



**CONDICIONANTES DE LA FORMULACIÓN MÉDICA DESDE UNA
PERSPECTIVA ADMINISTRATIVA Y ÉTICA EN EL CONTEXTO RURAL
Y URBANO DEL DEPARTAMENTO DE RISARALDA**

CLAUDIA PATRICIA ROJAS ROJAS

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA SEDE MANIZALES
FACULTAD DE ADMINISTRACIÓN
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN
MANIZALES, 2012**



**CONDITIONING OF MAKING MEDICAL ADMINISTRATIVE
PERSPECTIVE AND ETHICS IN THE RURAL CONTEXT
DEPARTMENT AND URBAN RISARALDA**

CLAUDIA PATRICIA ROJAS ROJAS

**NATIONAL UNIVERSITY OF COLOMBIA MANIZALES
FACULTY AND ADMINISTRATION
MBA
MANIZALES, 2012**

**CONDICIONANTES DE LA FORMULACIÓN MÉDICA DESDE UNA
PERSPECTIVA ADMINISTRATIVA Y ÉTICA EN EL CONTEXTO RURAL
Y URBANO DEL DEPARTAMENTO DE RISARALDA**

**TRABAJO PARA OPTAR EL TÍTULO:
MAGISTER EN ADMINISTRACIÓN**

CLAUDIA PATRICIA ROJAS ROJAS

**Director:
JUAN MANUEL CASTAÑO MOLANO**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA SEDE MANIZALES
FACULTAD DE ADMINISTRACIÓN
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN
MANIZALES, 2012**

**CONDITIONING OF MAKING MEDICAL ADMINISTRATIVE
PERSPECTIVE AND ETHICS IN THE RURAL CONTEXT
DEPARTMENT AND URBAN RISARALDA**

**GRADE WORK TO CHOOSE TITLE:
MASTER IN BUSINESS ADMINISTRATION**

CLAUDIA PATRICIA ROJAS ROJAS

**Director of Thesis:
JUAN MANUEL CASTAÑO MOLANO**

**NATIONAL UNIVERSITY OF COLOMBIA MANIZALES
FACULTY AND ADMINISTRATION
MBA
MANIZALES, 2012**

DEDICATORIA

El gran amor de Dios Padre; nunca se acaba y su compasión jamás se agota; toda la honra y la gloria es para él.

A mi madre Myriam por la semilla de compromiso, dedicación y superación que ha sembrado en mi; a mi hijo Santiago por ser mi apoyo y estímulo.

AGRADECIMIENTOS

A mi familia por su amor, comprensión y estímulo constante durante todos estos años de estudio.

A mis profesores que fueron el pilar fundamental en mi proceso de formación con magistra; especialmente al Dr Castaño; por su especial compromiso, quienes me brindaron su valioso conocimiento en la elaboración del presente trabajo de investigación.

A todos los Médicos Generales, Médicos Especialistas de la Ciudad de Pereira; al apoyo incondicional de mis Jefes y a todas las personas que en una u otra circunstancia me acompañaron en la realización de este trabajo de investigación.

RESUMEN

El presente trabajo de investigación se realizó en el marco de la maestría en Administración, que ofrece la Universidad Nacional de Colombia sede Manizales a profesionales de distintas áreas de conocimiento. Se trata de un estudio que tuvo como objetivo determinar los factores condicionantes de tipo administrativo y ético que influyen en la decisión de la formulación médica, en el escenario rural y urbano del Departamento de Risaralda, por lo que se indagó a un grupo de profesionales de la salud pertenecientes a distintas profesiones, vinculados a distintas EPS del departamento de Risaralda.

Como estrategia metodológica se optó por un estudio de caso, utilizando como técnica para la recolección de la información la entrevista y el grupo focal, lo que permitió el acceso a la información pertinente y necesaria para la estructuración de los resultados y del informe final.

Palabras Claves: Formulación médica, perspectiva administrativa, perspectiva ética, relación médico-paciente, contexto institucional.

ABSTRACT

This research work was performed in the framework of the MBA, which offers the National University of Colombia at Manizales professionals from different areas of knowledge. This is a study that aimed to determine the determinants of administrative and ethical influence on medical decision making in rural and urban settings of the Department of Risaralda, so it investigated a group of professionals from different health professions, linked to different EPS in the Risaralda department.

As a methodological strategy we opted for a case study, using as a technique for data collection interview and focus group, allowing access to relevant information necessary to structure the results and final report.

Keywords: Developing medical administrative perspective, perspective, ethics, doctor-patient relationship, institutional context.

CONTENIDO

CAPÍTULO I. DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO	15
1.1. TEMA:.....	15
1.2. ÁREA PROBLEMÁTICA	15
1.3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	18
1.4. ANTECEDENTES	18
1.5. OBJETIVOS.....	23
1.5.1. GENERAL	23
1.5.2. ESPECÍFICOS.	23
1.6. JUSTIFICACIÓN.....	24
1.7. ESTRUCTURA DE LA INVESTIGACIÓN	26
CAPÍTULO II. REFERENTE TEÓRICO	28
2.1. ÉTICA	28
2.1.1. NATURALEZA DE LA ÉTICA.....	28
2.1.2. DEFINICIONES Y CONCEPTOS.....	30
2.2. TEORÍAS ÉTICAS	33
2.2.1. ÉTICA DE LAS VIRTUDES	33
2.2.2. ÉTICA KANTIANA.....	34
2.2.3. ÉTICA UTILITARISTA.....	35
2.2.4. ÉTICA MÍNIMA.....	36
2.2.5. ÉTICA DEL CUIDADO.	37
2.3. ÉTICA MÉDICA	38
2.3.1. RAZONES PARA EL DESARROLLO DE UNA ÉTICA MÉDICA COMO ÉTICA APLICADA.....	40
2.3.2. CAMBIOS CONCEPTUALES RECIENTES EN LA ÉTICA MÉDICA..	43
2.4. PRESCRIPCIÓN MÉDICA.....	46
2.4.1. ÉTICA DE LA PRESCRIPCIÓN.....	49
2.4.2. MODELOS DE LA RELACIÓN MÉDICO-PACIENTE.....	50
2.5. ADMINISTRACIÓN EN SALUD	54
2.5.1. ADMINISTRACIÓN: UNA APROXIMACIÓN CONCEPTUAL.....	54
2.5.2. OBJETIVOS.....	56
2.5.3. IMPORTANCIA DE LA ADMINISTRACIÓN.....	57

2.5.4. CARACTERÍSTICAS.....	58
2.6. EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA	59
2.6.1. MODIFICACIONES.....	60
2.6.2. ANTECEDENTES.....	61
2.6.3. ESTRUCTURA DEL SISTEMA.....	61
2.6.4. COMISIÓN DE REGULACIÓN EN SALUD (CRES).....	62
2.6.5. ENTIDADES ASEGURADORAS.....	63
2.6.6. INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SALUD.....	64
2.6.7. NIVELES DE COMPLEJIDAD.....	64
2.6.8. FINANCIACIÓN DEL SISTEMA.....	65
2.6.9. BENEFICIOS DEL SISTEMA.....	66
2.6.10. PLAN OBLIGATORIO DE SALUD (POS).....	67
2.6.11. REGÍMENES DEL SISTEMA.....	69
2.6.12. POBLACIÓN VINCULADA.....	71
2.6.13. REGÍMENES DE EXCEPCIÓN.....	71
2.6.14. LOGROS.....	72
2.6.15. CRÍTICAS Y DIFICULTADES DEL SISTEMA.....	72

CAPÍTULO III. ESTRATEGIA METODOLÓGICA 74

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	74
3.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	75
3.3. FASES DE LA INVESTIGACIÓN.....	76
3.4. UNIDAD DE TRABAJO/UNIDAD DE ANÁLISIS.....	77
3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	78
3.5.1. LA ENTREVISTA.....	78
3.5.2. GRUPO FOCAL.....	78
3.6. MAPA DE INSTRUMENTOS.....	80
3.7. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	81
3.8. PRUEBA PILOTO Y JUICIO DE EXPERTOS.....	83
3.9. RECOLECCIÓN DE LOS DATOS.....	85
3.10. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS.....	85
3.11. DIFUSIÓN ESTRATÉGICA.....	86
3.12. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN.....	86

CAPÍTULO IV. RESULTADOS 88

4.1. CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN OBJETO DE ESTUDIO.....	88
4.1.1. CON RELACIÓN A LA UBICACIÓN LABORAL.....	88
4.1.2. CON RELACIÓN A LOS AÑOS DE EXPERIENCIA.....	88
4.1.3. CON RELACIÓN A LA ESPECIALIDAD.....	89

