2%	6,4%	1,7%	100,0%
De 2001 en adelante. COHORTE B	Recuento	77	120	141	21	3	362
	% dentro de Antigüedad graduación	21,3%	33,1%	39,0%	5,8%	,8%	100,0%
Total	**Recuento**	**148**	**180**	**226**	**36**	**7**	**597**
	% dentro de Antigüedad graduación	**24,8%**	**30,2%**	**37,9%**	**6,0%**	**1,2%**	**100,0%**

Los médicos generales manifiestan estar Totalmente de acuerdo y De acuerdo en que hay que seguir las guías estrictamente en un 53.1%, mientras que un 58.4% de los especialistas responden en igual sentido. Respuestas En desacuerdo o Totalmente en desacuerdo alcanzan el 7.4% entre médicos generales y el 6.7% entre los especialistas. (Gráfico 2.4)

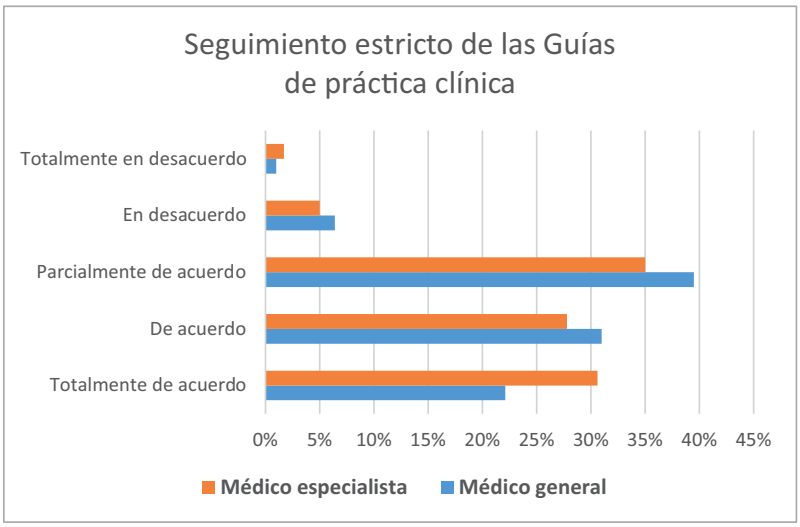


Gráfico 2.4.- Seguimiento estricto de las guías de práctica clínica por categoría: médico general o médico especialista

Aunque los resultados, en porcentaje, señalan que los especialistas muestran mejor adherencia a las guías clínicas, comparados con los médicos generales, al aplicar la prueba de significancia entre los dos grupos, no se encuentra tampoco diferencia real. (Z= -1,18)

PREGUNTA No. 3

¿En la IPS donde labora, en el área de Consulta Externa se restringe la prescripción de medicamentos y solo se pueden formular los que están disponibles en la farmacia de la institución? Usted está: Totalmente de acuerdo, De acuerdo, Parcialmente de acuerdo, En desacuerdo o Totalmente en desacuerdo.

No aplica esta pregunta al 14.8% de los encuestados, por no laborar en el área de consulta externa.

El 25.7% de los médicos respondió totalmente de acuerdo y de acuerdo a la afirmación planteada, por lo que consideran que sí se restringe la prescripción de medicamentos a los disponibles en la farmacia de la institución, el 14.1% lo considera parcialmente y el 60.3% consideran que no hay restricción alguna (En desacuerdo y Totalmente en desacuerdo) para la prescripción de medicamentos, siendo este resultado mayoritario positivo para la libertad de formulación por parte de los profesionales médicos. (Tabla 2.10)

Tabla 2.10.- Restricción para la prescripción de medicamentos en el área de consulta externa de la IPS

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Totalmente de Acuerdo	51	10,0%	8,5
De Acuerdo	80	15,7%	21,8
Parcialmente de Acuerdo	72	14,1%	33,8
En Desacuerdo	172	33,7%	62,5
Totalmente en Desacuerdo	136	26,6%	85,2
Total	**511**	**100,0%**	**100**
NO APLICA	89	14,8%	14,8

Los médicos de la COHORTE A consideran en un 14.8% que sí hay restricción para la prescripción (Totalmente de acuerdo y De acuerdo con la afirmación planteada), mientras que los de la COHORTE B, más jóvenes, plantean dicha restricción en un 31.8%. Esta diferencia es estadísticamente significativa. (Z= -4,197). Hay prescripción libre para la COHORTE A en el 70.9% y en el 54.4% para la COHORTE B; diferencia estadísticamente significativa. (Z= 3,634). Con estos resultados se puede

concluir que los médicos más antiguos consideran que la restricción para la formulación de los medicamentos disponibles en la farmacia de la institución es mucho menor de lo que la consideran los médicos más jóvenes. (Tabla 2.11)

No aplica la pregunta, por no laborar en consulta externa, para el 22.6% de los médicos de la COHORTE A y el 9.7% de la COHORTE B.

Tabla 2.11.- Restricción para la prescripción de medicamentos en el área de consulta externa de la IPS, según antigüedad de graduación

ANTIGÜEDAD DE GRADUACIÓN		Totalmente de Acuerdo	De Acuerdo	Parcialmente de Acuerdo	En Desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo	Total	NO APLICA
Anterior al año 2001. COHORTE A	Recuento	16	11	26	60	69	182	53
	% dentro de Antigüedad graduación	8,8%	6,0%	14,3%	33,%	37,9%	100%	22,6%
De 2001 en adelante. COHORTE B	Recuento	35	69	45	111	67	327	35
	% dentro de Antigüedad graduación	10,7%	21,1%	13,8%	34%	20,5%	100,%	9,7 %
Total	**Recuento**	**51**	**80**	**71**	**171**	**136**	**509**	**88**
	% dentro de Antigüedad graduación	**10,%**	**15,7%**	**13,9%**	**33,6%**	**26,7%**	**100,%**	**14,7%**

Los médicos generales, de consulta externa, consideran en el 30.5% (Totalmente de acuerdo y De acuerdo) que sí hay restricción para la prescripción, mientras que tan sólo un 13.6% de los médicos especialistas señalan dicha restricción. Diferencia estadísticamente significativa. (Z= 3,958). Hay prescripción libre según el 55% de los médicos generales y el 72.1% de los especialistas. Diferencia estadísticamente significativa. (Z= -3,474). Los médicos generales, en síntesis, consideran que la restricción para la formulación de los medicamentos disponibles en la farmacia de la institución es mucho mayor de la que consideran los médicos especialistas, con diferencias estadísticamente significativas. (Tabla 2.12) (Gráfico 2.5)

Tabla 2.12.- Restricción para la prescripción de medicamentos en el área de consulta externa de la IPS, por categoría: médico general o médico especialista

Categoría		Totalmente de Acuerdo	De Acuerdo	Parcialmente de Acuerdo	En Desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo	Total	NO APLICA
Médico general	Recuento	35	76	51	118	84	364	56
	% dentro de la categoría	9,62%	20,88%	14,01%	32,42%	23,08%	100,00%	13,30%
Médico especialista	Recuento	16	4	21	54	52	147	33
	% dentro de la categoría	10,88%	2,72%	14,29%	36,73%	35,37%	100,00%	18,30%
Total	**Recuento**	**51**	**80**	**72**	**172**	**136**	**511**	**89**
	% dentro del total de encuestados	**9,98%**	**15,66%**	**14,09%**	**33,66%**	**26,61%**	**100,00%**	**14,80%**

No aplica la pregunta, por no laborar en el área de consulta externa, para el 13.3% de los médicos generales y el 18.3% de los médicos especialistas.

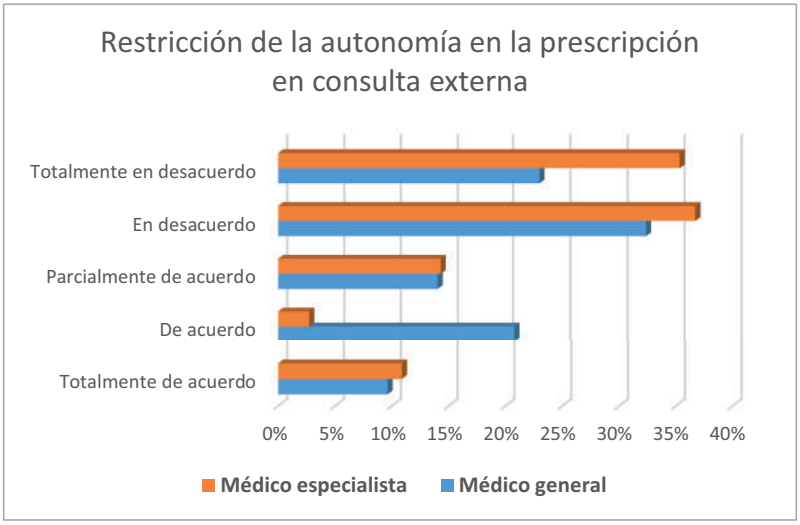


Gráfico 2.5.- Restricción de medicamentos en el área de consulta externa de la IPS, por categoría: médico general y médico especialista

PREGUNTA No. 4

¿En la IPS donde labora, en el área de Hospitalización se restringe la prescripción de medicamentos y solo se pueden formular los que están disponibles en la farmacia de la institución? Usted está: totalmente de acuerdo, de acuerdo, parcialmente de acuerdo, en desacuerdo o totalmente en desacuerdo.

No aplica esta pregunta al 54.2% de los médicos encuestados, pues ellos no trabajan en el área de hospitalización. Dentro de los que si laboran en hospitalización, el 32.3% consideran que si les está restringida la prescripción (Totalmente de acuerdo y De acuerdo), mientras el 51.2% responden que no hay restricción para la formulación (En desacuerdo y Totalmente en desacuerdo), siendo esta afirmación mayoritaria. (Tabla 2.13)

Tabla 2.13.- Restricción para la prescripción de medicamentos en el área de hospitalización de la IPS.

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Totalmente de Acuerdo	27	9,8%	4,5
De Acuerdo	62	22,5%	14,8
Parcialmente de Acuerdo	45	16,4%	22,3
En Desacuerdo	68	24,7%	33,7
Totalmente en Desacuerdo	73	26,5%	45,8
Total	**275**	**100,0%**	**100**
NO APLICA	325	54,2%	54,2

Los médicos hospitalarios de la COHORTE A consideran en un 19.6% que se restringe la formulación (Totalmente de acuerdo y De acuerdo), mientras que los médicos hospitalarios de la COHORTE B consideran en un 40.7% se restringe la formulación, diferencia claramente significativa.

El 65.4% de los médicos hospitalarios de la COHORTE A consideran que no hay restricción para la formulación de medicamentos (En desacuerdo y Totalmente en desacuerdo), contra un 42.5% de los médicos hospitalarios de la COHORTE B, diferencia estadísticamente significativa. *(Z= 3,701).*

En conclusión, los médicos graduados con anterioridad al año 2001, señalan en mayor porcentaje que no hay restricción para la formulación de medicamentos en el área hospitalaria de la institución. (Tabla 2.14)

Tabla 2.14.- Restricción para la prescripción de medicamentos en el área de hospitalización de la IPS, según antigüedad de graduación

ANTIGÜEDAD DE GRADUACIÓN		Totalmente de Acuerdo	De Acuerdo	Parcialmente de Acuerdo	En Desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo	Total	NO APLICA
Anterior al año 2001. COHORTE A	Recuento	11	10	16	32	38	107	128
	% dentro de antigüedad graduación	10,3%	9,3%	14,9%	29,9%	35,5%	100%	54,5%
De 2001 en adelante. COHORTE B	Recuento	16	52	28	36	35	167	195
	% dentro de antigüedad graduación	9,6%	31,1%	16,8%	21,6%	21%	100%	53,9%
Total	**Recuento**	**27**	**62**	**44**	**68**	**73**	**274**	**323**
	% dentro de antigüedad graduación	**9,8%**	**22,6%**	**16,1%**	**24,8%**	**26,6%**	**100%**	**54,1%**

Al contrario, un 35.7% de los médicos generales que laboran en el área hospitalaria consideran que se restringe la formulación (Totalmente de acuerdo y De acuerdo), mientras que tan sólo un 25.8% de los médicos especialistas-hospitalarios señalan tal restricción.

Por otra parte, un 47.8% de los médicos generales responden que no hay restricción para la formulación de medicamentos (En desacuerdo y Totalmente en desacuerdo), así como el 58.1% de los médicos especialistas. A pesar que, en un mayor porcentaje, los médicos especialistas opinan que no hay restricción para la formulación de medicamentos en el área hospitalaria de la institución, al compararlo con las respuestas de los médicos generales, la diferencia no es estadísticamente significativa (Z= -1,610). (Tabla 2.15)

Tabla 2.15.- Restricción para la prescripción de medicamentos en el área de hospitalización de la IPS, según antigüedad de graduación, por categoría: médico general o médico especialista

Categoría		Totalmente de Acuerdo	De Acuerdo	Parcialmente de Acuerdo	En Desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo	Total	NO APLICA
Médico general	Recuento	14	51	30	39	48	182	238
	% dentro de la categoría	7,7%	28%	16,5%	21,4%	26,4%	100%	56,7%

Continúa en la página siguiente ►

▶ *Viene de la página anterior*

Categoría		Totalmente de Acuerdo	De Acuerdo	Parcialmente de Acuerdo	En Desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo	Total	NO APLICA
Médico especialista	Recuento	13	11	15	29	25	93	87
	% dentro de la categoría	14%	11,8%	16,1%	31,2%	26,9%	100%	48,3%
Total	**Recuento**	**27**	**62**	**45**	**68**	**73**	**275**	**325**
	% dentro del total de encuestados	**9,8%**	**22,5%**	**16,4%**	**24,7%**	**26,5%**	**100%**	**54,2%**

PREGUNTA No. 5

¿En la práctica clínica, la publicidad y mercadeo de la industria farmacéutica influye en la prescripción de medicamentos? usted está: totalmente de acuerdo, de acuerdo, parcialmente de acuerdo, en desacuerdo o totalmente en desacuerdo.

En el grupo total de médicos encuestados, un 36.9% considera que la publicidad y mercadeo de la industria farmacéutica sí influye en la prescripción de medicamentos (Totalmente de acuerdo y De acuerdo); por el contrario, el 36% considera que no influye en la formulación (En desacuerdo y Totalmente en desacuerdo). Estos porcentajes, muy similares, evidencian un equilibrio entre las respuestas afirmativas y negativas.

Sin embargo, si a los resultados de Totalmente de acuerdo, De acuerdo se suman las respuestas Parcialmente de acuerdo, el porcentaje sube al 64.1% y este resultado comparado con los resultados en desacuerdo y totalmente en desacuerdo, del 35.9%, se señalaría una diferencia significativa a favor de la influencia de la industria farmacéutica en la prescripción de medicamentos. *(Z= 9,699).* (Tabla 2.16)

Tabla 2.16.- Influencia de la industria farmacéutica en la prescripción de medicamentos

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Totalmente de Acuerdo	73	12,2	12,2
De Acuerdo	148	24,7	36,8
Parcialmente de Acuerdo	163	27,2	64,0
En Desacuerdo	155	25,8	89,8
Totalmente en Desacuerdo	61	10,2	100,0
Total	**600**	**100,0**	**100,0**

En la COHORTE A, el 36.6% considera que la publicidad y mercadeo de la industria farmacéutica sí influye en la prescripción de medicamentos (Totalmente de acuerdo y De acuerdo), y en la COHORTE B responde afirmativamente similar proporción. Así mismo, en la COHORTE A, el 37.0% considera que la publicidad y mercadeo de la industria farmacéutica no influye en la prescripción de medicamentos (En desacuerdo y Totalmente en desacuerdo), mientras que en la COHORTE B el 35.3% considera que no influye en la prescripción de medicamentos. Hasta este punto, los conceptos entre las dos cohortes son casi iguales, sin diferencias importantes en las apreciaciones sobre la influencia de la publicidad y el mercadeo de la industria farmacéutica para la prescripción médica.

Como quiera que responden también Parcialmente de acuerdo con la influencia el 24.7% de los médicos de la COHORTE A y el 26.5% de la COHORTE B, si se suman estos resultados a los porcentajes de respuestas Totalmente de acuerdo y De acuerdo, el acumulado sube a 63.0% para la COHORTE A y 64.6% para la COHORTE B. Estos porcentajes acumulados indicarían que los dos grupos reconocen mayoritariamente la influencia de la industria farmacéutica en la prescripción, aunque no haya diferencia significativa entre las cohortes. (Tabla 2.17)

Tabla 2.17.- Influencia de la industria farmacéutica en la prescripción de medicamentos, según antigüedad de graduación

ANTIGÜEDAD DE GRADUACIÓN		Totalmente de Acuerdo	De Acuerdo	Parcialmente de Acuerdo	En Desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo	Total
Anterior al año 2001. COHORTE A	Recuento	35	51	62	58	29	235
	% dentro de Antigüedad graduación	14,9%	21,7%	26,4%	24,7%	12,3%	100,0%
De 2001 en adelante. COHORTE B	Recuento	37	96	101	96	32	362
	% dentro de Antigüedad graduación	10,2%	26,5%	27,9%	26,5%	8,8%	100,0%
Total	**Recuento**	**72**	**147**	**163**	**154**	**61**	**597**
	% dentro de Antigüedad graduación	**12,1%**	**24,6%**	**27,3%**	**25,8%**	**10,2%**	**100,0%**

Igualmente, teniendo en cuenta la categoría de médico general y especialista, si se suman los porcentajes de respuestas Parcialmente, a los que respondieron Totalmente de acuerdo y De acuerdo, el porcentaje de respuestas afirmativas alcanzaría 65% para los médicos generales y 64.1% para los especialistas. Comparando con las

respuestas de los dos grupos relacionado con la NO influencia de la industria, del 35% para generales y del 35.9% para especialistas, y aplicando pruebas de significancia a los porcentajes integrados de los dos grupos, se encuentra una diferencia significativa a favor de la influencia de la industria farmacéutica en la prescripción de medicamentos. (Z= 9,699). (Tabla 2.18) (Gráfico 2.6)

Tabla 2.18.- Influencia de la industria farmacéutica en la prescripción de medicamentos, por categoría: médico general o médico especialista

Categoría		Totalmente de Acuerdo	De Acuerdo	Parcialmente de Acuerdo	En Desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo	Total
Médico general	Recuento	51	105	117	109	38	420
	% dentro de la categoría	12,1%	25,0%	27,9%	26,0%	9,0%	100,0%
Médico especialista	Recuento	22	43	46	46	23	180
	% dentro de la categoría	12,2%	23,9%	25,6%	25,6%	12,8%	100,0%
Total	Recuento	**73**	**148**	**163**	**155**	**61**	**600**
	% dentro del total de encuestados	**12,2%**	**24,7%**	**27,2%**	**25,8%**	**10,2%**	**100,0%**

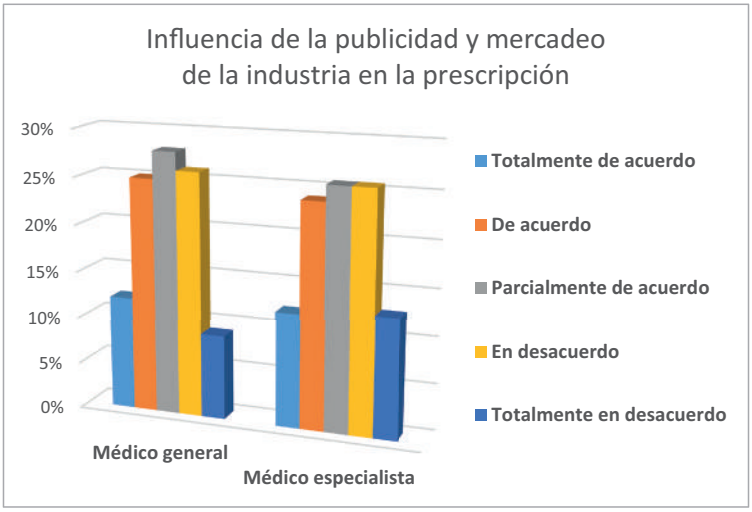


Gráfico 2.6.- Influencia de la industria farmacéutica en la prescripción de medicamentos, por categoría: médico general o médico especialista

PREGUNTA No. 6

"Los pacientes consideran que si se les formula tres o menos medicamentos, están mal formulados". Con esta afirmación, usted está: Totalmente de Acuerdo, De Acuerdo, Parcialmente de Acuerdo, En Desacuerdo o Totalmente en Desacuerdo.

El 52.5% de los facultativos encuestados consideran que los pacientes no se sienten mal formulados si se les prescriben menos de tres medicamentos (En desacuerdo y Totalmente en desacuerdo); mientras que solo el 27.0% opina que los pacientes se sienten mal formulados si se les prescriben menos de tres medicamentos (Totalmente de acuerdo y De acuerdo). Predomina ampliamente el concepto de que no importa formular 3 o menos medicamentos a los pacientes, pues hay aceptación por parte de los consultantes. (Tabla 2.19)

Tabla 2.19.- Los pacientes se sienten mal formulados si se les prescriben tres o menos medicamentos

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Totalmente de Acuerdo	62	10,3	10,3
De Acuerdo	100	16,7	27,0
Parcialmente de Acuerdo	123	20,5	47,5
En Desacuerdo	233	38,8	86,3
Totalmente en Desacuerdo	82	13,7	100,0
Total	**600**	**100,0**	**100,0**

Por cohortes de antigüedad de graduación, la opinión no es unánime, pues la COHORTE A valora en el 65.1% que no importa formular tres o menos medicamentos (En desacuerdo y Totalmente en desacuerdo), mientras que la COHORTE B solo aprecia esta afirmación en el 44.2%; esta diferencia es estadísticamente significativa. *(Z= 4,997).* Por otro lado, un 33.7% de los médicos de la COHORTE B, más jóvenes, afirman que SI consideran que tres o menos medicamentos son considerados por parte de los pacientes como mala prescripción (Totalmente de acuerdo y De acuerdo), siendo esta repuesta solo seleccionada por el 16.6% de los médicos de la COHORTE A.

Si se suman las respuestas Parcialmente, a las respuestas Totalmente de acuerdo y De acuerdo, los médicos más recientemente graduados, COHORTE A, consideran que el paciente no aprecia la formulación si esta es de tres o menos medicamentos, en un 55.8%, comparado con un 34.9% de los más antiguos, COHORTE B, diferencia estadísticamente significativa. (Z= -4,997). (Tabla 2.20)

Tabla 2.20.- Los pacientes se sienten mal formulados si se les prescriben tres o menos medicamentos, según antigüedad de graduación

ANTIGÜEDAD DE GRADUACIÓN		Totalmente de Acuerdo	De Acuerdo	Parcialmente de Acuerdo	En Desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo	Total
Anterior al año 2001. COHORTE A	Recuento	13	26	43	109	44	235
	% dentro de Antigüedad graduación	5,5%	11,1%	18,3%	46,4%	18,7%	100,0%
De 2001 en adelante. COHORTE B	Recuento	48	74	80	123	37	362
	% dentro de Antigüedad graduación	13,3%	20,4%	22,1%	34,0%	10,2%	100,0%
Total	**Recuento**	**61**	**100**	**123**	**232**	**81**	**597**
	% dentro de Antigüedad graduación	**10,2%**	**16,8%**	**20,6%**	**38,9%**	**13,6%**	**100,0%**

Los especialistas consideran que los pacientes no se sienten mal formulados con prescripciones de tres o menos medicamentos en un 67.8%, mientras que entre los médicos generales esta apreciación llega solo alcanza el 46.0%. Al contrario, los médicos generales consideran que los pacientes aprecian como mala formulación una prescripción de tres o menos medicamentos en un 33.4%; mientras que los especialistas solo la aprecian en el 12.2%. Diferencia estadísticamente significativa. (Z=5,337).