4.1.4. CON RELACIÓN A LA EDAD.	90
4.2. PRÁCTICAS MÉDICAS EN CUANTO A PRESCRIPCIÓN Y FACTORES QUE AFECTAN LA DECISIÓN DEL MÉDICO.....	90
4.3. REGULACIÓN ADMINISTRATIVA LEGAL Y CRITERIOS PROFESIONALES DE LA PRESCRIPCIÓN	91
4.4. PRINCIPIOS ÉTICOS ORIENTADORES DE LA PRESCRIPCIÓN MÉDICA	92
4.5. INFLUENCIA DEL ENTORNO ORGANIZACIONAL SOBRE LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS.....	97
CAPITULO V. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN	98
BIBLIOGRAFÍA	102
ANEXOS	106

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico No. 1. Diseño de la investigación.	75
Gráfico No. 2. Convocatoria Grupos Focales.....	79

LISTA DE TABLAS

Tabla No 1.	Estructura de la investigación.	27
Tabla No. 2.	Comparación de los cuatro modelos, diferenciándolos según el papel que otorgan a la Autonomía del paciente.	53
Tabla No. 3.	Mapa de instrumentos para la recolección de la información.	81
Tabla No. 4.	Delimitación de la investigación.	83
Tabla No. 5.	Codificación de los participantes del estudio.	87
Tabla No. 6.	Entrevistados por años de experiencia.	89
Tabla No. 7.	Entrevistados por especialidad.	89
Tabla No. 8.	Entrevistados por Edad.....	90

LISTA DE ANEXOS

Anexo No. 1.	Listado de Médicos por Especialidad.....	106
Anexo No. 2.	Guía Temática para Entrevista.....	110
Anexo No. 3.	Guía Temática para Grupo Focal.....	112

CAPÍTULO I. DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO

1.1. TEMA:

Factores Éticos, administrativos y formulación medica

1.2. ÁREA PROBLEMÁTICA

No hace muchos días el escritor John Berger sugería la posibilidad de que la filosofía hubiese comenzado por la pregunta "¿por qué hay sufrimiento?", e independientemente de la respuesta llegaba a la conclusión de que "el sufrimiento que se vive hoy carece, tal vez, de precedentes".

Concierne al mundo de lo sanitario, sin duda, atajar una importante cuota de ese sufrimiento, pero la complejización creciente del quehacer del médico, aun ayudado por tecnologías cada vez más sofisticadas, ha ido haciendo aparecer también una serie de situaciones nuevas que amenazan paradójicamente con disminuir el arsenal disponible para el agonista de la salud. Es más que sabido cómo la cronicidad, en parte inducida por algunos avances terapéuticos, comienza a poner en peligro la adecuada distribución de los recursos, inevitablemente sujetos a un límite. Pero la paradoja reside en que los nuevos paradigmas asistenciales, rozando a veces un peligroso asistencialismo, propician la pérdida de elementos fundamentales de la práctica clínica, sobre todo la de aquél que quizá le es más esencial, es decir, la relación médico-paciente.

Rosa Gómez Esteban ha plasmado varias veces su amplia experiencia en psiquiatría de enlace con equipos de Atención Primaria en las páginas de esta revista ("Psicoprofilaxis en el embarazo", en 1983; "Reflexiones sobre la relación médico paciente", en 1989; "Análisis titulado Las ansiedades del médico en la relación médico-paciente, versó sobre esa relación privilegiada, donde exponen los antecedentes históricos y la situación actual, los aspectos implicados en la formación del médico, sus ansiedades respecto a la muerte y la enfermedad, así como hacia el paciente y su demanda.

En sus capítulos finales son analizadas las ansiedades en relación con la institución y las repercusiones que la práctica clínica puede conllevar sobre la salud del propio médico. Dos comentarios preliminares de Enrique Baca y Armando Ingala dan valor añadido a esta área problemática.

Desde sus páginas iniciales, la autora aboga por "Una práctica médica en la que la relación médico-paciente no sea sólo una variable a tener en cuenta en el acto clínico, sino que tenga un lugar central y sea uno de los instrumentos privilegiados del médico". Ya Eugen Bleuler subrayaba a principios del siglo XX el valor terapéutico de la persona del médico en los tratamientos somáticos, idea presente en Medicina desde la Antigüedad hipocrática: aun consciente de la gravedad de su situación, la confianza del enfermo en el buen hacer de su médico ha sido siempre estimada como un factor objetivamente importante para una buena evolución.

Pero ese buen hacer no puede reducirse al saber técnico acumulado en los tiempos actuales, y las ansiedades del médico pueden estorbar de manera importante su puesta en práctica influyendo no sólo en el paciente sino también sobre él mismo. La autora recuerda unas acertadas palabras de Gregorio Maraón: "La vida de los médicos está llena de las angustias y emociones que rodean el tema de la muerte". Pese a que esto último lo reconozca todo el mundo, al médico se le supone un despego ante el dolor y no suele recibir formación específica ni apoyo ni asesoría para afrontar las repercusiones que el sufrimiento ajeno cause en su propia persona. A lo largo de este libro se muestran procedimientos de reconocida eficacia para cubrir dichas necesidades, desde las técnicas grupales iniciadas por Balint hasta la metodología analítico-operativa de grupo siguiendo a Pichón-Riviére, sin olvidar actuaciones más individualizadas.

El contenido del texto está pues vertebrado en torno al eje de conseguir que el médico sea cada vez mejor médico, que sus facultades no se vean mermadas por la especial dureza de las tareas que debe desempeñar, e incluso que su propia personalidad se convierta en un elemento enriquecedor de la asistencia que prestará al paciente. Así pues, el eje señalado tiene también una dimensión ética: dar la debida relevancia a la relación médico-paciente es una elección personal que redundará en beneficio del asistido. Incluso cuando la ciencia médica queda inerte frente a la gravedad de algunos procesos y el enfermo y quien le atiende se enfrentan a la angustia, el dolor y la muerte, ante los cuales cualquier intento de simbolización no obtiene sino victorias pírricas pues difícilmente pueden tener representación subjetiva, el médico se verá éticamente abocado a ese empático "diálogo verdadero" que, como dice uno de los prologuistas, Armando Ingala, "comienza cuando se puede sostener el saber estar, allí donde no se sabe qué hacer ni qué decir".

La relación médico-paciente es una forma específica de manifestarse las relaciones humanas. De aquí se deriva la pregunta ¿Qué le da la especificidad a la relación médico-paciente que le otorga identidad propia respecto a los demás tipos de relaciones humanas?

Varios elementos se toman en cuenta. El primero es el del “ámbito”. La promoción, el sustento y la restauración de la salud es el ámbito en donde se da la relación. La prioridad en la relación es, entre otras, rescatar la condición humana del hombre que sufre, deteriorada en cierta medida por la enfermedad.

Una primera categorización es el modelo de relación médico-paciente de Veatch en el que se plantean tres tipos de relación: la matemática, la sacerdotal y la contractual. En una segunda categorización encontramos el modelo político de la relación, configurada por la relación médico-paciente tipo monárquica, oligárquica y democrática.

Una tercera categorización y que en cierta medida busca resumir las precedentes y muchas tanta existentes, es la que presenta a la relación médico paciente desplazándose entre dos polos que van desde el paternalismo a la autonomía. Al reflexionar sobre esta categorización, aludimos a los siguientes elementos constitutivos de la relación médico-paciente: universo valorativo, fines, aproximación, protagonistas, roles, tipo de comunicación, sentido y veremos cómo se manifiesta cada una de ellas dependiendo del tipo de relación, tal como se observa en el siguiente cuadro comparativo:

RELACIÓN PATERNALISTA Mono/Oligo Valorativa	ELEMENTOS CONSTITUTIVOS	RELACIÓN AUTÓNOMA Abierta a los Valores
	UNIVERSO VALORATIVO	
Solucionar un Problema	FINES	Humanizar una dimensión de la existencia.
Consultiva	APROXIMACIÓN	Deliberativa
Médico-Equipo Médico/Paciente	PROTAGONISTAS	Equipo Médico/Equipo Paciente
Paciente Espectador	ROLES	Paciente Protagonista
Monólogo Vertical	COMUNICACIÓN SENTIDO	Diálogo Horizontal

Ahora bien, hay que reconocer que son polos, extremos entre los que se desplaza la relación. De dichos polos pueden darse múltiples combinaciones. O también se puede dar la hipertrofia de uno de los elementos. La relación médico-paciente es

tan florida como hombres hay, aunque siendo más específico, la riqueza de la relación va a depender más que del número distinto de personas, de las variadas concepciones del hombre que se tengan, acertadas o no.

Desde esta perspectiva se hace necesario indagar la relación que se establece entre la institución de salud, el médico y el paciente bajo la perspectiva ética y administrativa, desde la siguiente pregunta:

1.3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles serían los factores condicionantes de tipo administrativo y ético que influyen en la decisión de la formulación médica, en el escenario rural y urbano del departamento de Risaralda?

1.4. ANTECEDENTES

La revisión de la literatura, enmarca una serie de investigaciones las cuales dirigen principal atención en conocer el comportamiento de los médicos, factores de estimulación en la prescripción y la ética, relación de la industria farmacéutica e identificar los cambios de la industria en un entorno de investigación y promoción. Dentro del material consultado se encontró:

Díaz J, Palmeiro J, Fernandez E, Nuñez Masid; (2003). Opinión de los médicos de atención primaria de Ourense sobre algunos aspectos de su prescripción farmacéutica.

El estudio realizado busca conocer la opinión de los médicos de atención primaria de Ourense (España) con respecto a algunos aspectos de su prescripción como el conocimiento del precio de los fármacos, la prescripción inducida percibida, la relación con la industria farmacéutica y la opinión del médico sobre posibles medidas reductoras del gasto farmacéutico. Se trata de un estudio transversal descriptivo, donde se entrevistó mediante un cuestionario postal, previamente probado, a todos los médicos de atención primaria (MAP) de la provincia de Ourense. En él se recogían características demográficas de los facultativos, influencia del coste en la prescripción, estimación del precio de 15 fármacos de uso habitual y la opinión sobre diversos aspectos relacionados con la prescripción

inducida, la industria farmacéutica y diversas estrategias para contener el gasto en farmacia.

Para el análisis de los resultados se utilizaron pruebas de χ^2 , t de Student y análisis de la varianza, así como el coeficiente de correlación de Spearman según cumpliera con un error α de 0,05. Como resultados del estudio se obtuvo que el nivel de participación de los encuestados fue del 42,8 %. La duración media diaria de la visita de los delegados farmacéuticos fue de 13,6 minutos, siendo las novedades el punto de mayor interés. Casi un 27 % admitía participar en ensayos clínicos patrocinados por la industria. El 23 % consideraba el precio una prioridad al prescribir. La prescripción inducida suponía el 39,7 % del total. Los facultativos eligieron mayoritariamente el copago para reducir el gasto farmacéutico. En la estimación del precio el porcentaje de error global fue del 45,7 %, subestimando los más caros y sobrestimando los más baratos.

Como conclusiones del estudio se puede mencionar que existe un desconocimiento importante del precio de los fármacos entre los MAP. La mayor parte de los médicos no consideran que el precio del fármaco deba ser una prioridad al prescribir. Hay un porcentaje elevado de prescripción inducida percibida. Respecto al gasto farmacéutico, la mayor parte de los MAP considera las medidas económicas, en concreto el copago, como las más efectivas para su contención.

Tobon M. Flor Ángela. Evaluación de las características del comportamiento de la prescripción de medicamentos en la Institución Prestadora de Salud de la Universidad de Antioquia. Universidad de Antioquia, 2002.

Se trata de una investigación exploratoria, considerando algunas variables como posibles factores de riesgo para una prescripción no óptima de los medicamentos entre los prescriptores y usuarios de la Institución Prestadora de Salud de la Universidad de Antioquia para dar una visión global de la situación de este problema de salud pública y obtener datos parciales que sean objeto de futuras investigaciones cuantitativas-analíticas de actualización y reflexión sobre Farmacoepidemiología, con el propósito de motivar cambios de actitud en el uso de los fármacos cuando sean realmente necesarios.

El objetivo de la investigación fue describir las características de la calidad de la prescripción según las expectativas del paciente y el modelo de comportamiento del prescriptor. Los resultados señalaron que no hubo diferencias significativas entre las respuestas de los médicos y los odontólogos. Estos profesionales

prescriben teniendo en cuenta las expectativas del paciente y en menor proporción su interés personal. Además, parece que le dan poca importancia a las reacciones adversas medicamentosas. La comunidad universitaria y los prescriptores conocen los riesgos y desventajas que puede traer el uso inapropiado de medicamentos. Sin embargo, los utilizan en varias ocasiones indiscriminadamente, sin una justificación riesgo/beneficio real.

La población de estudio la constituyeron 19.158 personas vinculadas en 1998 a la U de A divididas en prescriptores en su totalidad y usuarios. Los primeros fueron 21 médicos y 19 odontólogos. El tamaño muestral de 3.299 usuarios de la IPS se seleccionó según la importancia de los resultados del tratamiento, las normas y la experiencia. Se emplearon las Tablas para estadísticos (11) con una confiabilidad del 95%, un error del 3% y una probabilidad $p = 0.05$. La muestra se distribuyó en forma proporcional en tres estratos porque se sospecha que puede haber grandes diferencias en algunas de las variables individuales de las personas en estudio. La afijación proporcional de la muestra total (n) se calculó de acuerdo con la fórmula $nh = n N_h / N$, donde (nh) es el tamaño de la muestra en el estrato (h), (N_h) es el tamaño del estrato h y (N) es el tamaño poblacional de usuarios

La información recolectada sobre el conocimiento, las actitudes y las prácticas del uso de mx cumplió con las consideraciones éticas y legales; se obtuvo por entrevista personal en forma directa, aleatoria, anónima y voluntaria. Se protegió la confidencialidad de la información y se controlaron los sesgos de la misma mediante una inducción previa a los encuestadores para estandarizar los criterios de recolección de la información y una prueba piloto para perfeccionar el instructivo de las encuestas. Los datos obtenidos se procesaron en el programa Epi-Info.

Los resultados evidencian que no se establece una comunicación eficiente, efectiva y satisfactoria entre el prescriptor y el paciente. Ello influye en que no se dé una adherencia efectiva del paciente al tratamiento. El prescriptor debe dar información adecuada y oportuna acerca de los mx prescritos cumpliendo con la responsabilidad jurídica de comunicar al paciente en la consulta las indicaciones terapéuticas e informarle sobre las posibles implicaciones y consecuencias biofarmacéuticas, farmacocinéticas y farmacodinámicas del medicamento. Luego solicitarle su consentimiento y comprensión para prescribirle. Además, el prescriptor debe estar actualizado para discutir con el usuario los detalles del costo del tratamiento, porque éste puede influenciar la elección del mismo por el paciente.

Las diferencias reales o percibidas en la comunicación efectiva entre el prescriptor y el paciente están relacionadas con la educación respectiva, el conocimiento, la posición social, el sexo, las ideas derivadas de la diversidad cultural y las diferencias individuales acerca del poder, la autonomía, el respeto y el acatamiento. Los médicos como los pacientes asumen una actitud pasiva frente a una determinación farmacoterapéutica, con lo que generan pacientes insatisfechos e influyen en la calidad de la información requerida, bien comunicada y entendida en las diferentes consultas.

FIGUEIRAS GUZMÁN ADOLFO. Actores asociados a la prescripción de medicamentos: prescriptores y fuentes de información terapéutica. Un estudio farmacológico. Universidad: Santiago de Compostela, Centro de realización: Departamento psiquiatría y salud pública, 2000. El presente estudio busco conocer los factores asociados a la influencia de las distintas fuentes de información sobre las prescripción de medicamentos, el diseño de la investigación se baso en un estudio observacional, donde se selecciono una muestra aleatoria de 405 médicos entre generales de atención primaria de Galicia, estratificada por provincias y hábitat. El instrumento para la recolección de la información fue un cuestionario enviado por correo, acompañado de una carta de presentación.

El análisis de los datos se realizo mediante un análisis multivariante para evitar la interrelación entre las variables independientes. Como resultados del se obtuvo una tasa de respuesta de 77.3% que es la más elevada entre los estudios similares realizados en el extranjero.

M.J. Gómez Castro, P. Arcos González, G. Rubiera López y A.I. Rigueria. Un sistema de indicadores de calidad de prescripción farmacéutica en atención primaria desarrollado por médicos prescriptores. Como objetivo del estudio se planteo elaborar un sistema de indicadores y estándares, diseñado mediante un grupo de consenso de médicos generales, que permita mejorar la evaluación de la calidad de la prescripción en atención primaria (AP). Diseño. Método de consenso informal. Emplazamiento. Un área de AP de Asturias con 156.614 habitantes y 9 centros de salud. Participantes. Aceptaron participar voluntariamente en el estudio 9 médicos de AP. Método. Se formó un grupo de consenso de nueve médicos de AP que en una primera reunión elaboró unos posibles indicadores de calidad de prescripción.