Sumando las respuestas de Parcialmente, Totalmente de acuerdo y De acuerdo, los médicos generales consideran, en un 54.1%, que si formulan tres o menos medicamentos los pacientes se sienten mal formulados, mientras que los médicos especialistas lo consideran solamente en el 32.2%. Diferencia estadísticamente significativa. (Z= 4,905). (Tabla 2-21) (Gráfico 2.7)

Tabla 2.21.- Los pacientes se sienten mal formulados si se les prescriben tres o menos medicamentos, por categoría: médico general o médico especialista

Categoría		Totalmente de Acuerdo	De Acuerdo	Parcialmente de Acuerdo	En Desacuerdo	Totalmente en Desacuerdo	Total
Médico general	Recuento	57	83	87	151	42	420
	% dentro de la categoría	13,6%	19,8%	20,7%	36,0%	10,0%	100,0%
Médico especialista	Recuento	5	17	36	82	40	180
	% dentro de la categoría	2,8%	9,4%	20,0%	45,6%	22,2%	100,0%
Total	**Recuento**	**62**	**100**	**123**	**233**	**82**	**600**
	% dentro del total de encuestados	**10,3%**	**16,7%**	**20,5%**	**38,8%**	**13,7%**	**100,0%**

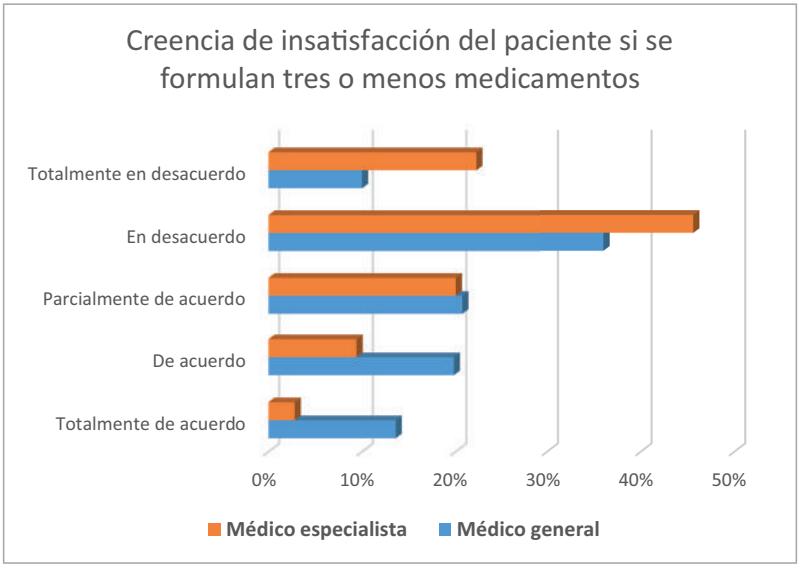


Gráfico 2.7.- Los pacientes se sienten mal formulados si se les prescriben tres o menos medicamentos, por categoría: médico general o médico especialista

En conclusión, los médicos especialistas no consideran mayoritariamente que una formulación de tres o menos medicamentos sea apreciada como desfavorable

por los pacientes. En alguna medida, estas diferencias en la respuesta de los especialistas y de los médicos de mayor edad, señalan mayor seguridad en la formulación frente a los médicos generales y más jóvenes.

En la encuesta a los usuarios, cabe recordar, estos señalan en su mayoría que no requieren tantos medicamentos para sentirse bien atendidos e, igualmente, la mayoría considera que los médicos formulan más medicamentos de los necesarios. Sólo una minoría asegura sentirse mal atendida si le formulan tres o menos medicamentos.

PREGUNTA No. 7

En cuanto a la actualización técnico científica en el campo de los medicamentos, señale las dos fuentes de información más frecuentemente por usted utilizadas.

- Consultas por internet,
- Sitio Web del INVIMA,
- Revistas médicas especializadas,
- Congresos médicos,
- Información por otros colegas,
- Vademecum,
- Comité de Farmacia y Terapéutica de la IPS/ESE,
- Otra.

Las dos principales fuentes de información para la actualización en el campo de los medicamentos resultaron las Consultas por Internet, con el 49.5% y la consulta del Vademecum, con el 48.8%. La de menor frecuencia correspondió al Comité de Farmacia y terapéutica de la institución, lo que implica una revisión del papel del Comité y la participación colegiada de la comunidad médica. Igualmente vale resaltar la baja consulta del sitio web del INVIMA con tan solo el 8.8% de visitas. (Tabla 2.22)

Tabla 2.22.- Fuentes de información científica en el campo de los medicamentos

Actualización y fuentes de información	a. Consultas por internet	b. Sitio web del INVIMA	c. Revistas médicas especializadas	d. Congresos médicos	e. Información por otro(s) colega(s)	f. Vademecum	g. Comité de Farmacia y terapéutica de la IPS/ESE	h. Otra
Frecuencia	297	53	234	229	44	293	32	216
Porcentaje	49,5	8,8	39,0	38,2	7,3	48,8	5,3	36,0

Respecto a los facultativos que señalan utilizar las consultas por Internet, un importante número refiere sitios tan generales como "Google" (30%), o vademécum (10%), contra porcentajes menores del 3% en sitios especializados como Medline, Medscape o Pubmed. En revistas, el New England Journal of Medicine resulta la más referenciada, por cerca del 10% de los médicos.

PREGUNTA No. 8

En lo referente a los visitadores médicos de las diferentes casas farmacéuticas, en el sitio de su trabajo ¿Usted recibe dichas visitas en las horas laborales?: Siempre, Algunas veces, No los recibo, No están permitidas en la IPS.

Un 20.5% de los médicos encuestados sostiene que no están permitidos los visitadores médicos en la Institución donde laboran.

Un 49.5% de los médicos recibe las visitas de las empresas farmacéuticas, si se suman las respuestas de aquellos que reciben los visitadores médicos siempre, con los que afirman recibirla algunas veces, porcentaje muy superior al 30% que manifiesta no recibirlos. Este resultado evidencia que la industria farmacéutica, a través del visitador médico, sigue teniendo influencia sobre la formulación de un porcentaje importante de facultativos. (Tabla 2.23)

Tabla 2.23.- Recibe a los visitadores médicos en horas laborales

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Siempre	91	15,2	15,2
Algunas veces	206	34,3	49,5
No los recibo	180	30,0	79,5
No están permitidas en la IPS	123	20,5	100,0
Total	**600**	**100,0**	**100,0**

Los médicos de la COHORTE A afirman que reciben las entrevistas de los visitadores médicos siempre o algunas veces, en un 57%, mientras que los de la COHORTE B lo afirman en el 45%. Diferencia estadísticamente significativa. Es decir, plantea menos dificultad de recibir visitas médicas el profesional con mayor tiempo de antigüedad en el ejercicio. (Tabla 2.24) (Gráfico 2.8)

Tabla 2.24.- Recibe a los visitadores médicos en horas laborales, según antigüedad de graduación

ANTIGÜEDAD DE GRADUACIÓN		Siempre	Algunas veces	No los recibo	No están permitidas en la IPS	Total
Anterior al año 2001. COHORTE A	Recuento	54	80	60	41	235
	% dentro de Antigüedad graduación	23,0%	34,0%	25,5%	17,4%	100,%
De 2001 en adelante. COHORTE B	Recuento	37	126	117	82	362
	% dentro de Antigüedad graduación	10,2%	34,8%	32,3%	22,7%	100,%
Total	**Recuento**	**91**	**206**	**177**	**123**	**597**
	% dentro de Antigüedad graduación	**15,2%**	**34,5%**	**29,6%**	**20,6%**	**100,%**

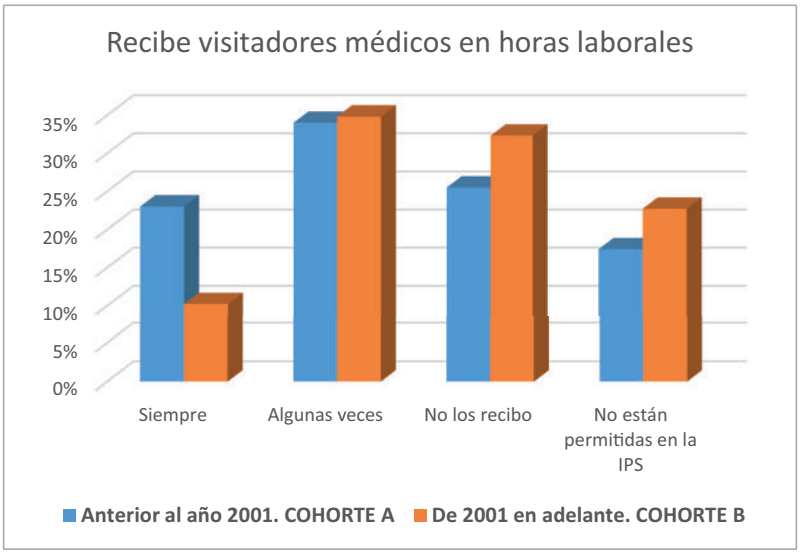


Gráfico 2.8.- Recibe a los visitadores médicos en horas laborales, según antigüedad de graduación

Las Instituciones donde laboran los médicos generales prohíben la visita médica en el 24.5%; mientras que aquellas donde laboran los especialistas solo la restringen en el 11.1%, diferencia estadísticamente significativa. (Z= 3,729).

Los especialistas reciben en mayor proporción a los visitadores médicos (58.3% responden Siempre y Algunas veces), que los médicos generales (45.7%), diferencia que también resulta estadísticamente significativa. (Z= -2,833). (Tabla 2.25)

Tabla 2.25.- Recibe a los visitadores médicos en horas laborales, por categoría: médico general o médico especialista

Categoría		Siempre	Algunas veces	No los recibo	No están permitidas en la IPS	Total
Médico general	Recuento	56	136	125	103	420
	% dentro de la categoría	13,3%	32,4%	29,8%	24,5%	100,0%
Médico especialista	Recuento	35	70	55	20	180
	% dentro de la categoría	19,4%	38,9%	30,6%	11,1%	100,0%
Total	**Recuento**	**91**	**206**	**180**	**123**	**600**
	% dentro del total de encuestados	**15,2%**	**34,3%**	**30,0%**	**20,5%**	**100,0%**

PREGUNTA No. 9

Según su opinión, la prescripción de medicamentos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud está condicionada principalmente por: Intereses de las EPS; Intereses de las IPS; Incentivos de la Industria Farmacéutica; Listado de medicamentos del POS; Por los distribuidores de los medicamentos.

Según la apreciación de la totalidad de los médicos encuestados, la principal limitante para la prescripción de medicamentos es asignada al "Listado de medicamentos del POS", con un 64.8%, seguida de los "Intereses de las EPS" con el 28.8%. La suma de estas dos categorías llega al 93.6% de las limitantes o condicionantes de la prescripción. (Tabla 2.26) (Gráfico 2.9)

Tabla 2.26.- Condicionantes de la prescripción de medicamentos en el SGSSS

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Intereses de las EPS	173	28,8	28,8
Intereses de la IPS	16	2,7	31,5
Incentivos de la industria farmacéutica	15	2,5	34,0
Listado de medicamentos del POS	389	64,8	98,8
Por los distribuidores de medicamentos	7	1,2	100,0
Total	**600**	**100,0**	**100,0**

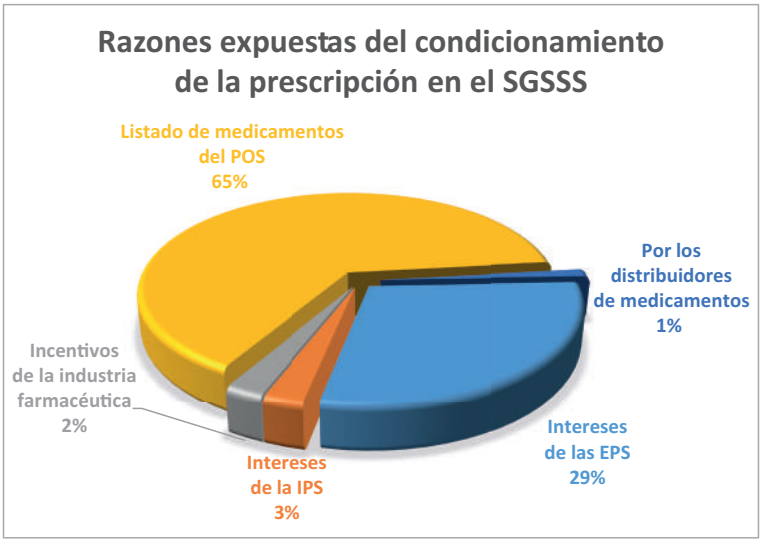


Gráfico 2.9.- Condicionantes de la prescripción de medicamentos en el SGSSS

Según antigüedad de la graduación de los médicos, las cohortes consideran de una forma muy similar los limitantes para la formulación de medicamentos: la COHORTE A atribuye el 67.2% y la COHORTE B el 63.5% al "Listado de medicamentos del POS", diferencia estadísticamente no significativa. (Z= 0,925). Igualmente, señalan en similar proporción como condicionante de la prescripción a "Intereses de la EPS", la COHORTE A con el 28.5% y la COHORTE B con el 28.7%.

Tabla 2.27.- Condicionantes de la prescripción de medicamentos en el SGSSS, según antigüedad de graduación

ANTIGÜEDAD DE GRADUACIÓN		Intereses de las EPS	Intereses de la IPS	Incentivos industria farmacéutica	Listado de medicamentos del POS	Por los distribuidores de medicamentos	Total
Anterior al año 2001. COHORTE A	Recuento	67	6	4	158	0	235
	% dentro de Antigüedad graduación	28,5%	2,6%	1,7%	67,2%	0,0%	100,%
De 2001 en adelante. COHORTE B	Recuento	104	10	11	230	7	362
	% dentro de Antigüedad graduación	28,7%	2,8%	3,0%	63,5%	1,9%	100,%

Continúa en la página siguiente ►

▶ *Viene de la página anterior*

ANTIGÜEDAD DE GRADUACIÓN		Intereses de las EPS	Intereses de la IPS	Incentivos industria farmacéutica	Listado de medicamentos del POS	Por los distribuidores de medicamentos	Total
Total	**Recuento**	**171**	**16**	**15**	**388**	**7**	**597**
	% dentro de Antigüedad graduación	**28,6%**	**2,7%**	**2,5%**	**65,0%**	**1,2%**	**100,%**

Los médicos generales consideran que el "Listado de medicamentos del POS" es la mayor limitante para la formulación en el 66.4%, porcentaje que es mayor al que manifiestan los especialistas, 61.1%, pero esta diferencia no es estadísticamente significativa. (Z= 1,250). Por otra parte, los "Intereses de la EPS" son referidos en mayor proporción por los especialistas (34.4%) que por los médicos generales (26.4%), diferencia esta sí estadísticamente significativa. (Z= -1,986).

Tabla 2.28.- Condicionantes de la prescripción de medicamentos en el SGSSS, por categoría: médico general o médico especialista

Categoría		Intereses de las EPS	Intereses de la IPS	Incentivos industria farmacéutica	Listado de medicamentos del POS	Por los distribuidores de medicamentos	Total
Médico general	Recuento	111	11	12	279	7	420
	% dentro de la categoría	26,4%	2,6%	2,9%	66,4%	1,7%	100,%
Médico especialista	Recuento	62	5	3	110	0	180
	% dentro de la categoría	34,4%	2,8%	1,7%	61,1%	0,0%	100,%
Total	**Recuento**	**173**	**16**	**15**	**389**	**7**	**600**
	% dentro del total de encuestados	**28,8%**	**2,7%**	**2,5%**	**64,8%**	**1,2%**	**100,%**

PREGUNTA No. 10

En el momento del acto médico para la formulación terapéutica recomendada al paciente, señale la principal razón por la que usted selecciona el medicamento: Sugerencia del laboratorio farmacéutico; Menor costo del medicamento; Efectos secundarios del medicamento; Eficacia del medicamento; Exigencia de los pacientes; Estado general del paciente.

Sobre la razón principal para la selección del medicamento a formular, el 83.8% de los médicos afirmo que es la eficacia del medicamento, seguida por el estado general del paciente con el 12.8%. (Tabla 2.29).

Tabla 2.29.- Principal razón por la que usted selecciona el medicamento

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Sugerencias del laboratorio farmacéutico	1	0,2	0,2
Menor costo del medicamento	5	0,8	1,0
Efectos secundarios del medicamento	9	1,5	2,5
Eficacia del medicamento	503	83,8	86,3
Exigencias de los pacientes	5	0,8	87,2
Estado general del paciente	77	12,8	100,0
Total	**600**	**100,0**	**100,0**

Los médicos de la COHORTE A consideran la eficacia del medicamento como la razón principal de la prescripción en el 88.1%; comparados con los de la COHORTE B que la señalan en un 81.2%; diferencia estadísticamente significativa. (Z= 2,232). Los médicos más recientemente graduados tienen también en cuenta el estado general del paciente para la formulación, 14.9%, mientras que los más antiguos solo la consideran en el 9.8%. (Tabla 2.30)

Tabla 2.30.- Principal razón por la que usted selecciona el medicamento, según antigüedad de graduación

ANTIGÜEDAD DE GRADUACIÓN		Sugerencia del laboratorio farmacéutico	Menor costo del medicamento	Efectos secundarios del medicamento	Eficacia del medicamento	Exigencias de los pacientes	Estado general del paciente	Total
Anterior al año 2001. COHORTE A	Recuento	0	1	2	207	2	23	235
	% dentro de Antigüedad graduación	0,0%	0,4%	0,9%	88,1%	0,9%	9,8%	100,0%
De 2001 en adelante. COHORTE B	Recuento	1	4	6	294	3	54	362
	% dentro de Antigüedad graduación	0,3%	1,1%	1,7%	81,2%	0,8%	14,9%	100,0%

Continúa en la página siguiente ►

▶ *Viene de la página anterior*

ANTIGÜEDAD DE GRADUACIÓN		Sugerencia del laboratorio farmacéutico	Menor costo del medicamento	Efectos secundarios del medicamento	Eficacia del medicamento	Exigencias de los pacientes	Estado general del paciente	Total
Total	**Recuento**	**1**	**5**	**8**	**501**	**5**	**77**	**597**
	% dentro de Antigüedad graduación	**0,2%**	**0,8%**	**1,3%**	**83,9%**	**0,8%**	**12,9%**	**100,0%**

Los médicos especialistas responden mayoritariamente que, para la selección del medicamento a formular, lo importante es la eficacia del mismo, en un 91.1%, mientras que un 80.7% de los médicos generales responde de la misma forma, diferencia estadísticamente significativa. (Z= -3,170). El estado general del paciente es considerado por el 15.7% de los médicos generales y solamente por el 6.1% de los especialistas, diferencia estadísticamente significativa. (Z= 3,222). (Tabla 2.31)

Tabla 2.31.- Principal razón por la que usted selecciona el medicamento, según antigüedad de graduación, por categoría: médico general o médico especialista

Categoría		Sugerencia del laboratorio farmacéutico	Menor costo del medicamento	Efectos secundarios del medicamento	Eficacia del medicamento	Exigencias de los pacientes	Estado general del paciente	Total
Médico general	Recuento	1	4	6	339	4	66	420
	% dentro de la categoría	0,2%	1,0%	1,4%	80,7%	1,0%	15,7%	100,0%
Médico especialista	Recuento	0	1	3	164	1	11	180
	% dentro de la categoría	0,0%	0,6%	1,7%	91,1%	0,6%	6,1%	100,0%
Total	Recuento	**1**	**5**	**9**	**503**	**5**	**77**	**600**
	% dentro del total de encuestados	**0,2%**	**0,8%**	**1,5%**	**83,8%**	**0,8%**	**12,8%**	**100,0%**

PREGUNTA No. 11

Diga si es diferente la formulación entre los siguientes regímenes: a. Medicina Pre-pagada vs. Pacientes del Régimen Contributivo; b. Pacientes del Régimen Contributivo vs. Pacientes del Régimen Subsidiado.

El 69.3% de los médicos manifiesta que existe diferencia entre lo que se le formula a un usuario afiliado a Medicina Pre-pagada frente a un usuario del Régimen Contributivo, contra el 30.7% que afirma que no hay diferencia. Igualmente la respuesta afirmativa es mayormente positiva, 57.3% en el sentido de que existe diferencia en la formulación entre afiliados al Régimen Contributivo y afiliados al Régimen Subsidiado, contra un 42.7% de los facultativos que afirman que no es diferente. Diferencia estadísticamente significativa, a pesar del que el POS y los medicamentos son los mismos para los dos Regímenes. (Z= 5,080). (Tabla 2.32)

Tabla 2.32.- Diferencia en la formulación entre regímenes

	Diga si es diferente la formulación entre los siguientes regímenes: a. Pacientes de Medicina Pre pagada vs. Pacientes del Régimen Contributivo			Diga si es diferente la formulación entre los siguientes regímenes: a. Pacientes del Régimen Contributivo vs. Pacientes del Régimen Subsidiado		
	Si	No	Total	Si	No	Total
Frecuencia	416	184	600	256	344	600
Porcentaje	**69,3%**	**30,7%**	**100,0%**	**42,7%**	**57,3%**	**100,0%**

Si se analiza la diferencia por fecha de graduación, con relación a la pregunta sobre diferencia en la formulación entre afiliados a medicina Pre-pagada y afiliados al Régimen Contributivo, los médicos de la COHORTE B consideran que si existe diferencia en un 70.4%, mientras que los de la COHORTE A responden positivamente en un 67.7%, diferencia estadísticamente no significativa. (Z= -0,720). Ahora bien, en cuanto a diferencias en la formulación comparando los regímenes Contributivo y Subsidiado, el 62.1% de los médicos de la COHORTE A consideran que NO hay diferencia, mientras que sólo el 54.7% de los de la COHORTE B opinan de igual forma. La diferencia tampoco es significativa. (Z= 1,795). (Tabla 2.33)

Tabla 2.33.- Diferencia en la formulación entre regímenes, según antigüedad de graduación

ANTIGÜEDAD DE GRADUACIÓN		Diga si es diferente la formulación entre los siguientes regímenes: a. Pacientes de Medicina Pre pagada vs. Pacientes del Régimen Contributivo			Diga si es diferente la formulación entre los siguientes regímenes: a. Pacientes del Régimen Contributivo vs. Pacientes del Régimen Subsidiado		
		Si	No	Total	Si	No	Total
Anterior al año 2001. COHORTE A	Recuento	159	76	235	89	146	235
	% dentro de Antigüedad graduación	67,7%	32,3%	100,0%	37,9%	62,1%	100,0%
De 2001 en adelante. COHORTE B	Recuento	255	107	362	164	198	362
	% dentro de Antigüedad graduación	70,4%	29,6%	100,0%	45,3%	54,7%	100,0%

Continúa en la página siguiente ►

▶ *Viene de la página anterior*

ANTIGÜEDAD DE GRADUACIÓN		Diga si es diferente la formulación entre los siguientes regímenes: a. Pacientes de Medicina Pre pagada vs. Pacientes del Régimen Contributivo			Diga si es diferente la formulación entre los siguientes regímenes: a. Pacientes del Régimen Contributivo vs. Pacientes del Régimen Subsidiado		
		Si	No	Total	Si	No	Total
Total	Recuento	414	183	597	253	344	597
	% dentro de Antigüedad graduación	69,3%	30,7%	100,0%	42,4%	57,6%	100,0%

Los médicos generales afirman, en mayor proporción que los médicos especialistas, que Sí existe diferencia en la formulación de pacientes de medicina Pre-pagada y pacientes del Régimen Contributivo: 70% vs 67.8%, pero la diferencia no es significativa. (Z= 0,540). Igualmente los generales consideran en el 43.6% que si hay diferencia en la formulación de pacientes del Régimen Contributivo y del Régimen Subsidiado, mientras los especialistas lo afirman en el 40.6% de los casos, diferencia que tampoco resulta significativa. (Z= 0,684). Lo que se puede afirmar es que estos porcentajes de respuestas que indican diferente formulación a los afiliados del Régimen Contributivo y del Subsidiado son inesperadamente altos en ambos grupos, considerando que el manual de medicamentos del POS es el mismo para los dos regímenes. (Tabla 2.34) (Gráficos 2.10 y 2.11)

Tabla 2.34.- Diferencia en la formulación entre regímenes, por categoría: médico general o médico especialista

CATEGORÍA		Diga si es diferente la formulación entre los siguientes regímenes: a. Pacientes de Medicina Pre pagada vs. Pacientes del Régimen Contributivo			Diga si es diferente la formulación entre los siguientes regímenes: a. Pacientes del Régimen Contributivo vs. Pacientes del Régimen Subsidiado		
		Si	No	Total	Si	No	Total
Médico general	Recuento	294	126	420	183	237	420
	% dentro de la categoría	70,0%	30,0%	100,0%	43,6%	56,4%	100,0%
Médico especialista	Recuento	122	58	180	73	107	180
	% dentro de la categoría	67,8%	32,2%	100,0%	40,6%	59,4%	100,0%
Total	Recuento	416	184	600	256	344	600
	% dentro del total de encuestados	69,3%	30,7%	100,0%	42,7%	57,3%	100,0%

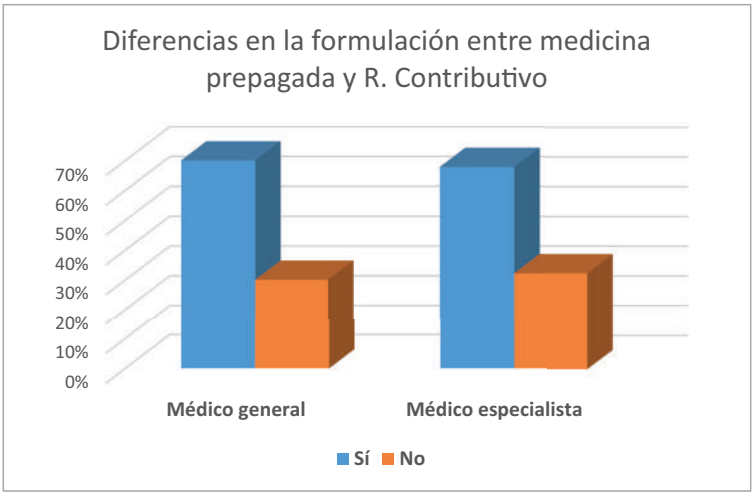


Gráfico 2.10.- Diferencia en la formulación entre medicina pre-pagada y régimen contributivo, por categoría: médico general o médico especialista

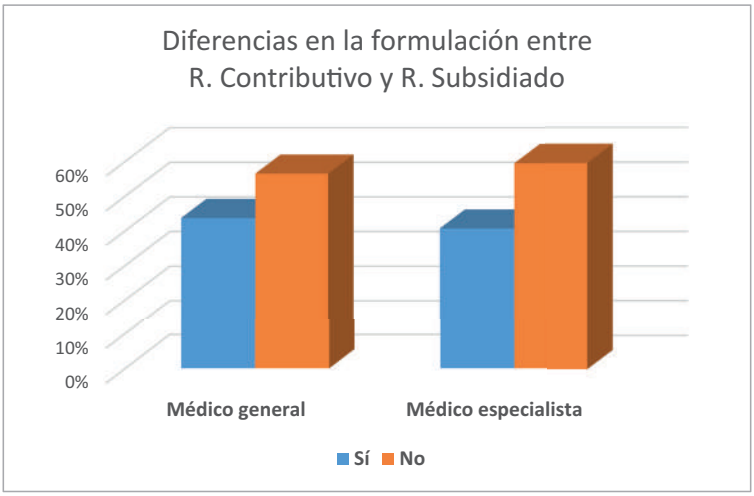


Gráfico 2.11.- Diferencia en la formulación entre régimen contributivo y régimen subsidiado, por categoría: médico general o médico especialista

PREGUNTA No. 12

En la práctica diaria ¿Usted prescribe medicamentos que están por fuera del Plan Obligatorio de Salud POS?: Siempre; Casi siempre; Ocasionalmente; Nunca.

En cuanto a la formulación de medicamentos por fuera del POS, los médicos afirman que lo realizan ocasionalmente en el 69.3%, pero un 25.3% señala que lo hacen

siempre o casi siempre. Tan sólo un 5.3% de los facultativos responde que nunca prescribe estos medicamentos. (Tabla 2.35)

Tabla 2.35.- Prescripción de medicamentos fuera del POS

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Siempre	39	6,5	6,5
Casi siempre	113	18,8	25,3
Ocasionalmente	416	69,3	94,7
Nunca	32	5,3	100,0
Total	**600**	**100,0**	**100,0**

Según antigüedad de graduación, un 32% de los médicos de la COHORTE A formulan siempre o casi siempre medicamentos por fuera del POS, mientras sólo lo hace un 20,7% de los de la COHORTE B, diferencia estadísticamente significativa. (Z= 3,191). Es decir que los médicos más antiguos formulan más medicamentos por fuera de la lista de medicamentos del POS que los médicos más jóvenes. (Tabla 2.36)

Tabla 2.36.- Prescripción de medicamentos fuera del POS, según antigüedad de graduación

ANTIGÜEDAD DE GRADUACIÓN		Siempre	Casi siempre	Ocasionalmente	Nunca	Total
Anterior al año 2001. COHORTE A	Recuento	20	56	148	11	235
	% dentro de Antigüedad graduación	8,5%	23,8%	63,0%	4,7%	100,0%
De 2001 en adelante. COHORTE B	Recuento	19	56	266	21	362
	% dentro de Antigüedad graduación	5,2%	15,5%	73,5%	5,8%	100,0%
Total	**Recuento**	**39**	**112**	**414**	**32**	**597**
	% dentro de Antigüedad graduación	**6,5%**	**18,8%**	**69,3%**	**5,4%**	**100,0%**

Por categoría, los médicos especialistas formulan siempre o casi siempre medicamentos por fuera del POS en un 39.4%, mientras que los médicos generales lo hacen en un 19.4%, diferencia estadísticamente significativa. *(Z= -5,202).* Por lo tanto se puede afirmar que los especialistas son más dados a prescribir medicamentos por fuera del POS. (Tabla 2.37) (Gráfico 2.12)

Tabla 2.37.- Prescripción de medicamentos fuera del POS, por categoría: médico general o médico especialista

Categoría		Siempre	Casi siempre	Ocasionalmente	Nunca	Total
Médico general	Recuento	15	66	314	25	420
	% dentro de la categoría	3,6%	15,7%	74,8%	6,0%	100,0%
Médico especialista	Recuento	24	47	102	7	180
	% dentro de la categoría	13,3%	26,1%	56,7%	3,9%	100,0%
Total	**Recuento**	**39**	**113**	**416**	**32**	**600**
	% dentro del total de encuestados	**6,5%**	**18,8%**	**69,3%**	**5,3%**	**100,0%**

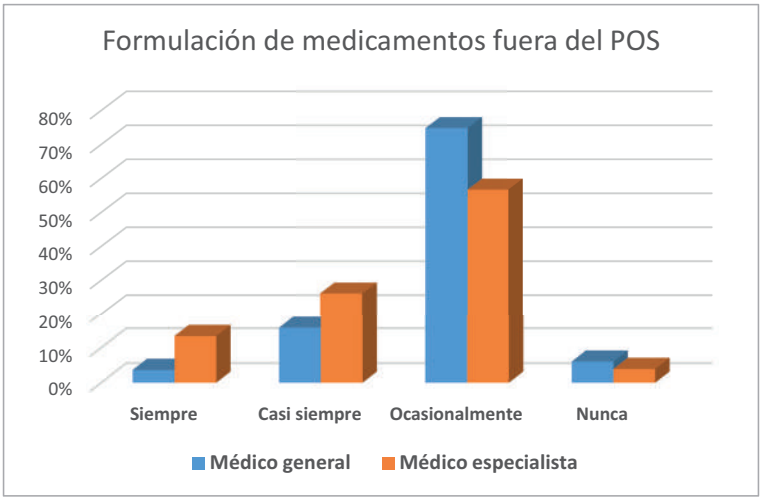


Gráfico 2.12.- Prescripción de medicamentos fuera del POS, por categoría: médico general o médico especialista

PREGUNTA No. 13

En la prescripción de medicamentos, al formular ¿Usted prefiere hacerlo en?: Denominación común de la molécula (genérica); Denominación de la marca del laboratorio farmacéutico; Le es indiferente, puede ser en cualquier denominación.

La mayoría de médicos encuestados afirma que prefiere realizar su prescripción en denominación común de la molécula (genéricos) 55.5%, contra solo un 11.5% que prefiere hacerlo en denominación de marca.

Tabla 2.37.- Preferencia en la formulación de medicamentos: genérico o marca

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Denominación común de la molécula (genérica)	333	55,5	55,5
Denominación de marca del laboratorio farmacéutico	69	11,5	67,0
Le es indiferente, puede ser en cualquier denominación	198	33,0	100,0
Total	**600**	**100,0**	**100,0**

Los médicos de la COHORTE A y de la COHORTE B prefieren de una forma muy similar formular bajo la denominación genérica del medicamento, con el 57.0% y el 55.0%, respectivamente, diferencia que no resulta significativa. *(Z= 0,492).*

En cuanto a la formulación utilizando la denominación de marca, los médicos de la COHORTE A lo prefieren en el 20.9% contra el 5.0% de la COHORTE B, diferencia estadísticamente significativa. (Z= 6,005). Se puede afirmar que más médicos del grupo antiguo prefieren formular en denominación de marca. (Tabla 2.38) (Gráfico 2.13)

Tabla 2.38.- Preferencia en la formulación de medicamentos: genérico o marca, según antigüedad de graduación

ANTIGÜEDAD DE GRADUACIÓN		Denominación común de la molécula (genérica)	Denominación de marca del laboratorio farmacéutico	Le es indiferente, puede ser en cualquier denominación	Total
Anterior al año 2001. COHORTE A	Recuento	134	49	52	235
	% dentro de Antigüedad graduación	57,0%	20,9%	22,1%	100,0%
De 2001 en adelante. COHORTE B	Recuento	199	18	145	362
	% dentro de Antigüedad graduación	55,0%	5,0%	40,1%	100,0%
Total	**Recuento**	**333**	**67**	**197**	**597**
	% dentro de Antigüedad graduación	**55,8%**	**11,2%**	**33,0%**	**100,0%**

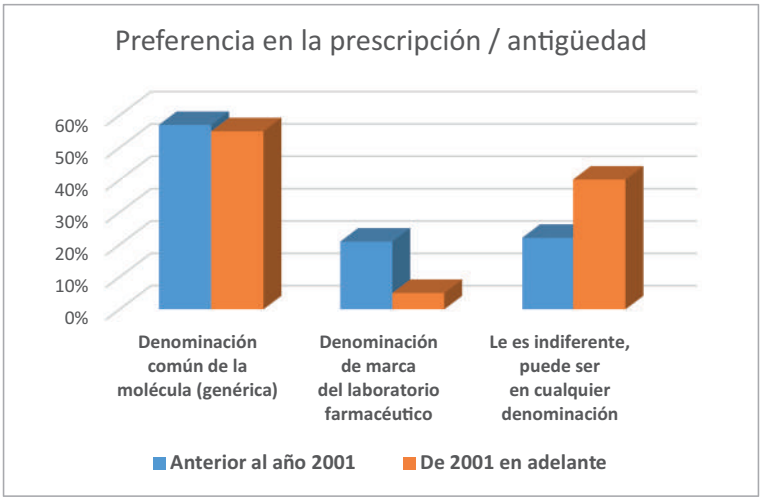


Gráfico 2.13.- Preferencia en la formulación de medicamentos: genérico o marca, según antigüedad de graduación

Los médicos generales y los especialistas prefieren, en un porcentaje similar, formular bajo la denominación genérica del medicamento, con el 55.5% y el 55.6%, respectivamente, diferencia no significativa. (Z= -0,0179).

Al contrario, en cuanto a la formulación utilizando la denominación de marca, los especialistas la prefieren en un 18.9%, contra el 8.3% de los médicos generales. Esta diferencia es estadísticamente significativa. (Z= -3,714). Por lo tanto, se encuentran más especialistas que prefieren formular bajo denominación de marca, que médicos generales. (Tabla 2.39) (Gráfico 2.15)

Tabla 2.39.- Preferencia en la formulación de medicamentos: genérico o marca, por categoría: médico general o médico especialista

Categoría		Denominación común de la molécula (genérica)	Denominación de marca del laboratorio farmacéutico	Le es indiferente, puede ser en cualquier denominación	Total
Médico general	Recuento	233	35	152	420
	% dentro de la categoría	55,5%	8,3%	36,2%	100,0%
Médico especialista	Recuento	100	34	46	180
	% dentro de la categoría	55,6%	18,9%	25,6%	100,0%
Total	**Recuento**	**333**	**69**	**198**	**600**
	% dentro del total de encuestados	**55,5%**	**11,5%**	**33,0%**	**100,0%**

Continúa en la página siguiente ▶

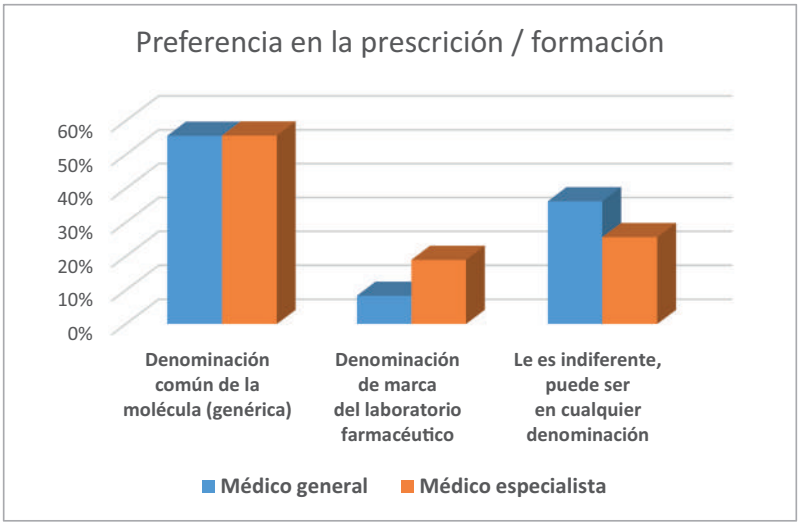


Gráfico 2.14.- Preferencia en la formulación de medicamentos: genérico o marca, según, por categoría: médico general o médico especialista

PREGUNTA No. 14

En la siguiente tabla, que se refiere a cinco (5) diferentes tipos de medicamentos, señale para cada uno su preferencia en la prescripción, de acuerdo si se trata de una molécula original, un medicamento con nombre de marca o un medicamento genérico de nombre común.

Este grupo de preguntas buscaba analizar si los médicos tienen claridad en el concepto de "estrecha ventana terapéutica" que podría condicionar la preferencia por medicamentos de marca o moléculas originales, en el caso de los anticoagulantes o anticonvulsivantes, frente a otros medicamentos sin tal característica.

Las respuestas de los facultativos indican que el grupo de medicamentos, que en mayor porcentaje se formula bajo denominación genérica, corresponde a los antiinflamatorios 52.7% y el de menor formulación genérica corresponde a los anticoagulantes 37.8%. El de molécula original (del laboratorio que patentó la molécula) más formulado corresponde a los anticonvulsivos, con el 39.0% y el de menor porcentaje son los analgésicos, con el 24.5%. En cuanto a medicamentos de marca comercial, el preferido correspondió a los antibióticos con el 28.8%, y el menor a los anticonvulsivos, con un 20.5%. (Tabla 2.40) (Gráfico 2.15)

Tabla 2.40.- Preferencia en la prescripción en cinco grupos terapéuticos

Porcentaje de formulación por medicamento y tipo				
Medicamento	Molécula original	Nombre de marca	Genérico común	Total
Anticonvulsivos	39,0	20,5	40,5	100,0
Antibióticos	32,2	28,8	39,0	100,0
Analgésicos	24,5	26,3	49,2	100,0
Anticoagulantes	35,2	27,0	37,8	100,0
Antiinflamatorios	23,7	23,7	52,7	100,0

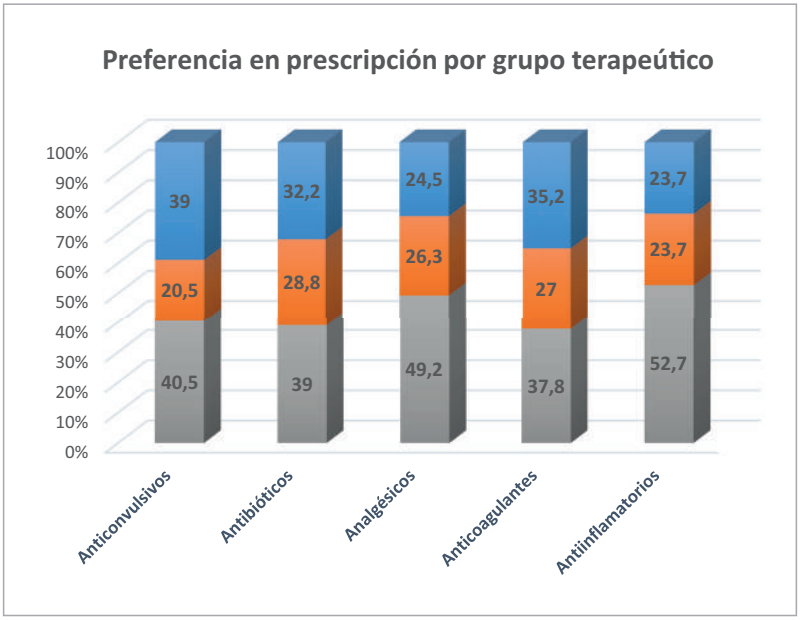


Gráfico 2.15.- Preferencia en la prescripción en cinco grupos terapéuticos

Anticonvulsivos:

En la formulación de anticonvulsivos, se encuentra un porcentaje similar de médicos con preferencia por la molécula original, 39.0%, que utilizando la versión genérica 40.5%, mientras que la preferencia por el medicamento de marca, no original, solo alcanza un 20.5%. (Tabla 2.40)

Tabla 2.41.- Preferencia en la prescripción de anticonvulsivos

Anticonvulsivos			
Respuestas	**Frecuencia**	**Porcentaje**	**Porcentaje acumulado**
Molécula original	234	39,0	39,0
Nombre de marca	123	20,5	59,5
Genérico de nombre común	243	40,5	100,0
Total	**600**	**100,0**	**100,0**

Los médicos de la COHORTE A, de mayor antigüedad, prefieren en un 26.0% formular anticonvulsivos con el nombre de marca, comparado con los de la COHORTE B que solo lo prefieren en el 17.1%, diferencia estadísticamente significativa. *(Z= 2,606).* Pero, si bien los médicos más antiguos prefieren en mayor proporción formular anticonvulsivos de marca que los médicos más recientemente graduados, los médicos graduados después del 2001 utilizan más la molécula original: COHORTE A 36.2% y COHORTE B 40.9%. En conjunto, la diferencia se establece en la utilización de genéricos, que no resulta significativa.

Tampoco se hallaron diferencias significativas en la preferencia de formulación de anticonvulsivantes entre médicos generales y médicos especialistas. (Tabla 2.42).

Tabla 2.42.- Preferencia en la prescripción de anticonvulsivantes, por categoría: médico general o médico especialista

Anticonvulsivos					
Categoría		**Molécula original**	**Nombre de marca**	**Genérico de nombre común**	**Total**
Médico general	Recuento	168	78	174	420
	% dentro de la categoría	40,0%	18,6%	41,4%	100,0%
Médico especialista	Recuento	66	45	69	180
	% dentro de la categoría	36,7%	25,0%	38,3%	100,0%
Total	**Recuento**	**234**	**123**	**243**	**600**
	% dentro del total de encuestados	**39,0%**	**20,5%**	**40,5%**	**100,0%**

Antibióticos

Respecto a los antibióticos, la preferencia de los médicos es mayor por la formulación de genéricos, un 39.0%, comparada con el 32.2% que prefieren la molécula original y 28.8% para otras marcas. Si bien predomina la prescripción bajo la denominación genérica del antibiótico, la sumatoria de marca comercial y marca de molécula original superan ampliamente la preferencia por la prescripción en denominación común internacional o genérica. (Tabla 2.42)

Tabla 2.42.- Preferencia en la prescripción de antibióticos

Antibióticos			
Respuestas	**Frecuencia**	**Porcentaje**	**Porcentaje acumulado**
Molécula original	193	32,2	32,2
Nombre de marca	173	28,8	61,0
Genérico de nombre común	234	39,0	100,0
Total	**600**	**100,0**	**100,0**

Tanto los médicos de la COHORTE A como los de la COHORTE B, prefieren la formulación del antibióticos bajo la denominación genérica con el 38.7% y el 39.0%, respectivamente, diferencia no significativa. Las formulaciones en denominaciones de marca comercial o utilizando la molécula original, tampoco muestran diferencias significativas. (Tabla 2.43)

Tabla 2.43.- Preferencia en la prescripción de antibióticos, según antigüedad de graduación

Antibióticos					
ANTIGÜEDAD DE GRADUACIÓN		**Molécula original**	**Nombre de marca**	**Genérico de nombre común**	**Total**
Anterior al año 2001. COHORTE A	Recuento	79	65	91	235
	% dentro de Antigüedad graduación	33,6%	27,7%	38,7%	100,0%
De 2001 en adelante. COHORTE B	Recuento	114	107	141	362
	% dentro de Antigüedad graduación	31,5%	29,6%	39,0%	100,0%
Total	**Recuento**	**193**	**172**	**232**	**597**
	% dentro de Antigüedad graduación	**32,3%**	**28,8%**	**38,9%**	**100,0%**

No se encontraron diferencias significativas en las preferencias de prescripción de antibióticos, según denominación, entre médicos generales y médicos especialistas.