Tras aplicar estos indicadores a los datos de prescripción, se celebró una segunda reunión donde, a partir de los resultados de la aplicación de los indicadores y basándose en criterios de excelencia, se establecieron los indicadores definitivos y sus valores numéricos de cumplimiento óptimo. Resultados. Fue posible

consensuar indicadores de calidad de prescripción y sus correspondientes valores de cumplimiento óptimo. De los indicadores, ocho se refieren a la selección de un fármaco dentro de un grupo farmacoterapéutico, y tres a grupos donde el volumen de prescripción puede indicar una utilización inadecuada. Conclusiones. Es factible alcanzar un consenso entre los médicos de AP acerca de un conjunto de criterios, que sea percibido como válido para medir la calidad de prescripción y que incorpore determinados valores intangibles que la determinan.

Martínez Escudero, JA; Baeza Berruti, JE; Rubio-Manzanares Bermejo, JA. Impacto de un programa de uso racional del medicamento sobre la prescripción farmacéutica en un área de salud. Como objetivo de la investigación se propuso Evaluar el impacto de la implantación de un programa de uso racional del medicamento (PURM) sobre el perfil de prescripción farmacoterapéutica de los equipos de atención primaria en el área sanitaria de Ciudad Real. Se trató de un estudio de intervención, longitudinal, prospectivo, que recoge la totalidad de la prescripción en medicina general del área (enero, mayo y agosto de 1994 y 1995). Dicho estudio se realizó en el área de atención primaria de Ciudad Real-INSALUD, con un total de los 166 médicos generales prescriptores del área.

Mediciones y resultados. Se mide: gasto/habitante, recetas/habitante, gasto/receta, envases de fármacos de utilidad terapéutica baja (UTB), gasto calcitoninas/pensionista y envases hipolipemiantes/100 pensionistas, en función de 7 variables del prescriptor y seis de la población. Desagrupando por variables del prescriptor el menor gasto/habitante/mes corresponde a médicos de más de 50 años, eventuales, con menos de un año en su plaza y formación MIR, que no atiende pediatría y con plaza en centro urbano. Existe correlación positiva entre gasto/habitante/mes y número de recetas prescritas.

Conclusiones. Tras la fase inicial del PURM, se observa un incremento en el gasto y una mejoría en el perfil cualitativo de prescripción. 2. La información derivada del estudio ha demostrado ser un adecuado instrumento de planificación y gestión.

Alastrué Loscos, JI; Meneu de Guillerna, R; Peiró Moreno, S. Análisis de las opiniones, actitudes y conocimientos de los médicos de los centros de salud de Valencia sobre la eficacia y la eficiencia en la prescripción de medicamentos.

El objetivo de la investigación realizada fue Conocer las opiniones, actitudes y conocimientos de los médicos de AP sobre la eficacia y la eficiencia de la prescripción de medicamentos, se trata de un Estudio transversal descriptivo,

realizado en Diez centros de salud de la ciudad de Valencia, donde participaron 115 médicos, generalistas y de familia, que trabajan en estos centros.

Intervenciones. Se administró un cuestionario para recabar información sobre la opinión de los médicos acerca de la procedencia de considerar el precio al prescribir; sobre la valoración de 10 estrategias destinadas a mejorar la eficiencia de la prescripción y acerca del conocimiento de la eficacia y del coste de algunos medicamentos utilizados en AP.

Resultados. Un 81% de los encuestados manifestaron que es necesario tener en cuenta los costes de la prescripción a la hora de decidir el tratamiento de un paciente. 2. El 70,4% de las estimaciones realizadas sobre la eficacia de los medicamentos, medida por su valor terapéutico intrínseco, fueron acertadas. 3. El 41% de las estimaciones de los precios fueron correctas. Hay tendencia a infravalorar los precios y a eliminar las diferencias entre productos de idéntica composición. 4. Al plantear estrategias para mejorar la eficiencia de la prescripción, se apreció una clara preferencia por las de tipo formativo (guías de prescripción y formación continuada), frente a las que implican «asunción de riesgos económicos» (autogestión de farmacia...).

1.5. OBJETIVOS

1.5.1. General.

Determinar los factores condicionantes de tipo administrativo y ético que influyen en la decisión de la formulación médica, en el escenario rural y urbano del Departamento de Risaralda.

1.5.2. Específicos.

- Analizar las prácticas médicas en cuanto a la formulación.
- Identificar los factores económicos que afectan la decisión del médico.
- Analizar los procesos de regulación administrativa y profesional en la formulación médica.
- Analizar los criterios de tipo profesional que llevan a la formulación medica
- Analizar los principios éticos que orientan la prescripción médica.
- Analizar las limitaciones de la prescripción médica desde el punto de vista legal y por especialidad médica.

- Analizar la influencia de diferentes características relacionadas con el médico, la actividad asistencial y el entorno organizacional sobre la prescripción de medicamentos.

1.6. JUSTIFICACIÓN

Por relación médico- paciente se entiende aquella interacción que se establece entre el médico y el paciente con el fin de devolverle a éste la salud, aliviar su padecimiento y prevenir la enfermedad. Para que el médico pueda aplicar sus conocimientos teóricos y técnicos al diagnóstico y tratamiento, necesita establecer este diálogo con el enfermo del que depende en gran parte el éxito terapéutico. La relación médico paciente, sigue siendo, por encima de los avances tecnológicos, tan importante para la práctica médica y tan imprescindible en la formación integral del médico, como siempre; o un poco más si cabe, dado el deterioro a que viene estando sometida dicha relación, tanto por la utilización hipertrófica de las medidas técnicas, como por la masificación asociada con las tendencias socializadoras y preventivas, que la Medicina ha experimentado en los últimos años.

El estudio que se presenta, está centrado determinar los factores condicionantes de tipo administrativo y ético que influyen en la decisión de la formulación médica, en el escenario rural y urbano del Departamento de Risaralda. En ese sentido, dentro de sus fortalezas y oportunidades se pudieran mencionar la conexión entre los procesos de tipo ético y administrativo que hay que generar como parte del proceso social que vive actualmente el país en las instituciones de salud como parte integral de la calidad del servicio.

Su propósito por tanto, estará determinado por el discernimiento de fuentes que puedan generar ideas sobre un estudio concienzudo que proporcionen datos de primera mano, entre los cuales se encuentran: entrevistas a médicos de distintas especialidades del departamento de Risaralda. De acuerdo con Hernández, et al (2003:67) existen criterios relevantes que deben ser considerados para evaluar el valor potencial de una investigación; entre ellos se pueden exponer los siguientes:

Conveniencia

La investigación que busca determinar los factores condicionantes de tipo administrativo y ético que influyen en la decisión de la formulación médica, en el escenario rural y urbano del Departamento de Risaralda, tiene como finalidad

construir una teoría orientada a fundamentar la dimensión ética y administrativa en la relación médico, paciente institución prestadora de servicios de salud.

La decisión de desarrollar esta propuesta, se da porque en la actualidad no existe un estudio realizado con esta población y en este Departamento y municipio que suministre la información objeto de la investigación, por lo tanto sería la maestría en Administración la primera en realizar este tipo de estudios y en arrojar datos reales sobre si que factores de tipo ético y lo administrativo inciden en la relación medico paciente.

La idea principal de ejecutar dicha investigación es crear un marco de referencia no sólo para el sector salud, sino para cualquier entidad estatal o pública que pueda general programas encaminados a fortalecer aquellos destinados a la prestación de servicios de salud, ajustados a las necesidades de sus regiones y que además puedan tener claro que factores deben implementar para ser exitosos en la tarea de prestar servicios de calidad.

Relevancia social

En lo personal dicha investigación permitirá poner en práctica todos los conocimientos adquiridos en la Maestría en administración, además el aporte al sector salud será de gran importancia, ya que esta investigación le puede proporcionar a todas las personas que trabajan dentro de la institución en lo concerniente a la formulación medica un insumo vital para la conformación de unidades de servicios, sostenibles en el tiempo.

Para la Universidad nacional de Colombia esta investigación permite cumplir con su visión que es acrecentar el conocimiento a través de la investigación, transmitir el saber a través del proceso de enseñanza aprendizaje, e interactuar con las nuevas realidades nacionales.

Implicaciones prácticas

El alcance de esta investigación estriba en que la determinación de los factores condicionantes de tipo administrativo y ético que influyen en la decisión de la formulación médica, en el escenario rural y urbano del Departamento de Risaralda abre la posibilidad a futuras investigaciones relacionadas con el tema

desde una dimensión centrada en las formas como se prestan actualmente los servicios de salud tanto a nivel local, regional y Nacional

Valor teórico

Con esta investigación se llenará un vacío en el conocimiento sobre los factores condicionantes de tipo administrativo y ético que influyen en la decisión de la formulación médica, en el escenario rural y urbano del Departamento de Risaralda existiendo la posibilidad de generar teorías conceptuales, proposiciones, hipótesis, interrogantes y paradigmas sobre procesos decisionales desde una dimensión transformacional. Por otra parte la información que se obtenga, puede servir para comentar, desarrollar o apoyar otras teorías.