Analgésicos

Con relación a los analgésicos, la mayoría de los médicos escoge la respuesta de preferencia por el medicamento genérico, 49.2%, comparado con el de marca, 26.3%. Sin embargo, sumada esta última respuesta con la formulación también de marca del laboratorio con la molécula original, el 24.5%, dejan a los analgésicos bajo denominación genérica finalmente en desventaja. (Tabla 2.44)

Tabla 2.44.- Preferencia en la prescripción de analgésicos

Analgésicos			
Respuestas	**Frecuencia**	**Porcentaje**	**Porcentaje acumulado**
Molécula original	147	24,5	24,5
Nombre de marca	158	26,3	50,8
Genérico de nombre común	295	49,2	100,0
Total	**600**	**100,0**	**100,0**

Los médicos de la COHORTE A, más antiguos, prefieren formular los analgésicos en denominación genérica, con el 52.3%, de modo que se pude señalar que más de la mitad prefieren esta presentación, lo que no se puede afirmar en los de la COHORTE B, que lo hacen en el 47.2%, aunque la diferencia no resulta estadísticamente significativa. *(Z= -1,218).*

Tampoco resultan significativas las diferencias en la preferencia de las otras denominaciones en la prescripción de analgésicos. Los médicos especialistas formulan los analgésicos por su denominación genérica en el 54.4%, mientras los generales lo hacen en el 46.9%, diferencia que tampoco es significativa. (Z= -1,692).

El médico general prefiere la denominación de marca en el 29.0% y los especialistas la denominación de molécula original para los analgésicos, en los casos que no prefieren la utilización de genéricos. Diferencia estadísticamente significativa. (Z= 2,305). (Tabla 2.45)

Tabla 2.45.- Preferencia en la prescripción de analgésicos, por categoría: médico general o médico especialista

Analgésicos					
Categoría		**Molécula original**	**Nombre de marca**	**Genérico de nombre común**	**Total**
Médico general	Recuento	101	122	197	420
	% dentro de la categoría	24,0%	29,0%	46,9%	100,0%

Continúa en la página siguiente ▶

▶ *Viene de la página anterior*

Analgésicos					
Categoría		Molécula original	Nombre de marca	Genérico de nombre común	Total
Médico especialista	Recuento	46	36	98	180
	% dentro de la categoría	25,6%	20,0%	54,4%	100,0%
Total	**Recuento**	**147**	**158**	**295**	**600**
	% dentro del total de encuestados	**24,5%**	**26,3%**	**49,2%**	**100,0%**

Anticoagulantes

Los anticoagulantes son preferidos en su formulación genérica por el 37.8% de los médicos, seguidos de la molécula original, con el 35.2%. Para la formulación de otras marcas, la preferencia de los facultativos solo llega al 27.0%, en este grupo terapéutico.

Los médicos prefieren la formulación de anticoagulantes genéricos o de molécula original a los anticoagulantes de otras marcas comerciales.

Tabla 2.46.- Preferencia en la prescripción de anticoagulantes

Anticoagulantes			
Respuestas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Molécula original	211	35,2	35,2
Nombre de marca	162	27,0	62,2
Genérico de nombre común	227	37,8	100,0
Total	**600**	**100,0**	**100,0**

Se encuentran diferencias mínimas en las respuestas de las dos cohortes estudiadas, según año de graduación. Por categoría, los médicos generales prefieren formular los anticoagulantes bajo denominación genérica en el 40.0% de los casos y los especialistas lo hacen en el 32.8%. Esta diferencia, sin embargo, no alcanza a ser estadísticamente significativa. (Z= 0,043).

Los médicos especialistas prefieren el medicamento en su molécula original en el 39.4% y los generales en el 33.3%. En relación con los anticoagulantes de marca, un 27.8% de los médicos especialistas los formulan y un 26.7% de los generales. Las diferencias tampoco son estadísticamente significativas. (Z= -0,280). (Tabla 2.47)

Tabla 2.47.- Preferencia en la prescripción de analgésicos, por categoría: médico general o médico especialista

Anticoagulantes					
Categoría		Molécula original	Nombre de marca	Genérico de nombre común	Total
Médico general	Recuento	140	112	168	420
	% dentro de la categoría	33,3%	26,7%	40,0%	100,0%
Médico especialista	Recuento	71	50	59	180
	% dentro de la categoría	39,4%	27,8%	32,8%	100,0%
Total	**Recuento**	**211**	**162**	**227**	**600**
	% dentro del total de encuestados	**35,2%**	**27,0%**	**37,8%**	**100,0%**

Antiinflamatorios

En cuanto a los antiinflamatorios, la formulación preferida por los médicos es bajo denominación genérica, con un mayoritario 52.7%, mientras existe igualdad entre los restantes médicos en la proporción que prefiere la formulación de la molécula original o el medicamento de marca, con el 23.7% en cada caso. (Tabla 2.48)

Tabla 2.48.- Preferencia en la prescripción de antiinflamatorios

Antiinflamatorios			
Respuestas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Molécula original	142	23,7	23,7
Nombre de marca	142	23,7	47,3
Genérico de nombre común	316	52,7	100,0
Total	**600**	**100,0**	**100,0**

No se encuentran diferencias importantes en las preferencias de las dos cohortes en este grupo terapéutico. Los médicos generales y especialistas prefieren la formulación del antiinflamatorio en denominación genérica en el 52.9% y 52.2%, respectivamente, diferencia estadísticamente no significativa. (Z= 0,142).

Los especialistas prefieren la molécula original en el 27.2%, mientras la denominación de marca es preferida por los médicos generales en el 25.0%, diferencia no significativa. (Tabla 2.49)

Tabla 2.49.- Preferencia en la prescripción de analgésicos, por categoría: médico general o médico especialista

Antinflamatorios					
Categoría		Molécula original	Nombre de marca	Genérico de nombre común	Total
Médico general	Recuento	93	105	222	420
	% dentro de la categoría	22,1%	25,0%	52,9%	100,0%
Médico especialista	Recuento	49	37	94	180
	% dentro de la categoría	27,2%	20,6%	52,2%	100,0%
Total	**Recuento**	**142**	**142**	**316**	**600**
	% dentro del total de encuestados	**23,7%**	**23,7%**	**52,7%**	**100,0%**

PREGUNTA No. 15

Si algunas respuestas a la pregunta anterior fueron de preferencia la molécula original o para los medicamentos de marca, señale cuál de las siguientes afirmaciones respaldan mejor su respuesta: Fácil identificación del nombre del medicamento; Prestigio del laboratorio farmacéutico que lo produce; Los genéricos suelen ser de mala calidad; Los originales de marca ofrecen mejor biodisponibilidad; Existen diferencias en cuanto a biodisponibilidad y bioequivalencia; No aplica, por tener respuestas a la pregunta anterior solamente como genéricos.

Los médicos que contestaron la encuesta y manifestaron su preferencia por los medicamentos de molécula original o por medicamentos de marca y no por medicamentos genéricos (453 si suman las distintas respuestas), lo hacen porque consideran que existen diferencias en cuanto a biodisponibilidad y bioequivalencia entre estos y los genéricos, en el 43.7%. Opinan igualmente, que los originales de marca comercial ofrecen mejor biodisponibilidad en el 23.6%. (Tabla 2.50). Este es, claro está, el mensaje que permanentemente transmite la industria farmacéutica -por las razones económicas relacionadas con los precios más altos de los medicamentos de marca o de la molécula del laboratorio que la patentó originalmente-, en busca de contrarrestar la política oficial de utilización de genéricos.

Tabla 2.50.- Razones de la preferencia por la molécula original o el medicamento de marca

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
a. Fácil identificación del nombre del medicamento	67	14,8%	14,8%
b. Prestigio del laboratorio farmacéutico que lo produce	31	6,8%	21,6%

Continúa en la página siguiente ►

▶ *Viene de la página anterior*

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
c. Los genéricos suelen ser de mala calidad	50	11,0%	32,7%
d. Los originales de marca comercial ofrecen mejor biodisponibilidad	107	23,6%	56,3%
e. Existen diferencias en cuanto a biodisponibilidad y bioequivalencias	198	43,7%	100,0%
Total	**453**	**100,0%**	**100,0**
f. NO APLICA por tener respuestas a la pregunta anterior solamente como genéricos	147	24,5	100,0

Los médicos de la COHORTE A, de mayor antigüedad, consideran que hay diferencias entre los medicamentos de molécula original y los de marca, comparados con los genéricos, en razón de su biodisponibilidad y bioequivalencia diferentes, en un 51.8%, mientras que los médicos más jóvenes, de la COHORTE B solo selecciona este motivo en un 38.7% de los casos, diferencia estadísticamente significativa. (Z= 2,717). En suma, los médicos más antiguos consideran mayoritariamente que, por dicha causa, los medicamentos de marca son mejores que los genéricos.

Sin embargo, los médicos de la COHORTE B consideran esta misma diferencia, atribuible a que los originales de marca comercial ofrecen mejor biodisponibilidad en el 27.3% de los casos, frente al 17.9% de los médicos graduados antes de 2001. Sin embargo, si se suma esta segunda respuesta a la primera, se anulan en la práctica, haciendo que las diferencias realmente no resulten significativas entre las dos cohortes. (Tabla 2.51)

Tabla 2.51.- Razones de la preferencia de moléculas originales o medicamentos de marca, según antigüedad de graduación

ANTIGÜEDAD DE GRADUACIÓN		a. Fácil identificación del nombre del medicamento	b. Prestigio del laboratorio farmacéutico que lo produce	c. Los genéricos suelen ser de mala calidad	d. Los originales de marca comercial ofrecen mejor biodisponibilidad	e. Existen diferencias en cuanto a biodisponibilidad y bioequivalencia	Total	f. NO APLICA
Anterior al año 2000. COHORTE A	Recuento	10	14	27	30	87	168	67
	% dentro de Antigüedad graduación	6,0%	8,3%	16,1%	17,9%	51,8%	100%	28,5%

Continúa en la página siguiente ▶

▶ *Viene de la página anterior*

ANTIGÜEDAD DE GRADUACIÓN		a. Fácil identificación del nombre del medicamento	b. Prestigio del laboratorio farmacéutico que lo produce	c. Los genéricos suelen ser de mala calidad	d. Los originales de marca comercial ofrecen mejor biodisponibilidad	e. Existen diferencias en cuanto a biodisponibilidad y bioequivalencia	Total	f. NO APLICA
De 2001 en adelante. COHORTE B	Recuento	57	16	23	77	109	282	80
	% dentro de Antigüedad graduación	20,2%	5,7%	8,2%	27,3%	38,7%	100%	22,1%
Total	**Recuento**	**67**	**30**	**50**	**107**	**196**	**450**	**147**
	% dentro de Antigüedad graduación	**14,9%**	**6,7%**	**11,1%**	**23,8%**	**43,6%**	**100%**	**24,6%**

Un 35% de los médicos especialistas consideran que hay diferencias entre medicamentos de molécula original y medicamentos de marca, comparados con los medicamentos genéricos, por biodisponibilidad y bioequivalencia, mientras un 32.1% de los médicos respondieron en el mismo sentido. La diferencia estadísticamente no es significativa. *(Z= -0,682).* Por lo tanto la apreciación es similar para médicos generales y especialistas, más si se tiene en cuenta que los médicos generales señalan en mayor proporción que los originales de marca comercial ofrecen mejor disponibilidad que los genéricos, 20.7% contra 11.1% de los especialistas, se anula y supera la diferencia anterior. (Tabla 2.52) (Gráfico 2.16)

Tabla 2.52.- Razones de la preferencia de moléculas originales o medicamentos de marca, según antigüedad de graduación

Categoría		a. Fácil identificación del nombre del medicamento	b. Prestigio del laboratorio farmacéutico que lo produce	c. Los genéricos suelen ser de mala calidad	d. Los originales de marca comercial ofrecen mejor biodisponibilidad	e. Existen diferencias en cuanto a biodisponibilidad y bioequivalencias	f. NO APLICA
Médico general	Recuento	52	20	31	87	135	95
	% dentro de la categoría	12,4%	4,8%	7,4%	20,7%	32,1%	22,6%
Médico especialista	Recuento	15	11	19	20	63	52
	% dentro de la categoría	8,3%	6,1%	10,6%	11,1%	35,0%	28,9%

Continúa en la página siguiente ▶

▶ *Viene de la página anterior*

Categoría		a. Fácil identificación del nombre del medicamento	b. Prestigio del laboratorio farmacéutico que lo produce	c. Los genéricos suelen ser de mala calidad	d. Los originales de marca comercial ofrecen mejor biodisponibilidad	e. Existen diferencias en cuanto a biodisponibilidad y bioequivalencias	f. NO APLICA
Total	Recuento	67	31	50	107	198	147
	% dentro del total de encuestados	11,2%	5,2%	8,3%	17,8%	33,0%	24,5%

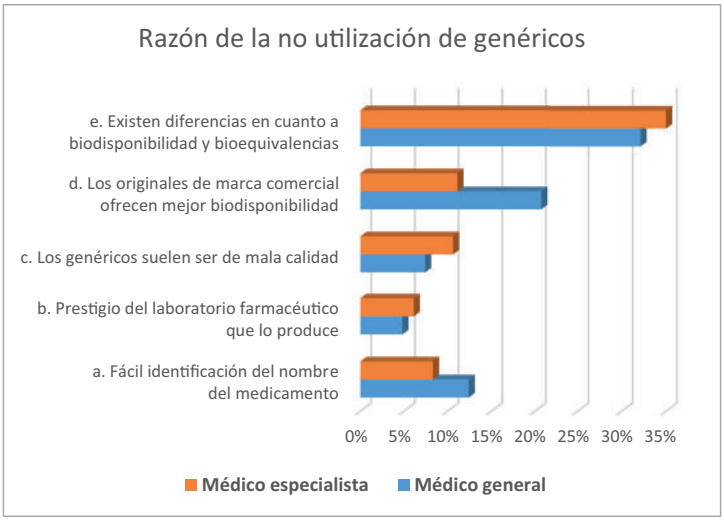


Gráfico 2.16.- Razones de la preferencia de moléculas originales o medicamentos de marca, según antigüedad de graduación

PREGUNTA No. 16

Señale de las siguientes opciones cuál o cuáles otras alternativas de prescripción utiliza en su práctica médica: Homeopatía; Terapia Neural; Acupuntura; Bioenergética; Esencias florales; Medicina tradicional; Medicamentos naturales; Otra; Ninguna de las anteriores.

En cuanto a otras alternativas de prescripción, diferentes a los medicamentos, el 55.7% de los médicos no lo hace; pero entre quienes si utilizan otras alternativas de prescripción, un 14.2% señala los medicamentos naturales, mientras que la denominada "medicina tradicional" es utilizada por el 9.3% de los facultativos y la Homeopatía por el 8.8%. (Tabla2.53)

Tabla 2.53.- Otras alternativas de prescripción utilizadas por los médicos

Respuestas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
a. Homeopatía	53	8,8	8,8
b. Terapia Neural	14	2,3	11,2
c. Acupuntura	18	3,0	14,2
d. Bioenergética	5	0,8	15,0
e. Esencias florales	3	0,5	15,5
f. Medicina tradicional	56	9,3	24,8
g. Medicamentos naturales	85	14,2	39,0
h. Otra.	32	5,3	44,3
i. Ninguna de las anteriores	334	55,7	100,0
Total	**600**	**100,0**	**100,0**

Los médicos de la COHORTE B, en un 58% de los casos, no formulan nada diferente a los medicamentos provenientes de la industria farmacéutica y los de la COHORTE A, de mayor antigüedad, en el 51.5%. Los que utilizan alternativas diferentes lo hacen preferencialmente con medicamentos naturales, en proporciones similares, en la COHORTE B el 14.6% y en la COHORTE A, el 13.6%. La medicina tradicional también es utilizada igualmente por las dos cohortes con el 9.4% para cada una. En cuanto a la Homeopatía, es más utilizada por los médicos de la COHORTE A con el 12.3%, doblando a los médicos de la COHORTE B que la utiliza en el 6.6%. (Tabla 2.54)

Tabla 2.54.- Otras alternativas de prescripción utilizadas por los médicos, según antigüedad de graduación.

ANTIGÜEDAD DE GRADUACIÓN		a. Homeopatía	b. Terapia Neural	c. Acupuntura	d. Bioenergética	e. Esencias florales	f. Medicina tradicional	g. Medicamentos naturales	h. Otra	i. Ninguna de las anteriores	Total
Anterior al año 2001. COHORTE A	Recuento	29	6	8	5	2	22	32	10	121	235
	% dentro de Antigüedad graduación	12,3%	2,6%	3,4%	2,1%	,9%	9,4%	13,6%	4,3%	51,5%	100,%
De 2001 en adelante. COHORTE B	Recuento	24	8	10	0	1	34	53	21	211	362
	% dentro de Antigüedad graduación	6,6%	2,2%	2,8%	0,0%	,3%	9,4%	14,6%	5,8%	58,3%	100,%
Total	Recuento	**53**	**14**	**18**	**5**	**3**	**56**	**85**	**31**	**332**	**597**
	% dentro de Antigüedad graduación	**8,9%**	**2,3%**	**3,0%**	**,8%**	**,5%**	**9,4%**	**14,2%**	**5,2%**	**55,6%**	**100,%**

Continúa en la página siguiente ►

El 60% de los médicos especialistas no formulan medicamentos diferentes a los acostumbrados; el 53.8% de los médicos generales tampoco lo hacen. Como alternativas, el 16.4% de los médicos generales formulan medicamentos naturales y solo el 8.9% de los especialistas los formulan. La "medicina tradicional" es utilizada por los médicos generales en el 9.8% y por los especialistas en el 8.3%. En cuanto a la Homeopatía los médicos generales la utilizan en el 8.3% y los especialistas un tanto más con el 10.0%. (Gráficos 2.17 y 2.18)

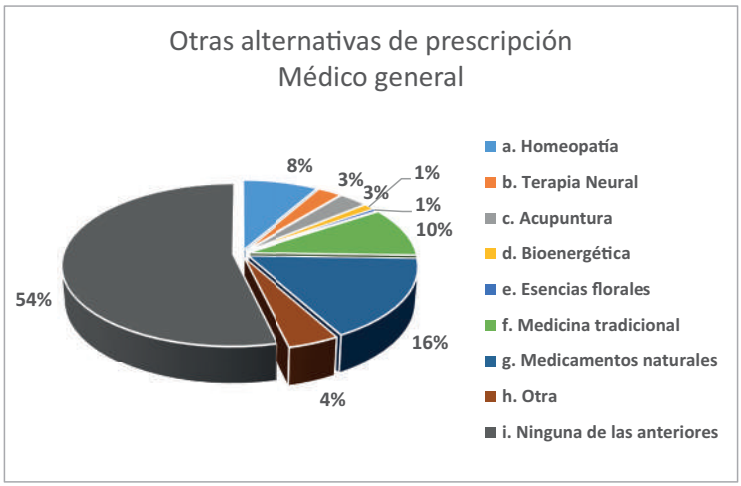


Gráfico 2.17.- Otras alternativas de prescripción utilizadas por los médicos, por categoría: médico general

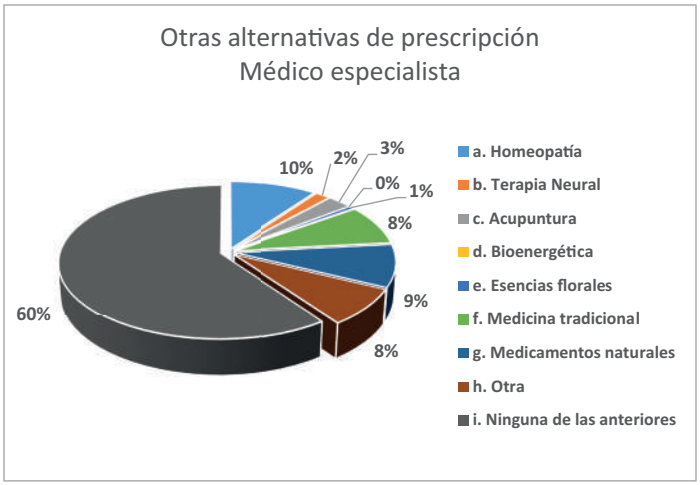


Gráfico 2.18.- Otras alternativas de prescripción utilizadas por los médicos, por categoría: médico especialista

PREGUNTA No. 17

Con el tiempo disponible para la atención de los pacientes, responda: ¿Cuáles de las siguientes recomendaciones le hace al paciente al entregarle la fórmula? Siempre, Ocasionalmente, Nunca:

- Para qué sirve el medicamento. Explica al paciente el objetivo terapéutico perseguido y la eficacia esperada;
- Efectos secundarios del medicamento;
- Efectos adversos posibles;
- Cantidad total del medicamento a ser tomado. Dosis diaria y tiempo de duración del tratamiento;
- Vía de administración del medicamento;
- Preparación del medicamento y conservación en casa;
- Interacción entre los medicamentos formulados y los que toma el paciente;
- Refiere al personal de enfermería para que suministre la información;
- Refiere al farmacéutico responsable de la entrega para que suministre la información.

Objetivo terapéutico

En cuanto a las recomendaciones que el médico realiza a los pacientes en el momento de la prescripción, el 90% afirma que explica siempre a los pacientes el objetivo terapéutico del medicamento. No se encuentra diferencia apreciable en la respuesta de los médicos de la COHORTE A y la COHORTE B, que explican siempre el objetivo terapéutico en el 90.2% y el 89.8% de los casos, respectivamente. Tampoco entre médicos generales y especialistas.

Efectos secundarios

Con relación a la explicación de los efectos secundarios del medicamento formulado, solo la mitad de los médicos (50.3%) señalan que lo hacen siempre, mientras un 45.3% refiere que los explica ocasionalmente y un 4.3% nunca.

Un 59.1% de los médicos de la COHORTE A, más antiguos, señalan que siempre explican los efectos secundarios del medicamento, mientras que los de la COHORTE B lo hacen en menor proporción, tan solo en un 44.8%. (Tabla 2.55)

Tabla 2.55.- Explicación de efectos secundarios de los medicamentos según antigüedad de graduación

Efectos secundarios del medicamento					
ANTIGÜEDAD DE GRADUACIÓN		Siempre	Ocasionalmente	Nunca	Total
Anterior al año 2001. COHORTE A	Recuento	139	90	6	235
	% dentro de Antigüedad graduación	59,1%	38,3%	2,6%	100,%
De 2001 en adelante. COHORTE B	Recuento	162	181	19	362
	% dentro de Antigüedad graduación	44,8%	50,0%	5,2%	100,%
Total	**Recuento**	**301**	**271**	**25**	**597**
	% dentro de Antigüedad graduación	**50,4%**	**45,4%**	**4,2%**	**100,%**

Los médicos especialistas se esmeran más que los médicos generales en la explicación de los efectos secundarios de los medicamentos; lo hacen siempre en el 61.1% de los casos, comparado con tan solo el 45.7% de los generales. (Tabla 2.56)

Tabla 2.56.- Explicación de efectos secundarios de los medicamentos, por categoría: médico general o médico especialista

Efectos secundarios del medicamento					
Categoría		Siempre	Ocasionalmente	Nunca	Total
Médico general	Recuento	192	208	20	420
	% dentro de la categoría	45,7%	49,5%	4,8%	100,0%
Médico especialista	Recuento	110	64	6	180
	% dentro de la categoría	61,1%	35,6%	3,3%	100,0%
Total	Recuento	**302**	**272**	**26**	**600**
	% dentro del total de encuestados	**50,3%**	**45,3%**	**4,3%**	**100,0%**

Efectos adversos posibles

En cuanto a la explicación de los efectos adversos de los medicamentos, tan solo el 47.2% de los médicos encuestados afirma que lo hace siempre, otro 47% que los explica ocasionalmente y un 5.8% que no lo hace nunca.

Los médicos de la COHORTE A explican en mayor proporción que los de la COHORTE B, los efectos secundarios de los medicamentos, 56.6% siempre, contra 41.4%. (Tabla 2.57)

Tabla 2.57.- Explicación sobre efectos adversos posibles de los medicamentos según antigüedad de graduación

Efectos adversos posibles					
ANTIGÜEDAD DE GRADUACIÓN		Siempre	Ocasionalmente	Nunca	Total
Anterior al año 2001. COHORTE A	Recuento	133	91	11	235
	% dentro de Antigüedad graduación	56,6%	38,7%	4,7%	100,%
De 2001 en adelante. COHORTE B	Recuento	150	189	23	362
	% dentro de Antigüedad graduación	41,4%	52,2%	6,4%	100,%
Total	**Recuento**	**283**	**280**	**34**	**597**
	% dentro de Antigüedad graduación	**47,4%**	**46,9%**	**5,7%**	**100,%**

Son los médicos especialistas los que explican en mayor proporción los efectos adversos de los medicamentos con respuesta “Siempre” en el 56.7%, mientras que los médicos generales solo lo hacen “siempre” el 43.1%. (Tabla 2.58)

Tabla 2.58.- Explicación sobre efectos adversos posibles de los medicamentos, por categoría: médico general o médico especialista

Efectos adversos posibles					
Categoría		Siempre	Ocasionalmente	Nunca	Total
Médico general	Recuento	181	218	21	420
	% dentro de la categoría	43,1%	51,9%	5,0%	100,%
Médico especialista	Recuento	102	64	14	180
	% dentro de la categoría	56,7%	35,6%	7,8%	100,%
Total	Recuento	**283**	**282**	**35**	**600**
	% dentro del total de encuestados	**47,2%**	**47,0%**	**5,8%**	**100,%**

Cantidad total del medicamento

En cuanto la cantidad total del medicamento que el paciente debe tomar, el 97.3% de los médicos afirma explicar siempre a los pacientes cuál es dicha cantidad. No hay diferencias significativas en las respuestas de las dos cohortes, ni tampoco entre médicos generales y especialistas.

Vía de administración

La explicación sobre la vía de administración del medicamento es realizada por los médicos en el 96.7% de los casos. Tampoco hay diferencias significativas en las respuestas de las dos cohortes, ni tampoco entre médicos generales y especialistas en cuanto a las respuestas sobre la explicación a los pacientes sobre la vía de administración.

Preparación y conservación del medicamento

Sólo el 44.3% de los médicos afirmó que explicaban siempre lo relacionado a la preparación del medicamento y la conservación del mismo, mientras un 39% señaló que lo hace ocasionalmente y un 16.7% señaló no hacerlo nunca. (Tabla 2.59)

Tabla 2.59.- Explicación sobre preparación del medicamento y conservación

Preparación del medicamento y conservación			
Respuestas	**Frecuencia**	**Porcentaje**	**Porcentaje acumulado**
Siempre	266	44,3	44,3
Ocasionalmente	234	39,0	83,3
Nunca	100	16,7	100,0
Total	**600**	**100,0**	**100,0**

No hay diferencias significativas en cuanto a esta explicación entre las dos cohortes estudiadas. Por categoría, el 49.4% de los médicos especialistas manifiestan explicar siempre al paciente la forma de preparación del medicamento y su conservación. Los médicos generales lo hacen un 42.1%. (Tabla 2.60)

Tabla 2.60.- Explicación sobre preparación y conservación de los medicamentos, por categoría: médico general o médico especialista

Preparación del medicamento y conservación					
Categoría		**Siempre**	**Ocasionalmente**	**Nunca**	**Total**
Médico general	Recuento	177	179	64	420
	% dentro de la categoría	42,1%	42,6%	15,2%	100,0%

Continúa en la página siguiente ►

▶ *Viene de la página anterior*

Preparación del medicamento y conservación					
Categoría		Siempre	Ocasionalmente	Nunca	Total
Médico especialista	Recuento	89	55	36	180
	% dentro de la categoría	49,4%	30,6%	20,0%	100,0%
Total	Recuento	**266**	**234**	**100**	**600**
	% dentro del total de encuestados	**44,3%**	**39,0%**	**16,7%**	**100,0%**

Interacción entre medicamentos

La interacción entre los diferentes medicamentos que puede tomar el paciente, es explicada siempre por un 52.5% de los médicos. Ocasionalmente lo hacen un 40.8% y reportan no hacerlo nunca un 6.7%.

No se encuentran diferencias significativas entre las dos cohortes estudiadas en las respuestas sobre las explicaciones acerca de este tópico. La interacción entre medicamentos es explicada siempre por los médicos especialistas en el 55.6% de los casos y por médico general en el 51.2%. (Tabla 2.61)

Tabla 2.61.- Explicación sobre interacción entre los medicamentos formulados, por categoría: médico general o médico especialista

Interacción entre los medicamentos formulados					
Categoría		Siempre	Ocasionalmente	Nunca	Total
Médico general	Recuento	215	175	30	420
	% dentro de la categoría	51,2%	41,7%	7,1%	100,0%
Médico especialista	Recuento	100	70	10	180
	% dentro de la categoría	55,6%	38,9%	5,6%	100,0%
Total	**Recuento**	**315**	**245**	**40**	**600**
	% dentro del total de encuestados	**52,5%**	**40,8%**	**6,7%**	**100,0%**

Referencia a enfermería para información

Sobre la referencia del paciente a enfermería, para recibir explicaciones adicionales sobre los medicamentos formulados, es respondida “Siempre” por el 10.3% de los facultativos, Ocasionalmente por el 19.8% y Nunca refieren a enfermería para información sobre los medicamentos un 69.8% de los médicos. No se encuentran

diferencias significativas en esta práctica entre las dos cohortes, ni entre médicos generales y especialistas.

Referencia al farmacéutico para la información

El porcentaje de remisión al farmacéutico responsable de la entrega de los medicamentos, para que le explique al paciente lo relacionado con la prescripción, es muy bajo, tan solo el 3.0% de los médicos manifiestan hacerlo siempre y un 7.2% ocasionalmente. Las respuestas no son extrañas, dada la ausencia casi total de servicios de atención farmacéutica encontrados en otro subproyecto de la investigación.

Tampoco se observan diferencias significativas en esta práctica entre las dos cohortes estudiadas, ni entre médicos generales y especialistas. (Gráfico 2.19)

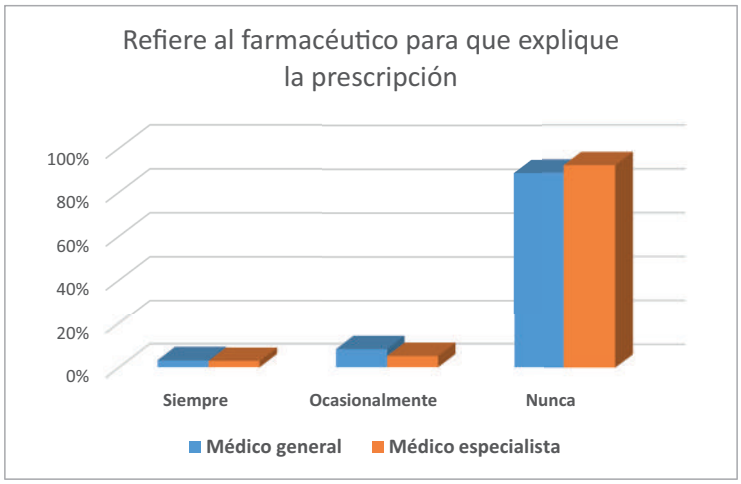


Gráfico 2.19.- Referencia al farmacéutico para información sobre la prescripción

HALLAZGOS DESTACADOS EN LA INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA

El primer grupo de hallazgos importantes, resultado de la investigación, tiene que ver con la confianza alrededor de la relación médico paciente, el problema de comunicación y credibilidad del ciudadano en el profesional y en los medicamentos genéricos que recibe, en el marco de la normatividad del SGSSS.

La confianza mutua es una condición vital para generar procesos de información y comunicación efectivos. La encuesta a usuarios demuestra que se presentan altos grados de desconfianza en el acto médico y sus resultados. El grado de confianza se incrementa cuando existe una frecuencia alta de interacción con el médico, especialmente en los pacientes de mayor edad. Por el contrario, a menor edad y mayor nivel educativo del usuario disminuye la confianza en el medico y los medicamentos que formula.

Existe un conjunto de elementos globales, internos y externos, que inciden negativamente en la percepción de confianza que los usuarios tienen del médico y los medicamentos que formula. Como factores internos, los usuarios destacan que continuamente se observan inadecuadas actitudes del prescriptor ante la palabra del usuario (no ponen atención, no escuchan, no examinan). Como elementos externos, que inciden en la desconfianza hacia el médico los usuarios señalan: el tiempo excesivo, los complicados procesos de atención y los inadecuados espacios. El significado de la palabra confianza para los usuarios es multidimensional.

Esta ausencia de confianza impide la generación de procesos que permitan el intercambio mutuo entre usuarios y prescriptores. En este aspecto, no se encuentran diferencias significativas por sexo, pero sí por grupos de edad y por nivel educativo. La confianza claramente disminuye cuando aumenta el nivel educativo y es menor igualmente cuanto más joven el grupo poblacional, variables que claramente están asociadas, lo que reitera el análisis multivariado.

La percepción de calidad de los medicamentos se mueve en el mismo sentido que la confianza en el médico. Efectivamente, cuanto más joven el grupo poblacional, manifiesta en mayor proporción su desacuerdo o desacuerdo total con la afirmación

sobre la calidad de los medicamentos entregada por su EPS. Igualmente, a mayor nivel educativo, mayor desacuerdo con la calidad de los medicamentos entregados en el centro de salud, hospital o farmacia asignada por su EPS.

Respecto a las explicaciones dadas por los usuarios sobre la percepción de baja calidad, el mayor porcentaje de respuestas tiene que ver con la identificación como medicamentos genéricos, 36%, o por ser medicamentos baratos, 28%. Por razones similares, como no ser de marca, 4%, ser de laboratorios desconocidos, 4%, o provenir de laboratorios nacionales, 1%.

Por grupos de edad, los ciudadanos más jóvenes seleccionaron en mayor proporción el hecho de que los medicamentos son genéricos y baratos. El hecho de que la población joven, de mayor nivel educativo, como se ha señalado, tenga la peor percepción de los medicamentos entregados por las EPS e igualmente el hecho de que responda en gran mayoría el hecho que son genéricos o que son baratos, plantea un desafío fundamental para el SGSSS.

Esta población ha sido más influenciada en las últimas décadas por la economía de mercado y la relación estrecha entre marca, calidad y precio en los artículos de consumo masivo, como las prendas de vestir o los artículos tecnológicos. Incluso se llegan a identificar socialmente por los productos que consumen, (Alonso 2006), por lo cual el mensaje enviado desde la dirección del Sistema en el sentido de que deben consumir productos genéricos, baratos y sin marca, se asocia de inmediato a “mala calidad”, de acuerdo con los valores interiorizados por la población joven, inmersa en el omnipresente mensaje publicitario del mercado.

Por su parte, la mayoría de médicos encuestados afirma que su prescripción la prefiere realizar en denominación común de la molécula (genéricos), 55.5%, contra solo un 11.5% que prefiere hacerlo en denominación de marca y un 33% que le resulta indiferente. Los médicos de mayor antigüedad, clasificados según fecha de graduación, prescriben en mayor proporción la denominación de marca que los médicos recientemente graduados. Igualmente, se encuentran más especialistas que prefieren formular bajo denominación de marca, que médicos generales.

Los médicos que contestaron la encuesta y prefirieron hacerlo por los medicamentos de molécula original o por medicamentos de marca y no por medicamentos genéricos (453 de 600 si se suman las distintas respuestas), lo hacen porque consideran que existen diferencias en cuanto a biodisponibilidad y bioequivalencia entre estos y los genéricos. Este es, claro está, el mensaje que permanentemente transmite la industria farmacéutica, por las razones económicas que significan los precios más altos de los medicamentos de marca o la molécula del laboratorio que la patentó originalmente, en busca de contrarrestar la política oficial de utilización de genéricos.

Los resultados anteriores no son muy diferentes a los encontrados en otras investigaciones sobre la utilización de genéricos y la apreciación de los facultativos sobre los mismos. La apreciación de los médicos jóvenes arroja cifras muy similares a las de los médicos españoles. (García y otros 2003)

Finalmente, es destacable el hallazgo de que un muy relevante 43% de los usuarios de 20 a 60 años cree que los facultativos muchas veces formulan medicamentos sin necesidad y un 18% adicional está parcialmente de acuerdo con esta afirmación. Al descomponer la respuesta por grupos de edad, los ciudadanos más jóvenes son quienes creen en mayor porcentaje que los médicos muchas veces formulan medicamentos sin necesidad.

Este resultado se confronta con la creencia que a su vez manifiestan los médicos generales en la respectiva encuesta, en el sentido de que la mayoría de sus pacientes no se sienten bien atendidos si les formulan menos de tres medicamentos. Los médicos especialistas por el contrario no están de acuerdo mayoritariamente con esta apreciación.

Un segundo grupo de hallazgos relevantes se relaciona con el problema de la información que debe recibir el paciente sobre los medicamentos prescritos, para garantizar su adecuada utilización.

Los pacientes no siguen las indicaciones de los prescriptores, porque no comprenden la importancia de seguir los procesos y procedimientos establecidos para el uso racional de los medicamentos. Igualmente, los usuarios desconocen la doble naturaleza (positiva y negativa) que tienen los medicamentos. Estas dos incomprensiones, una cognitiva y otra procedimental, producen múltiples actos de habla desafortunados.

Un 44% de los pacientes señala haber recibido en la farmacia de su centro médico u hospital explicación suficiente y detallada sobre cómo usar o tomar los medicamentos, mientras un 11% señala estar parcialmente de acuerdo con esta afirmación y un 46% manifiesta su desacuerdo, es decir que no recibieron explicaciones suficientes y detalladas sobre cómo usar o tomar los medicamentos.

Estas respuestas parecen aún demasiado favorables frente al hecho de la inexistencia de servicios de atención farmacéutica en los puntos de dispensación, encontrada en otro sub-proyecto de esta investigación, específicamente sobre servicios farmacéuticos y, también por el hecho de que el trabajador o empleado de la farmacia, personal sin formación alguna, es quien responde mayoritariamente las inquietudes de usuarios y pacientes sobre los medicamentos y su utilización, según se desprende de la encuesta. Sin duda, la ausencia del personal idóneo en el SGSSS (profesionales farmacéuticos existentes en otros países en los puntos de dispensación), para informar al paciente sobre posología, utilización, efectos adversos y con-

servación de los medicamentos prescritos, se traduce en un importante riesgo para todos los ciudadanos.

El problema resulta aún más complejo si se tiene en cuenta que, sólo la mitad de los médicos explica siempre a los pacientes los efectos secundarios del medicamento formulado o los efectos adversos de los mismos, según la encuesta a prescriptores. Adicionalmente, la mitad de la población estudiada manifiesta desconocer el concepto "efecto adverso" de un medicamento. Por nivel educativo, resulta claro que la comprensión del concepto en cuestión asciende en la medida que aumentan los años de educación o el nivel alcanzado.

La utilización de medios de consulta escritos sobre medicamentos, como el Internet o un Vademécum sólo alcanza un 21% en la población, especialmente concentrada en los grupos más jóvenes: Adicionalmente el sistema de salud no cuenta con páginas web oficiales de información sobre los medicamentos, ni para prescriptores, ni para usuarios y pacientes, a diferencia de otros sistemas y países, por lo que, claramente, se requiere plantear alternativas de solución al problema de la información sobre los medicamentos, problema que se inscribe en el campo del respeto a los derechos de los pacientes, en el que nuestro país ha ocupado una posición lamentable en el contexto internacional (OMS 2000).

De una u otra manera, al integrar las preguntas sobre las inquietudes de usuarios y pacientes sobre los medicamentos y su utilización, con las de segunda opción de consulta, cuando no se acude al médico y con las relacionadas con la automedicación y la información disponible por otros medios, el trabajador o empleado de la farmacia o droguería –se reitera, personal sin formación alguna-, resulta por mucho la figura más relevante y decisoria en el campo de la información sobre los medicamentos, incluso en aspectos claves y problemáticos de la utilización racional, como la formulación y venta de antibióticos, pese a que para este último caso existe una clara prohibición legal.

Un tercer grupo de hallazgos se relaciona con las limitaciones y condicionantes de la prescripción.

El 39.7% de los médicos en servicios ambulatorios consideran que se restringe en algún grado la prescripción de medicamentos a los disponibles en la farmacia de la institución, mientras en el 60.3% considera que no hay restricción alguna.

Un 45% de los médicos más jóvenes, plantean algún grado de restricción en la prescripción en la consulta externa, mientras que los médicos más antiguos consideran que la restricción para la formulación de los medicamentos disponibles en la farmacia de la institución es menor (28%). Igualmente, los médicos generales señalan la restricción para la formulación de los medicamentos en la consulta, en mayor proporción que los médicos especialistas.

En la atención hospitalaria, el 34% de los médicos jóvenes señalan algún grado de restricción para la prescripción de medicamentos, mientras que en la cohorte de los médicos de mayor antigüedad, según la fecha de graduación, un 58% considera que hay algún grado de restricción para la formulación. Si bien los médicos generales, señalan dichas restricciones en el área hospitalaria de la institución, en mayor porcentaje, en comparación con los médicos especialistas, la diferencia no es significativa.

Según la apreciación de la totalidad de los médicos encuestados, la principal limitante para la prescripción de medicamentos es asignada al "Listado de medicamentos del POS", con el 64.8%, seguida de los "Intereses de las EPS" con el 28.8%. Diferencia que se muestra estadísticamente significativa. La suma de estas dos categorías explica al 93.6% de las limitaciones descritas en la encuesta a prescriptores. Los médicos generales consideran que el "Listado de medicamentos del POS" es la mayor limitante para la formulación, mientras que los "Intereses de la EPS" son referidos en mayor proporción por los especialistas.

Por otra parte, un 64% de los médicos encuestados considera que existe influencia de la publicidad y mercadeo de la industria farmacéutica en la prescripción de medicamentos. Esta proporción es similar entre los facultativos de graduación más reciente y los médicos de graduación anterior al año 2001. Tampoco se encuentra diferencia significativa entre las respuestas de médicos generales y especialistas.

Un 49.5% de los médicos encuestados recibe los visitadores de las empresas farmacéuticas, si se suman aquellos que reciben siempre las visitas, con los que afirman recibirla algunas veces, mientras un 30% manifiesta no recibirlos y un último 20.5% señala que no están permitidas los visitadores médicos en la Institución donde laboran. Plantean menos dificultad para recibir visitas médicas los profesionales con mayor tiempo de antigüedad en el ejercicio. Igualmente, los especialistas reciben en mayor proporción a los visitadores médicos, que los médicos generales.

ANÁLISIS DE RESULTADOS ENFOQUE CUALITATIVO

Técnica de recolección de información mediante los grupos focales

Introducción

El análisis de la información obtenida, mediante la estrategia de grupos focales, permitió identificar, explicar y comprender las percepciones que tienen los participantes acerca del uso racional y eficiente de los medicamentos. El estudio cualitativo se realizó para complementar la información cuantitativa que se obtuvo a través de las encuestas a usuarios y prescriptores.

Las ciencias naturales, sociales y humanas contemporáneas nos demuestran que existe un fuerte vínculo entre las modalidades de pensamiento y las acciones (Denneett 2000). Los procesos de racionalidad humana dependen, en gran medida, de las percepciones las cuales son adquiridas en las redes sociales (Nozick 1995). Los procesos de elección, decisión y acción están influidos por las percepciones que por imitación, aprendizaje o interacción comunicativa los humanos replican en sus contextos sociales y culturales específicos (Schick 2000). Desde la perspectiva de la Ciencia Cognitiva el pensamiento y la inteligencia humana son la emergencia de la interacción entre representaciones mentales (creencias, reglas, imágenes, analogías y conexiones) y procesos de computo (resolución de problemas, toma de decisiones y uso del lenguaje) (Thagard 2008).

De acuerdo con estas consideraciones teóricas básicas, se decidió llevar a cabo seis grupos focales que permitieran identificar, explicar y comprender, similitudes y diferencias, en los conjuntos de: creencias, reglas, imágenes, formas de resolver problemas y procesos de toma de decisiones que tienen prescriptores, usuarios y enfermos en torno al uso de los medicamentos.

Definición

La técnica de grupos focales es un espacio de opinión para captar el sentir, pensar y vivir de los individuos, provocando auto explicaciones para obtener datos cualitativos. Kitzinger (Kitzinger 2008) lo define como una forma de entrevista grupal que utiliza la comunicación entre investigador y participantes, con el propósito de obtener información. Para Martínez, el grupo focal "es un método de investigación colectivista, más que individualista, y se centra en la pluralidad y variedad de las actitudes, experiencias y creencias de los participantes, y lo hace en un espacio de tiempo relativamente corto". (Martínez 2012)

La técnica es particularmente útil para explorar los conocimientos y experiencias de las personas en un ambiente de interacción, que permite examinar lo que la persona piensa, cómo piensa y por qué piensa de esa manera. El trabajar en grupo facilita el dialogo y activa a los participantes a comentar y opinar aún en aquellos temas que se consideran como tabú, lo que permite generar una gran riqueza de testimonios. El punto característico que distingue a los grupos focales es la participación dirigida y consciente de los participantes.

Objetivo

El objetivo del grupo focal en la investigación social, es lograr una información asociada a los conocimientos, emociones, creencias, experiencias y reacciones, sobre las actitudes y prácticas, frente a una problemática determinada, en este caso, sobre el uso de los medicamentos y su relación con la enfermedad. Además permite tener una diversidad de miradas y procesos emocionales dentro del grupo.