Utilidad metodológica

La investigación sobre los factores condicionantes de tipo administrativo y ético que influyen en la decisión de la formulación médica, en el escenario rural y urbano del Departamento de Risaralda puede contribuir con la creación de un nuevo instrumento para analizar y explicar datos, siendo de significativa relevancia en la definición de conceptos y teorías complejas relacionadas con la formulación medica, entre otros. Asimismo permite enriquecer la búsqueda del conocimiento en materia de procesos de salud tanto a nivel local como regional.

Por ello, la situación de partida para construir un marco referencial sobre los factores condicionantes de tipo administrativo y ético que influyen en la decisión de la formulación médica, lo constituye el conocimiento previo de los fenómenos que de una u otra manera tocan este sintagma gnoseológico, así como las enseñanzas que se extraigan de la investigación que se realice. Se trata de elaborar un conjunto de proposiciones que sirvan de referencia al tópico concreto sobre impacto de los factores condicionantes de tipo administrativo y ético que influyen en la decisión de la formulación médica, proyecto de tesis para optar el título de magister en Administración.

1.7. ESTRUCTURA DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio a realizar presenta la siguiente estructura:

Tabla No 1. Estructura de la investigación.

Capítulo I. Descripción del estudio	Capítulo II. Referente Teórico	Capítulo III. Estrategia Metodológica	Capítulo IV. Resultados	Capitulo V. Conclusiones, recomendaciones y líneas futuras de investigación
Tema	Ética	Tipo de investigación		
Área				
Problemática	Ética Médica	Diseño de la investigación		
Pregunta de Investigación	Prescripción médica	Fases del estudio		
Antecedentes		Unidad de trabajo/unidad de análisis		
Objetivos		Técnicas e instrumentos		
Justificación				
Estructura de la investigación				

CAPÍTULO II. REFERENTE TEÓRICO

2.1. ÉTICA

Dentro del marco del estudio, y a fin de brindarle un soporte teórico importante al estudio, que sirva de reflexión y análisis a la información obtenida, se desarrolla a continuación lo relacionado con el componente ético.

2.1.1. Naturaleza de la Ética.

La ética proviene de las expresiones griegas ethikos y ethos que significan carácter, las cuales representan al carácter de los individuos y al comportamiento de las sociedades. De una manera más general, se concibe como una estructura de conceptos filosóficos, como un conjunto de normas que implican a los humanos con sus comportamientos, al igual que el mundo espiritual, la vida diaria y el ecosistema intervienen en la construcción de un significado más exacto y fiel sobre la ética.

Igualmente, la ética estudia cómo nuestras decisiones afectan a otras personas y a nosotros mismos; los derechos, las obligaciones y normas morales que las personas aplican en su vida diaria, en la toma de sus decisiones y la naturaleza de las relaciones humanas.

El principio de la ética es mejorar la vida humana, pero este principio debe tener en cuenta que las personas viven en sociedad, por tanto, la ética incluye, de modo capital, el respeto por los demás y el cuidado del medio ambiente (Rodríguez, 2005).

Así mismo, la ética concurre con los términos MOS o MORES que proviene del latín, que significa moral, término que originalmente designa o significa costumbre o grupos de costumbres respectivamente, en el sentido de los hábitos adquiridos por una persona. Dicho de otra forma, orienta acerca del bien o el mal, lo correcto o incorrecto de una o de varias acciones.

Entendidas las dos definiciones, concretamos que en su fondo se relacionan, pero que tienen grandes diferencias. Para ello, Cortina (2003) nos aclara que: la moral es la “moral vivida” que está presente en la vida diaria y que la ética sería a su vez “moral pensada”, es decir, la reflexión filosófica del acto.

Algunos de los autores más representativos de la ética clásica son, Sócrates, Platón y Aristóteles, quienes aportaron en el desarrollo de las teorías éticas que a los tiempos de hoy nos dan la comprensión necesaria para entenderlas.

Realizando un pequeño vuelo a los griegos se encuentra que la figura más importante y representativa es Aristóteles, quien aduce que la finalidad de la ética está dada por alcanzar la felicidad, la cual encuentra su origen en la “naturaleza racional del hombre”, generando una total innovación en las metodologías y formas de pensar, reflexionar y conocer para esos tiempos. Se puede decir que Aristóteles, plantea una ética individualista, que busca la autorrealización a partir de despliegues racionales y objetivos, que resultan siendo inherentes a la naturaleza humana.

En el planteamiento ético de Aristóteles se encuentra que se alternan la inteligencia como razón y la búsqueda de la felicidad. Es de anotar que dicha propuesta se encuentra muy marcada por los elementos socioculturales de su época, es decir, en la política, una marcada diferencia de clases sociales, además de un evidente desprecio por la mujer como ser humano y como ciudadano.

Así pues, a partir de aquí, se desprenden las diferentes escuelas y teorías del pensamiento ético, tomando partido en áreas muy diversas del conocimiento humano, la religión y hasta la política, siendo la ética aplicada una de las más estudiadas en nuestra actualidad por su importancia y por su alto nivel de implicación en la toma de decisiones.

El cristianismo también toma parte en la construcción del cuerpo teórico de la ética, siendo San Agustín uno de los iniciadores con un pensamiento que toma los estandartes del aristotelismo cristiano y del platonismo. Sus esfuerzos y reflexiones se motivan y a la vez se encaminan a la divinidad unitaria de la cual procede todo actuar y a la cual debe atenderse en las decisiones y reflexiones propias que no son otras que las de la humanidad en general.

Tomas de Aquino encarna las indagaciones y las ideas de su época y a su lado se encuentran humanistas como Guillermo de Occam, Duns Escoto, quienes defendían la teoría de que Dios es el fin último de la vida. La felicidad y el actuar se centran en la divinidad, en “Dios” y muy específica y radicalmente en el Dios de los cristianos.

Pensadores como Emmanuel Kant, proponen una ética basada en imperativos categóricos (reglas), los cuales rigen a las personas exigiéndoles llevar una vida a través del cumplimiento de dichas reglas, las cuales se convierten en universales para todos los seres humanos. Esta teoría ética, se debatirá más ampliamente en un apartado siguiente.

Autores más actuales como Guisán, 1990, consideran la ética desde tres puntos de vista:

Descriptiva, tiene que ver con el desarrollo de lo moral, es decir, la cultura, los grupos sociales, la clase social, la época etc.

Normativa, establece una serie de recomendaciones y normas esperadas por cumplir por los seres humanos.

Crítica o metaética, da lugar a la posibilidad de logros en enunciados con altos contenidos de admiración.

2.1.2. Definiciones y Conceptos.

Se cuentan con innumerables definiciones e instrumentaciones del concepto ética. En las líneas siguientes se señalarán algunos ejemplos de los muchos que se pueden encontrar en el nivel teórico, dejando claro que ninguno de ellos es más importante que el otro, y que sólo son definiciones y conceptos que han sido trabajados por diversos autores reconocidos en el área:

La ética es la rama de la filosofía, la cual está considerada como una ciencia práctica y normativa. La ética es una ciencia práctica porque el hombre la aplica en su vida diaria por medio de su conducta, de su comportamiento y es una ciencia normativa, porque también se encarga del estudio de las normas de la conducta humana desde el punto de vista de su bondad o maldad (Ibarra, 1996:6).

Para Cortina (2003), la ética se articula alrededor de los hábitos, los cuales le ayudan al individuo en su búsqueda de la felicidad, así estos hábitos pasaran a llamarse “virtudes”; pero si por el contrario, sus hábitos le alejan de esta felicidad, entonces tomaran el calificativo de “vicios”.

Por otro lado Singer, muestra una visión contraria de la ética y pasa a definir lo que no es ética:

Ético no es un conjunto de prohibiciones referidas particularmente a cuestiones sexuales, no es un sistema ideal, nobilísimo en teoría, pero que nada sirve en la práctica, no es algo que sólo sea inteligible en el contexto de una Religión (Singer, 1991:14).

Por su parte Ospina y Alvarado (2004), poseen una visión más pedagógica del cometido ético, al relacionarla con los sistemas educativos, y muy en especial en tiempos de crisis. En esta propuesta se da una mirada de la moral, originando una nueva figura del dogmatismo tradicional.

En otros autores como Velásquez se encuentra que:

La ética es la actividad de examinar los estándares morales de uno mismo o los estándares morales de la sociedad, y de preguntarse cómo se aplican estos a nuestra vida y si son razonables o irrazonables (Velásquez, 2000: 11).

Con otra visión Piñón y Flores (2000) plantean la ética como el estudio del carácter, de los usos y costumbres, contenidos en una explicación humana de un ciudadano libre, analizado así, se pone a consideración dichos arbitramentos ¿Qué es la libertad? Y otros que atañen directamente a la temática.