Se centra en la interacción que gira en torno a un tema en particular; y se genera una dinámica fundamentada en la conversación, siendo ésta, un arte aprendido de modo natural en los procesos de socialización y se constituye en la base del aprendizaje para el conocimiento de los contextos socioculturales de quienes participan en él.

Etapas del proceso operativo de un grupo focal

1. Planteamiento del objeto y objetivos del estudio.
2. Identificación y selección de los participantes
3. Análisis de la información sobre los participantes
4. Selección de un moderador(es)
5. Diseño de la Guía de Discusión temáticas - preguntas
6. Validación de la guía mediante una prueba piloto.
7. Reservación y preparación de los sitios donde se reúnen los grupos focales
8. Invitar, comprometer personal o institucionalmente a los participantes, mediante invitaciones escritas o verbales

9. Verificar la asistencia y compromiso por otros medios tales como llamadas telefónicas o confirmaciones indirectas (Terceros)
10. Organizar la adecuación del sitio y la logística de la reunión (Número y tipo de asientos, equipos, refrigerios, etc.)
11. Ultima invitación a los participantes un par de días antes
12. Desarrollo de la técnica: Inducción y conducción del dialogo grupal.
13. Cierre: Presentación de las conclusiones y acuerdos.
14. Proceso de validación de las relatorías, acuerdos y resultados por parte del equipo investigador
15. Informe final.

Desarrollo de los grupos focales en el proyecto

Los lugares seleccionados fueron los municipios de Girardot, Cáqueza, Facatativá, Fusagasugá, Soacha y Villeta, y específicamente las comunidades usuarias de los servicios del hospital local. Se elaboró la guía de preguntas con base en los aspectos a profundizar a partir de los contenidos de la encuesta aplicada a usuarios y prescriptores. Posteriormente, se llevó a cabo una prueba piloto con personas de la comunidad en el hospital del municipio del Sopó; allí se validaron y ajustaron las preguntas de la guía a aplicar durante el desarrollo de los grupos focales.

Los usuarios se citaron a través de las directivas de los Hospitales de los municipios seleccionados, allí en su sede se realizaron los Grupos Focales. A continuación se presentan los datos de los municipios. En total participaron 41 personas distribuidas de la siguiente manera:

Municipio	Fecha	Participantes	Perfiles
SOPÓ – Prueba Piloto		5 personas	Representantes de la asociación de usuarios, de la junta de acción comunal y miembros de la comunidad
GIRARDOT	21/05/2014	7 personas	Presidentes y otros miembros de las asociaciones de pacientes de Convida, Comparta, Salud Vida, Salud Total y el Hospital.
SOACHA	23/05/2014	7 personas	Usuarios de CAPRECOM y de la comunidad
CAQUEZA	26/05/2014	6 personas	Miembros de la comunidad y del club de hipertensos
FACATATIVÁ	27/05/2014	7 Personas	Asociación de usuarios de la EPS Colsubsidio, la nueva EPS y miembros de la comunidad.
FUSAGASUGÁ	28/05/2014	3 personas	Vicepresidenta de la asociación de usuarios del hospital y miembros de la comunidad.
VILLETA	30/05/2014	6 personas	Miembros de la comunidad, de la asociación de usuarios del hospital y de la junta de acción comunal.

Guía de los grupos focales

Para el desarrollo del Grupo Focal, el equipo de profesionales participantes en los mismos preparó una serie de preguntas, para abordar durante el desarrollo de la actividad grupal.

1. Concepto de enfermedad y salud.
   a. ¿Qué es estar enfermo?
   b. ¿De qué se enferma la gente?
2. Etiología de las enfermedades
   a. ¿De qué se enferma?
   b. ¿Cuáles son los tipos de enfermedades?
3. Acciones ante la situación de enfermedad
   a. ¿Cuándo se enferman a dónde acuden? Es diferente según la enfermedad?
   b. ¿Cuál de los agentes del sistema le genera más confianza?
4. Tipos de medicamentos.
   a. ¿Qué medicamentos le formulan?
   b. ¿Considera que esos medicamentos le han sido benéficos?
   c. ¿Cuál ha sido su experiencia y que opina de los medicamentos?
5. Acceso a los medicamentos.
   a. ¿Dónde adquiere los medicamentos?
   b. ¿Se les entregan los medicamentos a tiempo?
   c. ¿Qué tipo de medicamentos le formulan?
   d. ¿Qué dificultades ha tenido en la adquisición de los medicamentos?
6. Prescripción y explicación sobre uso de medicamentos
   a. ¿Cuándo va a consulta, el médico le da información sobre el tratamiento que le ordeno?
   b. ¿El médico le explicó los posibles efectos secundarios o adversos de la medicación?

Categorías de análisis

Con el propósito de realizar la sistematización y el análisis de la información obtenida se procedió a crear las siguientes categorías que contemplan las distintas temáticas tratadas en los Grupos Focales:

- Concepto de enfermedad
- Etiología
- Acciones ante la situación de enfermedad
- Relación médico paciente
- Medicamentos - Tratamiento

Análisis

Una vez transcritas las respuestas de los grupos focales, su interpretación y comprensión se clasifico teniendo en cuenta las categorías de análisis.

Concepto de enfermedad

La enfermedad es percibida, por la mayoría de los participantes, como generadora de una ruptura en la red biológica y social. Biológicamente, la enfermedad es percibida inicialmente como daño, dolor o desequilibrio en el cuerpo:

”Son los cambios en su cuerpo(..) es perder el estado vital de la persona.”

“A mí me duele todo lo que se llama cuerpo y estoy en estas correrías es por lo de los pulmones y el pecho me duele mucho también y la rodilla, mejor dicho todo más bien”.

En la dimensión social, la enfermedad es percibida como un “malestar” que afecta las relaciones personales, laborales y emocionales. La mayoría de las personas enfatiza la importancia de esta dimensión de la situación. La enfermedad, para ellos, genera un mayor grado de incertidumbre en el ámbito de lo social por los efectos negativos que ella genera en su vida cotidiana (Taussig 1995).

Existe una percepción social del riesgo, que trae consigo la enfermedad, que enfatiza algunos peligros e ignora otros. La elección de las personas ante la enfermedad está más relacionada con ideas sociales que con nociones de probabilidad de costos y beneficios. La enfermedad es una disfunción orgánica la cual es medida por el médico. El significado del “malestar” está definido por el contexto cultural del enfermo.

“No poder hacer las cosas que uno quisiera como uno siempre las hace y no estar bien en el día, digamos en el día el malestar que uno está enfermo... no puede estar uno bien“.

“Padecer de una afectación de un síntoma que le afecta tanto física como mentalmente“

“No hacer lo que normalmente se hacer, trabajar, recrearse, no es lo mismo (..) se limita a muchas cosas”

“Perder capacidades para luchar en la vida, más si es pobre peor”

La contingencia de la enfermedad y la necesidad de reconstruir los vínculos sociales que ella produce, influye directamente en el tipo de proceso de racionalidad que ellos llevan a cabo para lograr estabilizar la situación. Las razones (creencias, deseos e interpretaciones) expuestas por los participantes, influyen en la ordenación

de las opciones que ellos establecen, para decidir acerca del uso de medicamentos. La decisión, en la mayoría de los casos, está girando en torno a los aspectos culturales y emocionales de la situación (Resnik 1998). Las redes sociales de las personas crean dispositivos que aceptan o evitan los riesgos que genera la enfermedad. Los testimonios recopilados permiten identificar la existencia de un sesgo cultural, que percibe como menores los peligros de la enfermedad a los que anuncian los expertos del campo y ámbito médico.

Etiología

El origen de la enfermedad se atribuye a múltiples situaciones de naturaleza interna y externa como: auto cuidado, accidentes, biológicas, mentales, sociales, ambientales, estilos de vida o alimentación inadecuada. También se asocia a otras dimensiones como: los derechos, cultura, el mal trato, la normatividad, la economía y el estado. Internamente el origen de la enfermedad está asociado a una ruptura en la normalidad biológica que se manifiesta con dolor generalizado.

"es falta de cuidado de uno, aunque pues claro que muchas veces uno no siempre tiene para alimentarse bien, comer sano y saludable".

"Múltiples, una enfermedad a veces no avisa cuando va a llegar, simplemente llega".

"Falta de prevención, auto medicarse".

"Problemas psicológicos,"

En la mayoría de los casos, las representaciones mentales relacionadas con la producción de enfermedades están asociadas a la influencia del medio ambiente, el trabajo, el estrés y la pobreza.

"Cuando yo me enferme es porque estaba haciendo un rayo de sol y cayo un palo de agua y yo me moje, de ahí ya empieza la enfermedad de uno, directica pal hospital. Entonces así es, como dice el Cambios de clima".

"Que le dio mucho estrés, por algún problema, de que ahí se enfermó".

"Muchos químicos, accidentes, la pobreza e incertidumbre".

"La problemática está en la cultura y el medio donde estamos."

Acciones ante la situación de enfermedad

La mayoría de los participantes mencionan que cuando se enferman en primer lugar acuden a sus redes de mundo pequeño (familia, vecinos o amigos)

(Watts 2006). En segunda instancia acuden al empleado de la droguería o a consulta a médicos tradicionales o alternativos. La última opción de elección y decisión es acudir al médico. Esta forma de proceder nos demuestra que, desde la perspectiva del paciente, este busca maximizar sus aciertos y minimizar los errores. Dicha respuesta puede ser racional, o no, y se aplica tanto a las creencias como a las prácticas.

Los testimonios recopilados nos demuestran que existe la tendencia de omitir acontecimientos (de baja frecuencia) como las enfermedades. Este proceder le permite al enfermo mantenerse sereno ante los peligros que pueden enfrentar (Douglas 1996). Existe una tendencia a minimizar los malos resultados y a considerar que ellos pueden afrontar los riesgos que conllevan las enfermedades. Como puede observarse la racionalidad de las creencias y las practicas está condicionada por la cultura.

"Acudo donde mi mamá, claro, una yerbita, una aromática, (..) Antiguamente uno se curaba con matas".

"La gente va a muchas farmacias (...) allá le venden cualquier cosa, muchas veces por ganar plata, inclusive más costosas"

"Los medicamentos caseros o naturistas"
"Buscar a Yerbateros (por tradición)"

"Otros usan el espiritista, leen la mano, el ojo, pero para mí es mejor el médico".

El modelo autoritario médico tradicional no permite la construcción de un método racional para la resolución de problemas que sea acordado por el médico y el enfermo. La forma de proceder racional que se deriva de esta situación es la siguiente: en primer lugar, acuden a personas de confianza (cercanos, naturistas, indígenas, tradición, droguería) y en última instancia consultan al médico (Mosterin 1987).

"A si, a uno le dicen vaya a la droguería y se toma un matrimonio (3 clases de pastas o inyecciones) y eso es ya que se mejora. – es una bomba, pues cuando uno ya se ve muy enfermo, entonces ahí sí, corra pal hospital. Porque esos pañitos de agua tibia no le sirvieron"

La relación con el médico es percibida emocionalmente por los enfermos como una situación generadora de "miedo". Este temor que produce la interacción con el médico, los conduce a recurrir a la ayuda de otros agentes (Minsky 2010). Las experiencias de interacción con el médico marcan negativamente el tipo de apego que los usuarios y enfermos tienen con él. Los testimonios demuestran que se presentan problemas de: abstracción (pasar por alto excepciones vitales), memoria

(información errónea o equivocada), apego (creer todo lo que dicen los más cercanos) e imaginación (confundir realidad con fantasía).

"Le da miedo que le describan algo y uno se psicosea"

La pérdida de confianza y credibilidad de los enfermos en el médico, hace que estos busquen información y solución para su enfermedad en otras fuentes que son más cercanas a ellos emocionalmente. El análisis de los testimonios nos confirma que cuando la incertidumbre es muy elevada, como sucede en este caso, las normas culturales estimulan la búsqueda de más riesgo.

"Ir donde quién sea más acertado, la idea es tomarlo con Fe"

"Busco de Dios, porque él me salvo el ojo, en el medico me lo iban a sacar, me fui y me puse en las manos de Dios(..) En mi hace efecto más la fe que el médico, para ir al hospital tengo que venir medio muerto,"

Existe un vínculo fuerte entre el enfermo y otros agentes de salud diferentes al Médico. La información y comunicación de salud que buscan los enfermos, son seleccionadas de otras fuentes alternativas las cuales son percibidas y catalogadas como más efectivas.

"Yo prefiero irme a donde el chino de la droguería que se ve que es preparado, y no clavarme 6 horas de urgencias en un "triage" y los enfermeros no tienen calidad humana".

La decisión para el uso de los medicamentos está directamente relacionada con los tiempos y espacios disponibles. Los problemas administrativos y las políticas de las instituciones no permiten generar confianza ni credibilidad en el médico.

"Que uno le duela algo y que tiene uno que tomarse una pastilla sin alentarse

"Se acude al médico como segunda opción por las citas, por las filas y otros ahí"

Dependiendo de la gravedad los pacientes recurren a medicamentos caseros y naturistas- después a la droguería- como las citas son demoradas y la última opción es el hospital o médico (tramites)- recurren al más acertado sustentados en la fe.

"Algunas personas viven en lugares muy retirados como las veredas, entonces no tienen dinero para venir hasta aquí al hospital, por eso hacen lo que le enseñaron los abuelos o van donde el yerbatero porque es de mayor fácil acceso".

"A veces de pronto me falta fe para curarme de todo".

Relación médico paciente

Los testimonios recopilados coinciden en afirmar que perciben la relación médico paciente como distante, superficial, impersonal y poco efectiva. Todo lo anterior refleja pérdida de confianza en el acto médico. En sus testimonios las personas señalan que los médicos no explican, se ponen bravos ante las preguntas, utilizan el conocimiento obtenido en redes pequeñas (familia y amigos) que ya han sido formulados con el mismo medicamento.

Estas imágenes similares, de la relación médico paciente, nos indican que no existe una percepción adecuada de los riesgos que trae consigo la enfermedad, porque los enfermos o usuarios no pueden codificar las informaciones emitidas por los médicos, para lograr su interpretación efectiva.

"Muchas veces los médicos mandan a tomar medicamentos que no son efectivos, entonces la gente, no cree en el médico y se van pal yerbatero".

Los enfermos consideran que los médicos no explican, no escuchan, formulan mal, cometen errores y no hacen seguimiento. Esto pone en duda la validez del agente médico y conduce a desaciertos, malas interpretaciones y ambigüedades que impiden la comunicación. Para solventar las desinformaciones y la incomunicación con los profesionales del campo médico, los enfermos recurren otras personas para resolver los problemas y las dudas. Cuando la desconfianza es muy elevada la cooperación resulta imposible. Cuando esta situación se generaliza las desventajas son para todos los agentes que participan en las interacciones (Douglas 1996).

"No, ellos ya simplemente pre-escriben y ya, eso uno ya ni entiende"

"A veces no se detiene a decirle al campesino, al humilde,"

"esa falta de sentarse y hacer una consulta consciente, escucharlo, no hacer que el paciente sienta miedo (..) si el médico no levanta la cabeza y lo mira, (..) el médico debe ser formal, eso da confianza y así se genera una amistad"

Desde la perspectiva del paciente, el médico estáocupado en su computador, ni siquiera mira o examina, dan el nombre del medicamento y como tomarlo, no explican efectos, no ponen atención, los médicos diagnostican diferente y esto generan desconfianza, el personal de salud tampoco explica.

"El médico ya sabe de qué está enfermo, entonces le voy a dar esto y esto, entonces pues uno ya sabe por qué toda la vida se las han dado a mi padre. Pero cuando uno no sabe ellos a veces no dicen o se ponen bravos cando uno le pregunta".

"Más pendiente en el computador, hay menos tiempo en la atención y cometen negligencia."

"Nunca le dicen a uno con que va a contradecir el medicamento"

La mayoría de los participantes menciona que los médicos no explican la utilidad de los medicamentos y los efectos secundarios. Además, señalan que los médicos no permiten las preguntas de los pacientes. Como puede observarse, el vínculo no ha sido posible porque la información y comunicación médica no se adecua a las reglas de interacción que los usuarios y enfermos esperan sean utilizadas.

Estos problemas de interacción, información y comunicación, llevan a los pacientes a buscar otras fuentes, para conocer lo relacionado con los medicamentos que les formulan. Las personas también señalan que, desde su percepción, los médicos no formulan adecuadamente, tienen unos tiempos específicos que deben cumplir y no dedican el tiempo necesario para escuchar al paciente.

"A veces es mejor ir donde el señor de la droguería que te explica bien y mejor lo que hay que tomar y hay que hacer para uno aliviarse mejor".

"La salud se volvió el negocio, por eso es que dan medicamentos, no con el ánimo de curar realmente al paciente, si no de generar una dependencia de uno a ellos para que el negocio prospere"

"Algunos médicos no tienen ética profesional, dejando atraparse por las condiciones de las EPS"

Medicamentos – Tratamiento

Los participantes perciben que los médicos formulan medicamentos en exceso. Se abandona el tratamiento independientemente del resultado en la salud. La mayoría de los participantes creen que los medicamentos formulados son siempre los mismos, de mala calidad y poco efectivos.

"Una vez vine al médico y este me receto unas pastas, y eso parecía una paca de cerveza yo así borracho y me toco botar ese poco de pastillas porque no me sentaron muy bien. Me dijo ay no es que eso trabaja así. (Estaba harto de miedo)".

"Me formularon como 30 pastillas, por 7 días, yo no sabía si tomármelas o dejarlas ahí".

"Se deja por pereza, al sentirse mejor "a la mitad del tratamiento" o por efectos adversos".

"Si se lo toma bien es bueno, pero sino puede generar repercusiones".

Los enfermos aprenden, por diferentes medios, sobre su enfermedad y de acuerdo con ese autoconocimiento continúan o suspenden medicamentos. No existe reciprocidad en el acto médico y este hecho influye en el uso racional de los medicamentos.

"Pues digamos como yo, no he tenido un proceso de un tratamiento, lo que yo si se es que las personas que tienen tratamientos, los dejan porque tienen efectos secundarios muy fuertes como que se les sube la tensión, dolores constantes de cabeza y otros. No mejor yo no me tomo una sino me tomo media. Y no me tomo 3 si no 1. Por qué les afecta en otras áreas. Y otras veces las personas dejan los medicamentos porque se sienten bien a los 3 días y pues ya dejan los medicamentos"

Como los medicamentos que formulan no producen siempre los efectos esperados, esto va generando pérdida de confianza y credibilidad en la institución médica. El paciente duda de la efectividad de los medicamentos que formula el médico, porque considera que son siempre los mismos. Esta desconfianza y falta de credibilidad se incrementa cuando las farmacias de las instituciones no cumplen con la entrega de la totalidad de los medicamentos formulados. Los medicamentos que quedan "pendientes" se pierden porque no se reclaman.

Las colas, los espacios reducidos, los inadecuados procesos y el mal trato excluyen a los enfermos de las farmacias institucionales. El enfermo cuestiona la sinceridad de los actos institucionales.

"...martirio. Es terrible, donde la verdad nunca hay un buen servicio médico, (...) Esperar horas lo medio valoran".

"Hace no mucho conocí un chico que le toca poner tutela a cada rato, para que le entreguen los respectivos medicamentos. Pero a veces los médicos son descuidados y pre-escriben mal y no le explican los efectos secundarios"

En torno a la calidad de los medicamentos los participantes mencionan que existen diferencias en la calidad de los medicamentos del POS. Consideran que se formulan siempre los mismos medicamentos para los pobres los cuales producen un alivio temporal y de mala calidad.

"Muchas veces los médicos mandan a tomar medicamentos que no son efectivos, entonces la gente, no cree en el médico y se van pal yerbatero".

La mayoría de los participante no tienen claridad, conceptual ni práctica, acerca de las diferencias entre un medicamento de marca y uno genérico. Se asocia calidad

del medicamento al precio, el genérico es más económico. La amplitud de matices en los significados relacionados con las diferencias de los medicamentos, denota una ausencia de comprensión.

"los genéricos no son tan buenos, no tiene la misma sustancia"

"no hay como la original"

"Por la economía Genérico. El precio del genérico motiva su uso pero sostienen que "sale más cara la cura que la enfermedad, por dar droga barata".

"Los genéricos no son tan buenos, no tiene la misma sustancia"

Los enfermos perciben que la formulación de medicamentos de "marca" está relacionado con posibles negocios de los médicos con las droguerías o las farmacéuticas. Las personas no entienden la diferencia entre medicamentos genéricos y de marca. Las distinciones las establecen por marcas (acetaminofén vs Dolex).

"Depende el estrato social, el que tiene facilidad y quiere su salud compra comercial, el que no tiene que comprar lo que le formularon".

La diferencia, para los participantes, está en el precio. Su uso se percibe más con una estrategia de venta entre médicos y farmacéuticas. Los médicos estimulan el uso del medicamento "comercial". Las personas indican que les hacen "creer" que el medicamento "genérico" es igual al comercial, pero, el médico y las droguerías les dicen lo contrario. Estas percepciones cuestionan la sinceridad de las recomendaciones médicas.

"A veces los médicos dicen compre este, para que se vean los resultados más rápido".

"Es un negocio redondo para la E.P.S"

"Depende el estrato social, el que tiene facilidad y quiere su salud compra comercial, el que no tiene que comprar lo que le formularon".

"La orientación que tienen los laboratorios, es de volver a las personas dependientes y consumidores de los medicamentos"

Este desconocimiento es aún mayor en relación con los antibióticos. La cantidad formulada y algunos efectos secundarios que estos producen, generan mayor incertidumbre que afecta su consumo. El medicamento se suspende por cansancio o por mejoría. Los enfermos adaptan las dosis según sus creencias y suspenden el tratamiento cuando se tiene mejoría sin completar las dosis.

El análisis de los testimonios, desde la perspectiva teórica de las expresiones realizativas (Austin 1990) y los actos de habla (Searle 1990), demuestra que se están presentando múltiples acciones médicas desafortunadas (no cumplen con las intenciones) que impiden la comprensión adecuada de las recomendaciones vinculadas con el uso racional y efectivo de los medicamentos.

Los infortunios del acto médico se presentan, de acuerdo con los testimonios, de la siguiente manera: las afirmaciones médicas son cuestionadas en su verdad por los enfermos; las declaraciones no introducen los cambios esperados; las ordenes, prescripciones y peticiones médicas no son seguidas por los pacientes; los enfermos, en la mayoría de los casos, no actúan como se esperaría y, los compromisos adquiridos no se cumplen (Searle 2004).

Desde la perspectiva de las personas que participaron en los grupos focales, no hay reciprocidad, directa o indirecta, entre las instituciones y profesionales médicos con los usuarios y enfermos. El análisis de los testimonios recopilados, durante el desarrollo de los grupos focales, señala la necesidad de que los profesionales y las instituciones médicas desarrollen acciones que permitan lograr una adecuada identificación, explicación y comprensión de las influencias culturales en los procesos de percepción, racionalización, decisión y acción que efectúan los agentes vinculados con el uso racional y efectivo de los medicamentos.