Así mismo, la ética puede entenderse como “La disciplina que indaga la finalidad de la conducta humana, de las instituciones sociales, de la convivencia en general” (Guisán, 1990:19).

Machan (2009), introduce el termino de elección para identificar la ética, al proponer que es una libre decisión tomarla, y es un modelo de vida en el cual respondemos a la pregunta ¿Cómo deberíamos vivir?

En el marco contemporáneo, encontramos figuras como Fernando Sabater quien posee una visión, además de ilustrada, de un talante más interpretativo que normativo frente a los asuntos directos de la ética y sus alcances.

Savater (1994), procura ser menos acartonado en su discurso, sin restarle objetividad y claridad teóricas. Reconoce lo intrincado y lo difícil de la objetividad y la teorización de estos temas y en un afán muy original trata de hacer asequibles los fundamentos de la disciplina ética a la mayoría de las personas como un aporte a la actual situación de caos y anarquía en la que se sumen la nuevas generaciones carentes de todo valor, incluso para ellos mismos. El autor sabe que a través de este modelo puede llegar a muchas personas que se dinamizarían gracias a su labor teórico-pedagógica, en un mundo globalizado. Es entonces apenas obvio reconocer la reflexión Savateriana en torno a la ética como una adaptación de los cuestionamientos tradicionales en ética en un lenguaje menos formal y ligero pero que de ningún modo carece de importancia dentro de las perspectivas éticas a través de la historia.

De esta forma la ética se da como un proceso de autoconstrucción (llevado a cabo en el interior de cada persona), y es el resultado de una reflexión profunda que llega a formar la llamada autoconciencia. Así la autoconciencia puede considerarse como un producto individual, un estado que alcanza cada persona, pero inevitablemente el alcance de esta condición lleva a la autodeterminación, razón por la cual la ética ya se entendería en términos culturales, como algo de la sociedad y no sólo del individuo (Marx y Engels, 1981).

El caso de la ética, entendida en su concepción clásica (Beuchot, 2004) viene del interés sobre el *ethos* griego, identificado tanto el interés por la constitución del carácter del ser humano, como el lugar donde se reside. En ambos casos nos remite a la metáfora de la concepción de la ética como la rama de la filosofía que estudia la conducta humana desde el punto de vista de su bondad o maldad.

En términos de Cortina “la ética, como saber, nace [...] con la reflexión filosófica griega, porque consiste en una filosofía moral. Si bien el estatuto de la ética ha venido precisándose con el tiempo, hoy podemos decir que la ética es una dimensión de la filosofía que se ocupa del hecho de que haya moral” (2000:11-12).

En este sentido Cortina (2000) concluye que la ética tiene por objeto el fenómeno de la moralidad que forma parte de la vida de los hombres, señalando que hay colindancias y diferencias en los términos moral y ético que si bien no significan etimológicamente cosas distintas, han venido configurándose técnicamente como dos formas de reflexión: una forma de reflexión de la moral que pertenece al mundo de la vida y otra de la ética que se identifica con el saber de expertos como es la filosofía, que nos regresa a la idea del ethos en su doble dimensión.

2.2. TEORÍAS ÉTICAS

En esta parte del documento se analizarán las teorías éticas que para el tema de investigación tienen más relevancia y que sirven de apoyo para sustentar el estudio.

2.2.1. Ética de las virtudes

Sus orígenes están enmarcados en la filosofía moral de Platón y Aristóteles, quienes afirman que en la vida general se encuentran hábitos, calificándolos como virtuosos, y que se pueden dar en dos extremos, uno en exceso y el otro en defecto (Hernández y Londoño, 2006).

A su vez, Aristóteles establece que la felicidad se puede alcanzar en la medida en que las personas actúen de una forma virtuosa, con actitudes de equilibrio en todos los ámbitos de la vida humana: justicia, fortaleza, templanza, veracidad, libertad, etc. Generando como fin último lo que se denomina una buena vida (Rodríguez, 2005).

Aristóteles en su libro *Ética a Nicómaco* plantea que:

La virtud es, por tanto, un hábito selectivo, consistente en una posición intermedia para nosotros, determinada por la razón y tal como la determinaría el hombre prudente. Posición intermedia entre dos vicios, el uno por exceso y el otro por defecto. Y así, unos vicios pecan por defecto y otros por exceso de lo debido en las pasiones y en las acciones, mientras que la virtud encuentra y elige el término medio. Por lo cual, según su sustancia y la definición que expresa su esencia, la virtud es medio,

pero desde el punto de vista de la perfección y del bien, es extremo (libro 2: 6).

Diferentes autores, como los que trata Rodríguez (2008) presentan la importancia de la ética de las virtudes, pues en nuestra modernidad, esta teoría moral puede ser de gran ayuda para intentar resolver los problemas que se dan en las administraciones de los medios productivos de nuestro país y del mundo. Así mismo se comparte que debe ser complementada con otras teorías para hacerla fuerte en su fundamentación y tener una visión más completa para intentar dar solución a diversos dilemas éticos que se presentan a diario.

2.2.2. Ética kantiana

Implica el desarrollo personal y correcto, no atentando hacia el libre desenvolvimiento de las otras personas, es decir. La moral, que en ciertas ocasiones se confunde con la ética, va más vinculada al conjunto de valores enmarcados e instituidos dentro de un grupo social, y que son aprehendidos por el individuo quien actúa y juzga a partir de éstos. Emmanuel Kant fundador y máximo representante de esta línea (1724 – 1804) propone en esta teoría unos imperativos categóricos, que son normas y principios que guían y controlan a los individuos, obligándolos a respetar dichas reglas, como cumplimiento de los propios imperativos o reglas que deben ser de suyo de carácter universal (Rodríguez,2005). Se encuentra pues que esta teoría se ve enmarcada por dos reglas generales que según Kant son:

- Las personas deben ser tratadas como fines y no solamente como medios.
- El principio del respeto por la dignidad del ser humano.

Es importante mencionar que el segmento de la obra kantiana que pertenece al área moral, se encuentra fundamentalmente en los textos *La crítica de la razón práctica*, *Fundamentación de la metafísica de las costumbres* y *Metafísica de las costumbres*, textos profundos con agudos contenidos, se encuentran inscritos en la línea del criticismo, línea en la cual se encuentran inscritas la mayoría de sus trabajos y obras de orden filosófico, científico, pedagógico y estético.

Para Kant lo “bueno” o lo “malo” no pueden determinarse en una instancia de primer orden por la “ley moral”, sino que realmente pueden darse después de tener muy en claro qué es la ley moral y cómo se articula o dinamiza a la vida

humana, lo cual encuentra su lugar en una ética del móvil. En Kant la “ley moral” es un hecho “factum” porque no es predecesora de la razón, sino que por ella misma se imponen las decisiones al actuar al hecho, “factum”.

En Kant y haciendo honor a su época, el eje de las reflexiones morales salta juiciosamente sobre la perspectiva sentimental o sensorial, y se dirige objetivamente al plano racional, para que desde allí pueda postular el “Imperativo categórico” como regla general de la conducta humana, y que por ley debe ser racional en principio y en dinámica.

Kant hace un llamado para cambiar el eje moral de la felicidad al deber. Este eje moral debe cumplir con la condición de universalidad expresada y contenida en la ley misma. En este coloso alemán se encuentra la instalación de un perfil profundamente humanista al tener en cuenta en la reflexión racional al hombre en general, no solamente al individuo; a esta posición se le conoce como “sentido de humanidad”. En este campo se encuentra uno de los grandes programas de la producción kantiana, es decir, el hecho de separar el mundo natural y su conocimiento (*Critica de la razón pura*) y el mundo moral al cual, en palabras del mismo Kant, podemos llamar “nouménico” o ininteligible, señalando, de paso, otro de los límites entre las ciencias naturales y las ciencias sociales, humanísticas o del espíritu, como la han llamado otros pensadores.

2.2.3. Ética Utilitarista.

Sus principales exponentes son Jeremy Bentham (1748- 1832) y John Stuart Mill (1806- 1873). La representación de la ética utilitarista está dada y fundamentada por el pensamiento capitalista muy posicionado en las empresas de hoy. A su vez para los días en que la teoría se presentó, las empresas contaban con un pensamiento de sólo producir y no pensar en las personas, utilizando a las personas como medios más no como fines.

Esta teoría está argumentada por la base de alcanzar un bien común, dando un resultado más beneficioso para la gran mayoría de involucrados en la acción, llegando a entenderse como eficiencia, la consecución del bien humano (Rodríguez, 2008).

Mill, en su postulado sobre esta teoría moral, plantea el concepto de felicidad y siguiendo a su maestro Bentham, en el cual la felicidad se entiende como “placer y

ausencia de dolor”. No siendo suficiente para Mill esta concepción, plantea unos placeres superiores y otros inferiores, de gran debate en su discurso por tratar de sustentarlos.

Un autor contemporáneo y que no se sale de lo expuesto por Mill, plantea que “una acción es correcta desde un punto de vista ético si y sólo si el total de utilidades que dicho acto produce es mayor que el total de utilidades producidas por cualquier otro acto que el agente podría haber efectuado en su lugar” (Velásquez, 2000:73). Continuando así, expone que una ventaja es explicar por qué una acción puede ser buena o mala moralmente, teniendo en cuenta lo que puede suceder con la decisión tomada, respecto a los seres humanos.

Se debe tener claro que una acción de porte utilitarista no siempre es una decisión ética, pues se olvidan de la fundamentación sobre la justicia, la equidad, el respeto por los demás y por el medio ambiente (Rodríguez, 2008), perdiendo el norte sobre los fines de la ética.

2.2.4. Ética Mínima.

La introducción de este planteamiento ético en el estudio a realizar resulta muy conveniente a la hora de tomar, como la misma teoría lo indica, unos mínimos que nos lleven a consensos entre las partes involucradas en la decisión moral que se piensa implementar.

El planteamiento de la ética mínima inicia con Adela Cortina, filósofa española, directora de la fundación ÉTNOR, para la ética de los negocios y las organizaciones. Este pensamiento es muy joven, pero aporta en gran medida por contener indicios claros de aplicabilidad en la vida diaria.

Expone Cortina (1986), que en una sociedad democrática y pluralista tiene sentido no inculcar en los jóvenes la imagen del ser humano ideal, imagen sólo admitida como tal por algunos grupos que la componen, pero que tampoco la sociedad debe renunciar a transmitirle actitudes sin las que es imposible la convivencia democrática.

De allí la importancia de explicitar los mínimos morales que una sociedad democrática debe transmitir: que son principios, valores, actitudes y hábitos a los

que no se puede renunciar, pues hacerlo sería renunciar a la vez a la propia humanidad.

Cortina, (1997), propone una educación basada en valores y unos mínimos morales, los cuales son expuestos con mejor descripción en sus obras anteriores. Cortina deja ver un recorrido en búsqueda por conocer, ¿que son los valores? ¿qué hace moral a un valor?, el presente y el futuro de los valores, hasta llegar a la construcción de una moral cívica como moral mínima.

Con los planteamientos que dicha autora genera, se puede analizar que para fortalecer y generar una ética global y universal, se debe empezar por la construcción de consensos, interacciones mínimas de dialogo que den fruto en un gana-gana para ambas partes que se encuentran en discusión, retomando de las diferentes teorías éticas lo más representativo y de los autores más importantes en el tema.

2.2.5. Ética del Cuidado.

Esta perspectiva ética surge y toma forma con Carol Gilligan, filósofa y psicóloga feminista estadounidense, seguidora de la teoría moral de Kohlberg; esta filósofa se aparta de su maestro al encontrar deficiencias en su teoría, como:

- Los estudios realizados se generaron con base en encuestas dirigidas al género masculino, no incluyendo al género femenino.
- La formulación sobre los dilemas morales fueron producto de ambigüedades en los participantes del estudio.
- Los resultados obtenidos en el estudio, con base en las mujeres, eran inferiores a los que obtenían los hombres.

Bajo estas diferencias con su maestro, Gilligan abre una puerta hacia la teoría a la cual llamaría ética del cuidado, siendo nombrada y marcada como ética feminista. Dicha teoría toma semejanzas con la ética aristotélica, pero incluye virtudes que son más evidentes en las mujeres, como son la caridad, la ternura, la sensibilidad, así mismo enfocada en “las relaciones, la atención y el cuidado” (Santacruz, 2006:2).

Gilligan, considera que los hombres centran más su atención sobre los derechos y la igualdad, llamándole ética de la justicia, pero no sustentando que una ética sea propia del género al cual se refiera, se considera más bien como “el punto de equilibrio, la madurez en el desarrollo moral tanto de hombres como de mujeres, es la integración, la armonía y la complementariedad de estos dos conceptos” (Santacruz, 2006:2).

Por su parte Velásquez (2006), propone dos demandas morales, como él las llama, para atender y responder por el bien de personas concretas, en particular, aquellos con los que tenemos mayor empatía y cercanía.

Cada uno de nosotros existe en una red de relaciones y debemos preservar y alimentar aquellas relaciones concretas y valiosas que tenemos con personas específicas. Cada uno de nosotros debe poner un cuidado especial en aquellos con quienes tenemos una relación concreta atendiendo a sus necesidades, valores, deseos y bienestar concreto, según se ve desde su propia perspectiva y respondiendo positivamente a estas necesidades, valores y deseos y bienestar, en particular, de aquellos que son vulnerables y dependen de nuestro cuidado (Velásquez, 2006: 102).

Así mismo, se deja claro que todos necesitamos cuidar nuestras relación, nutrirlas y fortalecerlas, pues necesitamos de otros para alimentarnos, para educarnos, para compartir con amigos; así es como obtengo mi madurez, la comprensión de quién soy y me defino que soy (Velásquez, 2006).

2.3. ÉTICA MÉDICA

Suele decirse que desde la Ilustración nace en los hombres la idea de que son individuos autónomos, capaces de decidir por sí mismos como desean darse sus propias leyes. La ética cívica nace entonces de la convicción de que los hombres somos ciudadanos capaces de tomar decisiones de un modo moralmente autónomo y, por tanto, de conocer lo que consideramos bueno moralmente para organizar nuestra convivencia sin recurrir a proyectos de autoridad impuestos. Por eso el primero de los valores que compone una ética cívica es el de la autonomía moral con trasfondo político de autonomía, acompañada de igualdad de oportunidades. Así, libertad como autonomía e igualdad de oportunidades son dos

valores que forman el contenido de una ética cívica, a los que se agrega el de la fraternidad, que la tradición socialista ha popularizado como solidaridad.

Podemos considerar los denominados derechos humanos como la concreción de estos valores que componen la ética cívica. No constituyen parte del derecho positivo, porque no los acompañan sanciones externas al sujeto prefiguradas legalmente, por lo que pertenecen al ámbito de la moralidad, y por eso decimos que forman parte de la ética cívica, concretando en sus distintas generaciones los valores de libertad, igualdad y solidaridad.

Sera la tradición liberal, la que promueva los derechos de la primera generación, esto es, los derechos civiles y políticos inseparables de la idea de ciudadanía. La tradición socialista, por su parte, cuestiona que los derechos civiles y políticos puedan respetarse si no son respaldados por seguridades materiales, por lo que la aspiración a la igualdad guiara el reconocimiento de la segunda generación de derechos: los derechos económicos, sociales y culturales. Por lo que toca a la llamada generación, aun no recogida explícitamente por la ONU, se guía por el valor de la solidaridad, referida a un tipo de derechos que solo pueden ser respetados por medio de la solidaridad internacional. Nos referimos al derecho a la paz y al derecho a un medio ambiente sano.

La idea de la tolerancia, así como el resto de los valores mencionados y el respeto a los derechos humanos, se expresan de forma óptima en la vida social solo a través de un ethos dialógicos. Ethos que conviene potenciar, porque resulta el mejor modo de conjugar dos posiciones éticas: el universalismo y el respeto a la diferencia. El respeto a la diferencia no nos lleva a una situación en la que no pueda defenderse un valor universal, sino todo lo contrario, solo si reconocemos que la autonomía y peculiaridades de cada hombre tiene que ser universalmente respetada, podemos entender que el mejor modo de hacerlo será a través del dialogo en que cada quien exprese sus peculiaridades desde la unidad que supone saberse “mínimamente entendido” y “máximamente respetado”.

Los valores de libertad, igualdad y solidaridad, concretados como dijimos en los derechos humanos, la tolerancia y la imposibilidad de imponer a otros el modelo de vida propios, componen el caudal de la ética cívica en muchas sociedades. Esto no implica que las personas que viven en esas sociedades aceptan estos valores y derechos, ni que las organizaciones e instituciones de tales sociedades cobren sentido defendiéndolos y protegiéndolos. De ahí que las personas, organizaciones e instituciones se impregnen de los mencionados valores, respeten

y promuevan los derechos morales y los incorporen a su quehacer cotidiano, pues en caso contrario quedan moralmente deslegitimadas.

Precisamente por haber alcanzado el nivel descrito la ética de las instituciones cívicas, es posible una ética médica. Como cada organización e institución debe encarnar valores y respetar derechos atendiendo a la peculiaridad de su actividad y de lo que hemos denominado bienes internos, la ética cívica será plural y heterogénea porque tendrá que contar con los mínimos comunes y de los valores que resulten de la adecuación de estos mínimos a las diversas actividades.