Los resultados obtenidos en los grupos focales confirman la información obtenida en las encuestas a usuarios y prescriptores. Este hecho resalta la importancia de combinar la investigación cuantitativa y cualitativa para lograr obtener una comprensión más compleja, confiable y válida del fenómeno estudiado. Como se puede observar existen múltiples similitudes en la información obtenida con los dos procedimientos investigativos que permiten identificar los patrones comunes que subyacen a la problemática relacionada con el uso racional y eficiente de los medicamentos.

ANÁLISIS DE LAS SITUACIONES COMUNICATIVAS IDENTIFICADAS EN LAS ENCUESTAS A USUARIOS, PRESCRIPTORES Y GRUPOS FOCALES

La evolución científica ha traído consigo múltiples y radicales modificaciones conceptuales en todos los campos y ámbitos de la investigación. Desde la perspectiva científica contemporánea la racionalidad, información y comunicación humanas (individuales, grupales o colectivas) deben ser consideradas como procesos inherentes a la estructura de lo real.

El proceso de racionalidad humana está orientado a maximizar los aciertos y minimizar los errores en una situación de decisión. El proceso de intercambio informativo tiene el propósito de reducir las incertidumbres que generan la diferencia y la finalidad del proceso de interacción comunicativa es crear la posibilidad de construir algo en común entre entidades diferentes.

La interacción comunicativa, está sustentada en la posibilidad de lograr crear equilibrios inestables, dinámicos y evolutivos. Para lograrlo, la modalidad de pensamiento de los agentes debe estar sustentado en lógicas no clásicas. Además, los agentes deben generar interacciones de naturaleza cooperativa. Todo esto es posible si la relación pensamiento – acción de las personas que interactúan está apoyada en procesos de racionalidad, información y comunicación efectivos.

Desde su nacimiento los humanos, apoyados en el lenguaje, van configurando por imitación, interacción comunicativa y aprendizaje un conjunto dinámico de representaciones simbólicas y procesos de cómputo que dan forma a diferentes modalidades de pensamiento y acción que son convencionalmente establecidas.

La teoría informativa y comunicativa contemporánea nos señala que las interacciones humanas (individuales, grupales y colectivas) están condicionadas por los presupuestos que los agentes han adquirido en sus redes sociales. La inconciencia

de estos presupuestos tiende a distorsionar la comprensión de los hechos que constituyen la naturaleza y el mundo.

La interpretación, decodificación y reacción ante los mensajes emitidos está condicionada por el conjunto de supuestos previos que los humanos han adquirido en sus interacciones comunicativas. El conocimiento de los diferentes presupuestos permite caracterizar las modalidades de pensamiento y acción que son utilizados por los agentes como guías para la realización de sus interacciones.

El fenómeno comunicativo tiene una naturaleza compleja. Esto quiere decir que la situación comunicativa está constituida por múltiples elementos diferentes que interactúan en codependencia y coevolución configurando una red de interacciones. Este entrelazamiento de sus elementos obliga a tener que percibir los fenómenos comunicativos globalmente. La red comunicativa es altamente sensible a las condiciones iniciales, tiene comportamientos irreversibles que son difíciles de predecir, dinámicos y creativos.

El sub-proyecto de investigación relacionado con el uso racional y eficiente de los medicamentos nos aporta la información necesaria para caracterizar las situaciones comunicativas que se han venido presentando y que pueden estar facilitando o impidiendo el uso racional y eficiente de los medicamentos. La información obtenida, con la realización de las encuestas y los grupos focales, permite caracterizar las situaciones de interacción, informativa y comunicativa, que pueden estar incidiendo, positiva o negativamente, en el uso racional y eficiente de medicamentos.

Encuesta Usuarios

La confianza mutua es una condición vital para generar procesos de información y comunicación efectivos. La encuesta de usuarios nos demuestra que se presentan altos grados de desconfianza en el acto médico y sus resultados. El grado de confianza se incrementa cuando existe una frecuencia alta de interacción con el médico. La confianza disminuye con la edad y el nivel de conocimiento del usuario: a menor edad y mayor conocimiento del usuario, menor confianza en el medico y los medicamentos que formula.

Las respuestas de los usuarios demuestran que existen problemas de comprensión de los mensajes emitidos por los prescriptores. Los usuarios (de menor edad y nivel educativo mayor) codifican y decodifican los mensajes del prescriptor en un sentido diferente al que este pretendía transmitir. Además, los usuarios “dudan” de la verdad de los mensajes que emite el prescriptor, configurándose situaciones de ambigüedad comunicativa.

Existe un conjunto de elementos globales, internos y externos, que inciden negativamente en la percepción de confianza que los usuarios tienen del médico y los medicamentos que formula. Como factores internos, los usuarios destacan que continuamente se observan inadecuadas actitudes del prescriptor ante la palabra del usuario (no ponen atención, no escuchan, no examinan). Como elementos externos, que inciden en la desconfianza hacia médico, los usuarios señalan: el tiempo excesivo, los complicados procesos de atención y los inadecuados espacios. Además de lo anterior, es conveniente mencionar que las experiencias previas negativas -que han tenido los usuarios o sus conocidos- con los médicos, condicionan la posibilidad de lograr un mayor grado de confiabilidad. El significado de la palabra confianza para los usuarios es multidimensional. Esta ausencia de confianza impide la generación de procesos que permitan el intercambio mutuo entre usuarios y prescriptores.

Forma de proceder ante la Enfermedad

Los usuarios, para resolver los problemas que les genera una enfermedad, recurren en primer lugar a personas con las cuales han establecido vínculos cercanos (familia, amigos o vecinos). Cuando las recomendaciones de los cercanos no son efectivas, consultan al empleado de la droguería. Si los usuarios tienen los recursos económicos, acuden a consulta con un médico particular, otras medicinas populares o alternativas. Otra forma de proceder, común en los usuarios, es no hacer nada. La consulta con la institución de salud (IPS) es percibida por los usuarios como su último recurso.

La solidez de los vínculos entre los agentes que interactúan está dada por la existencia de adecuados flujos de información y comunicación entre ellos. Las respuestas de los usuarios demuestran que ellos tienen una imagen lejana de las instituciones de salud. Esta percepción distante de los prescriptores y las instituciones de salud manifiesta la existencia de problemas de exclusión.

Medicamentos

La mayoría de los usuarios obtiene la información necesaria para reducir la incertidumbre que tienen acerca de los medicamentos en sus redes cercanas (familia, amigos vecinos) o con el empleado de la droguería. Los usuarios, que están en tratamiento, consultan prioritariamente al médico o al empleado de farmacia. Los usuarios que tienen un mayor nivel educativo, resuelven sus dudas en medios escritos y en internet. La búsqueda de información se realiza en fuentes diferentes a la institución médica. Estas situaciones indican que los prescriptores no han logrado generar una comprensión adecuada de sus mensajes relacionados con el uso los medicamentos.

Los usuarios perciben que, tanto la institución de salud como los prescriptores, no son fuentes de información válidas y efectivas para reducir las incertidumbres que generan los medicamentos. Esta percepción negativa de la información médica denota que existen problemas de cantidad y calidad en la información que intercambian los prescriptores con los usuarios. Estos conflictos de cantidad y calidad informativa impiden la construcción de vínculos comunicativos entre ellos. La desinformación e incomunicación entre prescriptores y usuarios, se origina en la imposibilidad de lograr que los usuarios identifiquen las intenciones del prescriptor.

Los usuarios manifiestan que dejan de usar el medicamento cuando este les produce algún malestar. Esta forma de actuar disminuye con la mayor edad del encuestado y con la frecuencia de los contactos con el médico. La mayoría de los usuarios manifiesta desconocer el significado de la expresión efecto adverso del medicamento. El conocimiento de los efectos adversos de los medicamentos se incrementa con el nivel educativo de los usuarios.

Los usuarios no siguen las indicaciones de los prescriptores, porque no comprenden la importancia de seguir los procesos y procedimientos establecidos para el uso racional de los medicamentos. Los usuarios desconocen la doble naturaleza (positiva y negativa) que tienen los medicamentos. Estas dos incomprensiones, una cognitiva y otra procedimental, producen múltiples actos de habla desafortunados.

Un alto porcentaje de los encuestados mencionan que no han recibido ninguna explicación sobre el uso de los medicamentos. Los presupuestos de los usuarios cuestionan la validez y la sinceridad de los actos médicos.

Existe un grupo importante de usuarios que consideran los medicamentos como de baja calidad; esta evaluación negativa la asocian a la denominación de genéricos. Mencionan que los medicamentos genéricos son baratos y que por este motivo no producen los efectos que afirmo el médico. Los usuarios dudan de las afirmaciones y declaraciones de los prescriptores, relacionadas con la calidad de los medicamentos genéricos.

Formulación

Los usuarios perciben que los médicos formulan medicamentos sin necesidad. Esta representación mental es mayor en personas jóvenes y en usuarios que pertenecen al Régimen Contributivo. Los usuarios indican que no es necesaria la formulación de varios medicamentos para que ellos se sientan bien atendidos. Estas percepciones negativas de los usuarios confirman que existen problemas de comprensión en relación a la naturaleza y efecto de los medicamentos. Sólo aquellos usuarios que tienen una interacción más frecuente con el médico logran comprender la naturaleza y efectos del medicamento.

Los usuarios inicialmente señalan que no se auto medican antibióticos porque conocen los efectos perjudiciales de su uso indiscriminado. Sin embargo, la mayoría de ellos, acuden al empleado de la droguería para que los formule y les explique su utilización. En lo referente a los medicamentos para conservar la salud, la mayoría de los encuestados no consideran indispensable su consumo. La mayoría de los encuestados consideran que los medicamentos generan adicción. Las respuestas de los usuarios contienen múltiples vacíos conceptuales en relación con la percepción del riesgo, naturaleza, efecto y uso de los medicamentos. La inadecuada información, las ambigüedades y vaguedades que tienen los usuarios influyen en sus decisiones.

Encuesta Prescriptores

Conocimientos

La mayoría de los prescriptores encuestados consideran que tienen los conocimientos necesarios para prescribir racionalmente medicamentos. Esta creencia es mayor en los médicos especialistas. La percepción positiva mayor de las guías, su importancia y utilización, depende del grado de formación y el tiempo de graduación de los médicos.

Los presupuestos de los prescriptores están vinculados con el intelecto (la infraestructura básica del conocimiento médico) porque consideran que les resultan útiles. Esta infraestructura tácita de ideas de los prescriptores puede volverse tan rígida que impida una percepción adecuada de sus elecciones y decisiones. Esta situación se hace más evidente cuando se compara con las respuestas de usuarios y los testimonios de las personas que participaron en los grupos focales.

Restricciones

La mayoría de los prescriptores consideran que no hay restricciones en la formulación de medicamentos. Esta percepción positiva es mayor en especialistas y médicos generales mayores. Los médicos recién graduados perciben que si hay restricciones. La mayoría de los prescriptores señalan que los mayores condicionantes para la prescripción son el listado de medicamentos del POS y los intereses de las EPS.

Selección de los medicamentos

Para la mayoría de los prescriptores la selección del medicamento se realiza según su eficacia. Los médicos generales jóvenes tienen más en cuenta el estado general del paciente. El grado de especialización del prescriptor condiciona el tipo de interacción que llevan a cabo con los pacientes. El especialista tiene una percepción

local de la situación de decisión (enfermedad), la del médico general es más global (estado general del paciente).

Los prescriptores señalan que la formulación de medicamentos no POS es ocasional. Los médicos antiguos y los especialistas formulan más medicamentos no POS que los recientemente graduados.

La mayoría de prescriptores fórmula más el medicamento genérico que marca. Los médicos generales mayores prefieren la formulación de marca que los médicos recién graduados. Los especialistas prefieren la formulación de medicamentos de marca. La mayoría de los prescriptores no formula opciones de medicinas alternativas.

Información

Las fuentes de información más consultadas por los prescriptores son: Internet, Vademécum, visitador médico. La información necesaria para reducir las incertidumbres que genera la formulación de los medicamentos en los prescriptores es obtenida por fuentes diferentes a la institución médica. Esta situación manifiesta la ausencia de vínculos informativos y comunicativos de los prescriptores con otros agentes institucionales que están relacionados con el campo de los medicamentos.

Recomendaciones

Los prescriptores mencionan que explican siempre el objetivo terapéutico, la cantidad y la vía de administración del medicamento. Reconocen que no siempre comentan los efectos secundarios del tratamiento. Escaso número de médicos remite a enfermería, para la explicación sobre el uso de los medicamentos. Pocos médicos remiten a farmacia para la explicación sobre los medicamentos. Existe una notoria desvinculación del médico con otros agentes institucionales.

La mayoría de los prescriptores creen que los pacientes no se sienten mal formulados con menos de tres medicamentos. Esta percepción de los prescriptores, es mayor en especialistas y menor en médicos generales. Como podrá observarse, más adelante, los prescriptores desconocen los presupuestos de los usuarios y pacientes los cuales son radicalmente diferentes. Esta situación confirma el alto grado de aislamiento y rigidez de los presupuestos que orientan las acciones de los prescriptores.

Como puede observarse más adelante, en el análisis comunicativo, las modalidades de pensamiento de los prescriptores y los usuarios son diferentes. La de los prescriptores es local y la de usuarios y paciente global. Esta diferencia, en la modalidad de pensamiento, tiende a incrementar los grados de incertidumbre y a generar situaciones de incomunicación entre ellos.

Grupos Focales

La información obtenida en los grupos focales confirma, amplia y profundiza las problemáticas de comunicación identificadas en las encuestas de usuarios y prescriptores. Se hacen aún más evidentes los inadecuados procesos de información y comunicación que imposibilitan la construcción de vínculos entre prescriptores, usuarios, pacientes y las instituciones de salud. Este aislamiento informativo y comunicativo de los diferentes agentes, que directa o indirectamente participan en la formulación de medicamentos, impide la realización de interacciones codependientes y coevolutivas que propicien su uso racional.

Concepto Salud- Enfermedad

La mayoría de los participantes interpreta la enfermedad como una ruptura en la vida cotidiana. La enfermedad se define como un malestar físico y mental que impide hacer las cosas acostumbradas. La enfermedad es un "dolor" permanente que genera "temor" a algún procedimiento médico. Los altos grados de incertidumbre e inestabilidad que genera la enfermedad, condicionan las opciones y los procesos de búsqueda de información necesaria para reducirla. La mayoría de las persona no percibe al médico como cercano y los flujos de información y comunicación con ellos son inexistentes o inadecuados.

Etiología de la enfermedad

La mayoría de los participantes considera que la enfermedad es contingente y repentina. La enfermedad se produce por múltiples factores: accidentes, malos hábitos, condiciones inadecuadas de vida, trabajo, preocupaciones, contaminación, químicos, alimentos perjudiciales y se destaca las condiciones de pobreza.

Acciones ante la enfermedad

Dependiendo del grado de malestar que produzca la enfermedad, las personas manifiestan que siempre recurren a sus vínculos más cercanos (parientes, amigos o vecinos) los cuales les recomiendan y aconsejan (tener fe y utilizar medicamentos caseros y naturistas). Si el malestar permanece, la fuente de información siguiente es el empleado de la droguería. La última opción para la mayoría de ellos es ir el hospital o al médico.

Las representaciones mentales (creencias, reglas, imágenes, analogías y conexiones) y los procesos de computo (resolución de problemas, toma de decisiones, uso del lenguaje) de los participantes evalúan negativamente la interacción con el médico. Los participantes expresan las razones que explican su distanciamiento con el médico. Las razones que orientan sus decisiones hacia la búsqueda de información y comunicación con otros agentes que no pertenecen al campo y ámbito médico son:

los excesivos trámites, las autorizaciones, la poca disponibilidad de medicamentos, el largo tiempo de espera y el temor a que se descubra algo grave durante la atención médica.

Los testimonios de las personas demuestran que los problemas organizacionales actúan como barreras que impiden el libre flujo de informaciones y comunicaciones dirigidas a lograr un uso racional de los medicamentos. El uso racional de medicamentos, desde una perspectiva comunicativa, debe ser el resultado de múltiples acciones tanto globales como locales. La complejidad del fenómeno comunicativo siempre conecta dimensiones que en apariencia pueden considerarse como lejanas (entrelazamiento).

Explicación médica.

La mayoría de los participantes expresan que no se consideran bien atendidos. Desde la perspectiva el paciente, los médicos no examinan, no explican ni responden las preguntas de los pacientes. Para las personas, los médicos se limitan a nombrar el medicamento y señalar la forma de tomarlo. Los médicos, según las percepciones de los participantes en los grupos focales, no mencionan los efectos, ni las razones por las cuales se deben utilizar.

La ausencia de explicación y comprensión de los prescriptores a los usuarios sobre el uso del medicamento, indica la existencia de problemas en la competencia lingüística de los médicos, que imposibilita la construcción de procesos informativos y comunicativos que contribuyan al uso racional y efectivo de los medicamentos.

Las problemáticas de comunicación entre médicos y pacientes se incrementan, aún más, cuando los pacientes enuncian que: los médicos no aciertan en el diagnóstico; formulan medicamentos que no sirven y cometen errores. Gradualmente sustentados en experiencias propias, o ajenas, los pacientes han ido configurando un conjunto de representaciones mentales (creencias, reglas, imágenes, analogías y conexiones) que tiende a invalidar el acto médico.

Dificultades en el uso de Medicamentos

En relación con la calidad de los medicamentos, las personas han ido configurando una red de presupuestos que interpretan los medicamentos del POS como medicinas para pobres, de mala calidad y que producen tan sólo un alivio temporal. Estos presupuestos ponen en duda las afirmaciones y aseveraciones del Sistema o algunos prescriptores sobre la calidad y efectividad de los medicamentos.

Los participantes manifiestan que la disponibilidad y distribución depende del régimen al que pertenecen y que los días de distribución no se adaptan a las necesi-

dades del paciente. Estos comentarios indicarían que las personas desconfían de los compromisos adquiridos porque no se cumplen y no se mantienen.

Los pacientes mencionan que adaptan las dosis del medicamento según sus creencias. La toma de medicamentos se suspende en los siguientes casos típicos: si producen mejoría, si no hay mejoría o cuando generan efectos no esperados. Tampoco se siguen los tiempos ni la cantidad de medicamentos formulados. La mayoría de los participantes menciona que no actúan de acuerdo con las indicaciones dadas por los prescriptores. Estas situaciones manifiestan que las órdenes y los mandatos son desobedecidas y los compromisos son incumplidos o denegados por los pacientes. El acto médico se torna desafortunado porque la autoridad médica es cuestionada por los pacientes.

En contradicción con lo señalado por los prescriptores, usuarios y pacientes afirman que el médico formula una elevada cantidad de medicamentos, pero que siempre son los mismos.

Genéricos y Marca

Los participantes desconocen la diferencia entre medicamentos genéricos y de marca. Asocian calidad a precio, desconfían de los genéricos porque no son originales. Señalan que las instituciones les hacen "creer" que el medicamento "genérico" es igual al "comercial", pero, tanto el médico como los empleados de las droguerías, les dicen lo contrario. Las personas se encuentran en un círculo vicioso de situaciones paradójicas que impiden la construcción de categorías adecuadas que permitan hacer un uso racional de los medicamentos.

Decodificación de mensajes comunicacionales

Situaciones Similares

El análisis comunicativo de la información obtenida con las encuestas y grupos focales permite identificar las siguientes situaciones comunes:

- La enfermedad es percibida como un acontecimiento repentino o accidental (enfermedad- dolor) que produce una ruptura en la red de vínculos que las personas tienen en la vida cotidiana (malestar). Esta ruptura de los vínculos cotidianos genera diferentes grados de incertidumbre de acuerdo con la intensidad del suceso.
- Para resolver la incertidumbre que genera la enfermedad los usuarios y pacientes proceden de la siguiente manera: en primer lugar, buscan información con sus contactos cercanos (familiares, vecinos o amigos). Si la situación de incertidumbre continua recurren a los consejos del empleado de la

droguería o buscan diferentes modalidades (tradicionales y populares) de medicina, en todos los casos se encomiendan a "Dios" y cuando ninguno de estos agentes ha sido efectivo acuden al hospital o al médico. La excepción de esta forma de proceder común se localiza en los que están en algún tratamiento permanente.

- La mayoría de la personas consideran que el médico no les pone atención, no los escucha, no los examina, no los formula teniendo en cuenta sus diferencias, no les explica y no resuelve sus interrogantes. Lo mismo sucede cuando intentan resolver sus dudas con otros profesionales de la salud institucionales. La necesidad de información, que reduzca las incertidumbres, es resuelta entonces por sus contactos más cercanos o por el empleado de la droguería. Esta percepción es diferente en las personas que están en tratamiento permanente.
- Las personas consideran que los genéricos son medicamentos para pobres, baratos, de baja calidad y poco efectivos. Esta percepción negativa de los medicamentos genéricos, es estimulada por los médicos y los empleados de las droguerías.
- La toma de medicamentos se suspende por las personas cuando los medicamentos producen los efectos esperados, si no producen los efectos esperados o en el caso que ellos generen efectos diferentes a los esperados.
- Las personas perciben que en las instituciones no existe disponibilidad de la totalidad de los medicamentos formulados. Los tiempos y espacios destinados para la distribución son inadecuados o no se adaptan a las condiciones específicas de los pacientes.

Estas situaciones similares, identificadas en el análisis de las encuestas y grupos focales, permiten tipificar la interacción comunicativa que se está generando entre prescriptores, usuarios y pacientes. De acuerdo con los testimonios, es notoria la presencia de problemas en la competencia comunicativa, que se puede definir sintéticamente como el conjunto de: condiciones previas, conocimientos y reglas básicas que posibilitan al individuo significar, comunicar y comprender mensajes. Los problemas de competencia dificultan el dialogo, porque este requiere de un constante flujo de significados sin ningún tipo de constreñimientos. Además, la incompetencia comunicativa genera posiciones rígidas que terminan en confrontaciones.

Las deficiencias en las competencias comunicativas son más evidentes en los prescriptores que, de acuerdo con la información recopilada, tienen deficiencias en las habilidades lingüísticas (producir e interpretar frases), extra lingüísticas (adecuar mensajes a situaciones específicas) y semióticas (utilizar otros códigos no verbales). La actividad comunicativa del prescriptor es, desde la perspectiva de usuarios y pacientes, mecánica y repetitiva. Este hecho imposibilita el de-

sarrollo de los flujos creativos que la comunicación requiere para su adecuado funcionamiento.

Los usuarios y pacientes perciben que no son escuchados o que se les niega la posibilidad de hablar. Los mensajes no se reciben y ni emiten en condiciones de igualdad o confianza, imposibilitando la creación de diálogos que faciliten el uso racional y efectivo de los medicamentos. Existe un apego excesivo los conocimientos subyacentes e inconscientes de la formación básica del medico, los cuales funcionan como un algoritmo y no facilitan la interacción comunicativa libre con usuarios y pacientes.

RECOMENDACIONES SOBRE LOS MENSAJES DE VUELTA A USUARIOS, PRESCRIPTORES E INSTITUCIONES EN PROCURA DE LA UTILIZACIÓN RACIONAL DE MEDICAMENTOS

Contenidos básicos de los mensajes de vuelta a la comunidad

Los mensajes deben tener básicamente un contenido explicito, un aspecto que especifique la forma de considerar el mensaje, según la naturaleza de la interacción que se pretende lograr.

Los mensajes no deben "enseñar" una conducta, sino hacer reflexionar sobre el comportamiento propio.

El análisis comunicativo permite la construcción de los siguientes contenidos básicos que deben tener los mensajes:

Usuarios y pacientes

- Si el malestar persiste, no siga automedicándose, la solución la tiene el médico.
- Los consejos médicos de los más cercanos no siempre son los mejores.
- Pregunte al médico, tiene más conocimientos y experiencia que otros.
- Las dudas acerca de los medicamentos las resuelve mejor el médico.
- Los medicamentos tienen doble cara: una positiva y otra negativa, efectos positivos y efectos adversos.

Prescriptores

- Salude, genere confianza. Utilice un lenguaje cotidiano.
- Trate de escuchar más y formular menos.
- Explique primero y formule después.

- Más medicamentos no siempre es lo mejor. Menos medicamentos pueden llegar a ser más efectivos.
- El conocimiento de los colegas mejora la prescripción
- Los mensajes relacionados con medicamentos no deben confundir más al paciente.

Instituciones

- Construir estrategia que vincule a usuarios y pacientes.
- Genéricos y sus mensajes contradictorios sobre calidad.
- Atención farmacéutica, más que dispensación.

Plan de medios y estrategia informativa y comunicativa

Introducción

La investigación identificó que existen problemáticas internas y externas, de información y comunicación, que dificultan la posibilidad de lograr un uso racional y efectivo de medicamentos. Para resolver esta situación, se ha diseñado un plan de medios y una estrategia, informativa y comunicativa, que difunda mensajes y propicie interacciones que contribuyan a lograr la adhesión libre y voluntaria de las personas al cambio.

Información

La información es un proceso complejo que permite reducir la incertidumbre, interna y externa, que genera el contacto con la diferencia. La investigación demostró la existencia de problemáticas de información entre instituciones, usuarios, enfermos y personas relacionadas con la posibilidad de realizar un uso adecuado de medicamentos. Se observó que la transmisión adecuada de la información no tiene lugar en la mayoría de los casos. Usuarios y pacientes pueden apreciar que se habla de ellos, pero en la mayoría de los casos tienen un papel pasivo.

Los medios de información pueden ser unilaterales o bilaterales. La difusión de la información puede hacerse por múltiples medios: impresos, sonoros, audiovisuales o digitales y no requieren de la presencia física o virtual de los participantes. La selección de estos depende del grado de incertidumbre que se desea reducir y, para lograrlo, se pueden utilizar carteles, plegables, anuncios sonoros, anuncios audiovisuales.

Las informaciones pueden ser periódicas o circunstanciales. La selección de los medios depende del objetivo que se espera lograr el cual se establece durante el proceso de diseño de la campaña. El plan de medios contiene múltiples soportes

informativos que son elegidos de acuerdo con: la fase, la audiencia, la temática y el tiempo de la intervención.

Comunicación

La comunicación es un proceso mediante el cual dos diferencias crean algo en común, que permite un intercambio y una vinculación efectiva entre ellos. La investigación permitió establecer la existencia de múltiples problemas de comunicación relacionadas con la imposibilidad que tienen los usuarios y enfermos de dialogar, escuchar o hablar durante las interacciones. Usuarios y enfermos están presentes recibiendo fragmentos de una comunicación que no comprenden.

Los medios de comunicación son generalmente bilaterales o multilaterales. Su propósito es crear algo en común entre los participantes. Requieren de la presencia física o virtual de las personas que interactúan. Entrevista, diálogos, conversaciones, grupos de discusión, reuniones o interacciones comunicativas, son sus soportes más destacados. El plan de medios está constituido por múltiples soportes comunicativos, de acuerdo con la fase, la audiencia, el tiempo y la temática que se desea difundir.

Estrategia Informativa y comunicativa

Los contenidos de las técnicas y medios de comunicación e información (carteles, plegables, mensajes radiales y televisivos) que constituyen al plan de medios, son diseñados con el propósito de persuadir y convencer a los participantes acerca de la necesidad de modificar los procesos de pensamiento, elección, decisión y acción que, tradicional y convencionalmente, han dirigido el uso de los medicamentos en instituciones de salud, prescriptores, usuarios y enfermos.

Los contenidos de los mensajes informativos y comunicativos deben expresar, con claridad y sencillez, y de acuerdo con las características de la audiencia, las razones científicas, sociales, culturales y económicas, que sustentan la necesidad de realizar un cambio en el uso que tradicionalmente se ha hecho de los medicamentos.

Modificar las conductas (individuales) y comportamientos (sociales) acerca del uso racional de medicamentos, es una estrategia de largo plazo. La duración en el tiempo del plan de medios influye notoriamente en la efectividad de la campaña informativa y comunicativa.

Para acortar el tiempo es indispensable diseñar un plan de multimedios que, en primer lugar, genere la sensibilización necesaria para reconocer los múltiples errores de las formas tradicionales de pensar, elegir, decidir y actuar. En segundo lugar, el plan de medios está dirigido a propiciar el dominio y adherencia a las nuevas creencias y, en tercer lugar, se busca la realización concreta de las acciones recomendadas.

Estrategia

Para lograr los objetivos de la campaña de información y comunicación, se diseñó una estrategia constituida por tres fases. La primera fase, PERSUADIR, está dirigido a que las diferentes audiencias reconozcan los errores y modifiquen las interpretaciones tradicionales acerca del uso de los medicamentos. En la segunda fase, CONVENCER, el plan de medios está orientado a que los receptores conozcan, adquieran y amplíen un conjunto de creencias nuevas que justifiquen el uso racional y efectivo de los medicamentos. En la tercera fase, ACTUAR, las acciones del plan de medios, son diseñadas para generar las informaciones y acciones que hagan posible el uso racional y efectivo de los medicamentos. El plan de medios se diseñó para lograr desarrollar con efectividad la estrategia.

Persuadir

En la primera fase, PERSUADIR, las informaciones y acciones del plan de medios están dirigidas a que las diferentes audiencias logren identificar, explicar y comprender los errores perceptivos, conceptuales y prácticos que traen consigo la formulación y el uso tradicional de los medicamentos. Los mensajes e interacciones que propicia el plan de medios, de esta primera fase, buscan que las audiencias logren reconocer las problemáticas que producen sus tradicionales representaciones mentales y procesos de cómputo que inciden en el uso tradicional de medicamentos, interpretando la situación de otra manera lo que piensan eligen y deciden. En esta primera fase, las personas, de las diferentes audiencias, deben realizar una toma de conciencia acerca de los aspectos culturales que inciden en el uso de los fármacos, y sus consecuencias.

Convencer

En la segunda fase, CONVENCER, las acciones y mensajes del plan de medios están básicamente dirigidos a lograr que las audiencias adquieran y dominen representaciones mentales y procesos de computo diferentes, que permitan el uso racional y efectivo de los medicamentos. El dominio de los conocimientos y prácticas, que difunden las informaciones y las interacciones comunicativas del plan de medios, en esta fase, está orientado a que, las diferentes audiencias, conozcan las múltiples razones que trae consigo la propuesta de realizar un cambio en la conducta y comportamiento vinculado con el uso de los medicamentos. Los medios informativos y comunicativos, de la segunda fase, buscan propiciar un cambio en las modalidades de pensamiento tradicional, pero reconociendo sus límites

Actuar

En la tercera fase, ACTUAR, las informaciones e interacciones están dirigidos a lograr que los participantes identifiquen, expliquen y comprendan las acciones disponibles para realizar el cambio de conducta, vinculado con el uso racional y efectivo de los medicamentos. Las audiencias, durante esta tercera fase del plan de medios,

deben lograr adquirir las competencias pragmáticas necesarias, que permitan generar un cambio efectivo en el uso de los medicamentos.

Las acciones y mensajes que contiene el plan de medios, en esta tercera fase, están orientados a propiciar cambios en la conducta y comportamiento. Las personas, de las diferentes audiencias, deben reconocer la importancia de ser agentes de un cambio cultural sustentado en el dialogo y en el reconocimiento de similitudes y diferencias.

Plan de medios

Estratégicamente, el plan de medios, en cada fase de la campaña, debe tener unidad temática, temporal y mediática. Unidad temática quiere decir que, según la fase; los mensajes y las acciones deben abarcar un solo asunto, para que estos no se anulen recíprocamente. La unidad temporal significa que, previamente a su diseño y difusión, se debe determinar el tiempo que se considera indispensable para lograr el propósito, de acuerdo con la fase. La unidad mediática nos señala que, a mayor número de medios utilizados con el mismo propósito, la efectividad se incrementa.

El plan de medios busca persuadir y convencer acerca de la importancia de realizar un uso adecuado de los medicamentos. Los mensajes informativos y comunicativos que contiene el plan de medios, están dirigidos básicamente a: prescriptores, usuarios de los servicios de salud, profesionales y personal de las instituciones de salud, enfermos que utilizan el servicio de salud y redes de sociales de mundo pequeño, de las personas que recurren a los servicios de salud. El tono de los mensajes y de las acciones pretende lograr procesos de autorreflexión de las personas, grupos y colectivos, sobre la importancia del uso racional de los medicamentos. El plan de medios organiza los contenidos y las interacciones de la campaña en unidades temáticas, temporales y mediáticas.

Para maximizar la efectividad del plan de medios se establece que, en cada una de las fases (PERSUADIR, CONVENCER Y ACTUAR) de la estrategia, se deben seguir estas recomendaciones básicas:

- Cada fase de la estrategia debe tener una duración mínima de tres meses.
- Las audiencias de la campaña son básicamente: instituciones de salud, usuarios de los servicios, enfermos y redes sociales de usuarios y pacientes.
- Se utilizaran simultáneamente medios informativos y comunicativos, de acuerdo con las audiencias seleccionadas.

Para que el plan de medios sea efectivo, en la selección de los soportes informativos y comunicativos, de la etapa del diseño de la campaña, se debe determinar previamente:

- Las intenciones que responden a la pregunta: ¿qué hacer?
- Los motivos que responden a las preguntas: ¿por qué y para qué?
- Los procesos que responden a la pregunta: ¿Cómo hacerlo?
- Los responsables: ¿Quiénes lo van a realizar?
- Los recursos: ¿con que se van a realizar?

Objetivo

El objetivo principal del plan de medios es el siguiente:

- Persuadir y convencer a las diferentes audiencias acerca de la necesidad de modificar los patrones tradicionales de pensamiento y acción, que orientan el uso y la formulación de los medicamentos.

Audiencias

El plan de medios está dirigida a las siguientes audiencias específicas:

- Usuarios de los servicios de salud
- Prescriptores de medicamentos
- Enfermos en tratamiento
- Redes sociales de pacientes y usuarios
- Personal de las instituciones de salud relacionadas con los medicamentos.

Temáticas

La investigación identificó un conjunto de temáticas informativas y comunicativas problemáticas que la estrategia y el plan de medios busca resolver:

Usuarios y pacientes

- Consulta médica tardía. Los pacientes recurren en primer lugar a sus redes de mundo pequeño.
- Formulación de medicamentos por personas cercanas, no vinculadas con el campo médico...
- Desconfianza en el médico y su práctica.
- Ausencia de comprensión y dudas sobre los efectos de los medicamentos.
- Desconocimiento de efectos positivos y negativos de los medicamentos.

Prescriptores

- Problemas de información y comunicación en la relación médico –paciente. Reciprocidad en las interacciones.
- Relaciones unilaterales con usuarios y pacientes. Problemas de escucha.
- Ausencia de explicación. Problemas en el uso del lenguaje.
- Problemas de cantidad y calidad de los medicamentos que se formulan.

- Nula interacción de los médicos con otros profesionales vinculados con los medicamentos.
- La consulta médica incrementa muchas veces la incertidumbre que tienen usuarios y pacientes.

Instituciones

- Los pacientes y usuarios se perciben como excluidos, no vinculados, con la institución médica.
- Desconocimiento de las diferencias entre medicamentos genéricos y de marca. Los genéricos y sus mensajes contradictorios acerca de su calidad.
- No existen servicios de farmacia que respondan los interrogantes internos y externos.

Los mensajes de la campaña están localizados en el capítulo de análisis comunicativo de la investigación. Estos mensajes serán perfeccionados, en forma y contenido, durante la etapa de preparación de la campaña. Se constituirá un micro grupo que creara: mensajes nuevos, dispositivos de difusión, y las modalidades de replicación de los mensajes, buscando siempre que el diseño de mensajes se acople al repertorio de los destinatarios, y que exista un equilibrio entre la originalidad y la redundancia, para lograr la eficacia de los mensajes. El diseño de los mensajes tendrá en cuenta la percepción subjetiva de las audiencias, encontradas en la investigación, en las dimensiones temporales, individuales y socioculturales.

Impacto

Simultáneamente, durante la realización de las tres fases de la estrategia, se ha previsto diseñar y aplicar encuestas puntuales que permitan medir el grado de apropiación de los mensajes y sus contenidos. Además, se prevé llevar a cabo micro grupos de dialogo que evalúen la generación de la actitud esperada. También se tiene programado diseñar y realizar entrevistas puntuales a representantes de las audiencias, que permitan delimitar si la difusión logró los efectos previstos. La triangulación de la información obtenida, con estos tres procedimientos, permitiría evaluar el impacto de la campaña de comunicación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Allery AA, Owen P, Robling MR. Why general practitioners and consultants change their clinical practice: a critical incident study. BMJ 1997; 314: 870-874.
- Alonso, Luis E. “La era del consumo” Siglo XXI de España Editores. Primera reimpresión. Madrid 2006
- Austin, Jhon L, Como hacer cosas con palabras, Barcelona, Paidos, 1990.
- Caamaño F. et al, “Condicionantes de la prescripción en atención primaria”. Atención Primaria. Vol. 27. Núm. 1. Enero 2001.
- Cardona, J. ‘Segmentación de los solicitantes de crédito a un banco usando análisis factorial múltiple’, XVIII Simposio Colombiano de Estadística –Estadística en la Industria y los Negocios. 2008.
- Castro-Gómez Santiago. “Historia de la Gubernamentalidad. Razón de Estado, liberalismo y neoliberalismo en Michael Foucault”. Universidad Javeriana, Universidad Santo Tomás. Editorial Siglo del Hombre. Bogotá. 2011.
- Contraloría General de la República “El diagnóstico de la salud en Colombia análisis desde precios de medicamentos y recobros”. En Economía Colombiana No. 336 Revista de la Contraloría General de la República. Imprenta Nacional. Contraloría General de la República – 2012.
- Denneett, Daniel C, Tipos de mentes, Madrid, Debate,2000.
- Douglas, Mary, Como piensan las instituciones, Madrid, Alianza, 1996.
- Douglas, Mary, La aceptabilidad del riesgo según las ciencias sociales, Barcelona, Paidos, 1996.
- Egger M, Ferrie J, Gorter A, et.al. Conocimientos, actitudes y prácticas acerca del SIDA entre estudiantes de escuelas secundarias de Managua. Bol Oficina Sanit Panam 1994; 117: 12-20.
- Federación Médica Colombiana. Boletín sobre la Circular 01 del 30 de diciembre de 2011, emitida por la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos, disponible en http://www.med-informatica.net/BIS/BisBcm-01de2012_01a08ene12.htm
- García A.J, et al.. Genéricos: ¿buenos o malos? Conocimientos y actitudes de los médicos ante los medicamentos genéricos. Gaceta Sanitaria vol.17 n.2 Barcelona. Marzo-Abril de 2003.
- Illich Ivan. 1971. Némesis médica, Obras reunidas, vol 1, México, Fondo de Cultura Económica. 2006.

- ***IMS*** HEALTH "Pharmaceutical intelligence" (2010). Official website: http://www.imshealth.com/portal/site/ims
- Islam AF. Improving drug utilization: what about the KAP gap? Trop Doct. 1993; 23: 89-90.
- Jiménez A, Ordóñez MV, Córdoba JA, Fernández MA. Factores relacionados con el gasto y la calidad da prescripción farmacéutica en AP. Atención Primaria 1995; 16: 131-136.
- Kitzinger J. Qualitative Research: introducing focus group. BMJ 1995;311:299-302.
- Larizgoitia I, Rodríguez JR, Granados A. Determinantes en la toma de decisiones clínicas en AP: opinión de los profesionales. Aten Primaria 1998; 22: 505- 513.
- Lebart, L., Morineau, A. & Piron, M. 'Statistique exploratoire multidimensionelle', Dunod, Paris. 1995.
- Maldonado JC. Farmacovigilancia y reacciones adversas a medicamentos: reporte de conocimientos y actitudes en una muestra de médicos. Rev Fac Cien Med (Quito) 2004; 29 (1): 46-53.
- Maldonado Juan C. Tesis de Investigación. "Efectos a corto y largo plazo de una intervención educativa sobre uso adecuado de medicamentos en estudiantes de colegios fiscales de la ciudad de Quito" Universidad Autónoma de Barcelona. Septiembre de 2004.
- Martínez Félix. "Barreras geográficas y equidad en el acceso a los servicios de salud en el distrito capital" Capítulo V, en Restrepo D. y Hernández M. (E) Inequidad en salud en Bogotá: convocatoria para la acción colectiva. Colección La seguridad social en la encrucijada. Tomo VII. Secretaría Distrital de Salud. Centro de Investigaciones para el Desarrollo, Facultad de Ciencias Económicas. Universidad Nacional de Colombia, Oficina de Comunicaciones CID, Bogotá. 2012.
- Martínez Félix. "Colombia" en "Cobertura Universal en Salud: Lecciones Internacionales Aprendidas y Elementos para su Consolidación en México". Lee Gabriel, González Eduardo, Artaza Osvaldo, Anaya Raúl y Sagastuy Begoña (E) y otros. OPS/OMS en México. México, D.F., 2013.
- Martínez, Miguel. Grupos Focales. Consultado el 17 de marzo de 2012. http://miguelmartinezm.atspace.com/gruposfocales.html
- Maslow AH. A dynamic theory of human motivation. Psychological Review 1943; 50: 370-396.
- Ministerio de Salud -Econometría – SEI - SIGIL Consulting Group SA. Revisión de la Política Farmacéutica Nacional 2003 Informe Final. Bogotá 2011
- Minsky, Marvin, La máquina de las emociones, Bogotá, Random House Mondadori. 2010.
- Mosterin, Jesus, Racionalidad y acción humana, Madrid, Alianza, 1987.
- Nozick, Robert, La naturaleza de la racionalidad, Barcelona, Paidos, 1995.
- OMS, Informe sobre la salud en el Mundo 2000, Ginebra, Suiza.: Organización Mundial de la Salud. 2000.
- OMS. Perspectivas políticas sobre medicamentos. Promoción del uso racional de medicamentos: componentes centrales. Ginebra. Septiembre de 2002.

- Pardo, C. & Cabarcas, G. (2001), 'Métodos estadísticos multivariados en investigación social', Simposio Colombiano de Estadística.
- Pardo, Cabarcas. & Del Campo, P. C. (2007), 'Combinación de métodos factoriales y de análisis de conglomerados en R: el Paquete FactoClass', Revista Colombiana de Estadística 30(2).
- Pereiró I, Rodríguez R, Bartual MJ, Guijarro MD, Sánchez G, Suberviola V. Prescripción farmacológica en consultas de medicina general. Aten Primaria 1995; 15: 286-289.Poli D, Hungler B. Investigación científica en ciencias de la salud. Segunda edición. México: Interamericana, 1995.
- Porter R.R., The Contribution of the Biological and Medical Sciences to Human Welfare, Presidencial Address to the British Association for the Advancement of Science, Swansea Meeting, 1971, Londres, The Association, 1972.
- R Development Core Team (2007), R: A Lengugge and Environment for Statistical Computing, R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. ISBN 3-900051-07-0. Del sitio web: http://www.R-project.org.
- Resnik, Michael D, Elecciones, Barcelona, Gedisa, 1998.
- Rosenberg Charles E. The Cholera Years: The United States in 1832, 1849, and 1866, Chicago, University of Chicago Press, 1962.
- Ross DM. Improving drug utilization at local level an opinion. Trop Doct 1992; 22: 80-81.
- Särndal, C. E. (2007). The calibration approach in survey theory and practice. Survey Methodology, 33(2), 99-119.
- Schick, Frederic, Hacer elecciones, Barcelona, Gedisa, 2000.
- Searle, Jhon, Actos de habla, Madrid, Cátedra, 1990.
- Searle, John R, Mente, lenguaje y sociedad, Madrid, Alianza, 2004.
- Slotnick HB. How doctors learn: the role of clinical problems across the medical school-to-practice continuum. Acad Med 1996; 71: 28-34.
- Taussig, Michael, Un gigante en convulsiones, Barcelona, Gedisa, 1995.
- Thagard, Paul, La mente, Madrid, Katz, 2008.
- Ubokudom SE. The association between the organisation of medical practice and primary care physician attitudes and practice orientations. Soc Sci Med 1998; 46: 59-71.
- Valadez AM, Lund CA. Mentorship: Maslow and me. J Contin Educ Nurs 1993; 24: 259-263.
- Watts, Duncan J, Seis grados de separación, Barcelona, Paidós, 2006.
- Zapata J., et al. "Hacia una política integral de medicamentos biotecnológicos en Colombia". Anexo 18. FEDESARROLLO (2012).

Resumen

FEDESALUD da a conocer en esta publicación el resultado de la investigación "Conocimientos, Actitudes y Prácticas de los Usuarios y Prescriptores de Medicamentos", desarrollada en el marco del Proyecto "Innovación en el Modelo de Gestión del Medicamento en el Departamento de Cundinamarca", liderado por la Secretaría de Salud.

La investigación cuantitativa incluyó un gran operativo de campo, con 3.079 encuestas realizadas en los hogares de los 23 municipios del Departamento y una encuesta a los prescriptores que incluyó a 600 médicos, una cobertura superior al 90% de los facultativos que laboraban en los municipios de las 6 provincias seleccionadas.

Entre los hallazgos, resaltan aquellos relacionados con la confianza alrededor de la relación médico paciente, el problema de comunicación y credibilidad del ciudadano en la atención médica que recibe en el marco del SGSSS. La confianza se reduce claramente en la población más joven, con mayor nivel educativo, lo que resulta evidente en el análisis multivariado.

La percepción de calidad sobre los medicamentos genéricos se mueve en el mismo sentido que la confianza en el médico. Los ciudadanos más jóvenes seleccionaron en mayor proporción a la pregunta sobre el motivo de no creer en la calidad de los medicamentos, las respuestas "porque son genéricos" o "porque son baratos". El hecho de que la población joven, de mayor nivel educativo, tenga la peor percepción de los medicamentos entregados por las EPS, plantea un desafío fundamental para el SGSSS.

Por su parte, los médicos que manifestaron en la encuesta su preferencia por los medicamentos de molécula original o por medicamentos de marca y no por medicamentos genéricos, señalan que existen diferencias en cuanto a biodisponibilidad o bioequivalencia entre unos y otros. Los resultados no son muy diferentes a los encontrados en otros países, en cuanto a la apreciación de los facultativos sobre los medicamentos genéricos.

9 789589 977538