En la ética médica, el principio básico del trato igual a todos los seres humanos, ha generado en la comunidad sanitaria cuatro principios morales e internacionalmente compartidos, que se conocen como principio de beneficencia, no-maleficencia, autonomía y justicia.

El personal de salud debe proponerse con su actividad el bien del paciente, respetando su autonomía y teniendo en cuenta que la distribución de recursos escasos tiene implicaciones de justicia en la sociedad, que sobrepasan la relación médico paciente. Orientar la actividad sanitaria por estos principios supone adquirir virtudes peculiares a esta actividad, aunque algunas de ellas serán comunes a otro tipo de ejercicio. Los mínimos a los que hemos hecho referencia permiten a la ética cívica realizar dos funciones:

- Criticar por inmoral el comportamiento de personas y organizaciones que violen estos mínimos.
- Diseñar desde el esfuerzo conjunto las organizaciones de nuestra sociedad, como es el caso de las instituciones sanitarias.

2.3.1. Razones para el Desarrollo de una Ética Médica como Ética Aplicada.

El ejercicio de la medicina siempre planteo problemas éticos y exigió de los médicos calidad moral, pero nunca como en los últimos años se plantearon a los médicos tantos problemas morales. Ello explica la necesidad de la formación ética de los profesionales sanitarios. La llamada revolución medico-sanitaria la explican tres razones:

- La mayor autonomía y capacidad de decisión del paciente, que ha cambiado el paradigma del carácter vertical y asimétrico de la relación

médico-paciente. Según este modelo, el médico ha de estar arriba y mandar, en tanto que el paciente debe colocarse debajo y obedecer. Pero actualmente, el médico ya no puede decidir por sus pacientes, ni establecer con ellos relaciones de tipo vertical. El paciente es un ser adulto y responsable que, salvo excepciones, debe tomar decisiones sobre su enfermedad. En la relación médico-paciente el médico tiene la información, pero en el paciente se deposita la capacidad de decisión.

- Las profundas transformaciones tecnológicas de la práctica médica y los límites del principio de beneficencia. Basta analizar el caso concreto de Jersey Karen Ann años en estado vegetativo persistente. El conflicto que en el caso de Karen se produjo entre los médicos y los padres de la joven, demuestra hasta qué puntos las nuevas técnicas de soporte vital, y en general la nueva tecnología sanitaria, ha cambiado el modelo tradicional de la relación médico paciente.
- La tercera causa que ha modificado la relación médico-paciente en los últimos treinta años es de orden político. El crecimiento económico de los años sesenta favoreció la existencia del estado de bienestar y con él, la expansión de la sanidad pública durante estos años.

El modelo sanitario establecido, sin embargo, dio cobertura distinta a los casos de las personas recuperables para el sistema productivo (jóvenes, enfermos agudos, etc.) que el de los irrecuperables (ancianos, jubilados, enfermos crónicos, etc.). Esto explica como el sistema de salud se organizó en torno al paciente agudo y recuperable, marginando al crónico e irrecuperable. Otro rasgo de este sistema es que desatendió la asistencia primaria en favor de la hospitalaria.

Sin embargo, la crisis económica de los años setenta puso fin al desarrollo económico ininterrumpido. De ahí que el tercer conflicto ético tiene que ver con el acceso igualitario a los servicios sanitarios y la distribución equitativa de los recursos económicos escasos. ¿Qué criterios utilizar para la distribución de esos recursos?

Frente al viejo modelo vertical comienza a cobrar vigencia otro horizontal en el que médico y paciente se tratan como personas adultas y responsables, lo que no significa que intercambien sus papeles. Ponerse en contacto con el médico no priva al paciente de su autonomía, razón por la cual el paciente aporta a la relación el “principio de autonomía”, mientras el médico aporta el “principio de beneficencia”. De este modo – como señala Gracia-, la vieja relación “yo mando-tu obedeces” se ha sustituido por esta otra: “beneficencia-autonomía”. Pero en la relación médico paciente no hay solo dos partes ni solo dos principios. Existe la sociedad, el estado y el principio de la justicia.

De ahí que si la autonomía y la beneficencia generaban muchos conflictos, la entrada en juego del principio de justicia tiene un efecto multiplicador. No obstante, hay que decir que la relación médico-paciente es hoy de más calidad que en ninguna época anterior. También es mucho más humana a pesar de su carácter conflictivo.

Ahora bien, los códigos deontológicos de la ética médica son declaraciones de principios que los profesionales se comprometen a respetar desde que entran a la actividad sanitaria. La complejidad de los problemas éticos necesita de otros procedimientos que la ética médica intenta resolver.

- La ética médica ha de ser una ética civil o secular, no directamente religiosa. En las sociedades pluralistas conviven creyentes, agnósticos y ateos, y dentro de cada uno de esos grupos coexisten códigos morales diferentes. Estas sociedades han elevado a categoría de derecho humano fundamental al respeto a las creencias morales y el derecho de libertad de conciencia. Esto no significa que no sea posible un acuerdo moral sobre mínimos aceptables y exigibles a todos. En el campo de la ética médica esto significa que aun teniendo todas las personas derecho al respeto de su libertad de conciencia, las instituciones sociales están obligadas a establecer esos mínimos morales exigibles a todos.
- Ha de ser, además, una ética pluralista, esto es, que acepte la diversidad de enfoques y posturas e intente conjugarlos en una unidad superior. Este procedimiento cobra especificidad ética, al punto de poder decir que una acción no es moral si no resulta universalizable al conjunto de todas las personas. En otras palabras, cuando el beneficio de uno se consigue mediante el perjuicio de otros. Esto se debe a que la decisión no ha sido suficientemente pluralista o universal. Por eso, el pluralismo no tiene porque ser un obstáculo para la construcción de una ética médica, sino mas bien su condición de posibilidad
- El tercer requisito de la ética médica es su autonomía, es decir, el criterio de moralidad no puede ser impuesto a las personas desde fuera, lo que es propio de las éticas heterónomas. Las éticas autónomas consideran que el criterio de moralidad no puede ser otro que el propio ser humano. Es la razón humana la que se constituye en norma de moralidad.
- De lo dicho se desprende que la ética médica tiene que ser racional, lo que no significa que sea racionalista. Ser racionalista implica aceptar que la razón puede conocer a priori toda la realidad y construir un sistema de principios desde el cual se puede deducir, con precisión, las consecuencias posibles como hace la ética espinoziana. La racionalidad humana tiene

siempre un carácter abierto, con un momento a priori o principialista y otro a posteriori o consecuencialista.

La razón ética aspira al establecimiento de principios universales abiertos a la revisión, por lo que la ética médica debe ir más allá de los convencionalismos morales. Si bien la ética médica intenta cumplir con los requisitos anteriores, la diversidad de teorías en que se funda la hace diferente en los distintos contextos. Así, nos explicamos la tendencia empirista en el mundo anglosajón y la racionalista en la Europa continental. Los anglosajones conceden mayor importancia al principio de autonomía, por lo que son consecuencialistas y dan preferencia al principio de beneficencia. Mientras que los europeos tienden a ser racionalistas deontológicos pues consideran posible establecer principios absolutos, que obliguen moralmente al margen de la voluntad empírica de los sujetos. Por eso la importancia que asignan a la justicia como principio absoluto.

El utilitarismo es muy influyente quizá decisivo en la ética médica norteamericana, especialmente a través de las obras Beauchamp y Childress, no obstante considerarse el primero utilitarista de regla y el segundo deontologista. Ellos, entienden “por principio de beneficencia” evitar el mal posible (principio de no-maleficencia) y promover el bien. Sin embargo, sucede que el bien no es independiente de la autonomía de las personas puesto que unas consideran bueno lo que para otras es malo. No hay beneficencia sin autonomía.

Además hay que introducir el principio de justicia que servirá de compensación para reducir las desigualdades. La tradición europea por su parte cree encontrar principios absolutos que fundamenten lo moral. Es Kant, por medio de sus imperativos categóricos quien nos manda a tratar a todas las personas como fines en sí y nunca como medios. Por lo que hay obligaciones absolutas previas a la autonomía de las personas. Estas obligaciones pueden sintetizarse en dos principios: el de no maleficencia (que derivado del imperativo ya no es la parte negativa del principio de beneficencia) y el principio de justicia (que también derivado del imperativo categórico tampoco tiene por objeto compensar las desigualdades empíricas sino de cumplir con la obligación de tratar a todas las personas por igual.

2.3.2. Cambios Conceptuales Recientes en la Ética Médica.

Para algunos especialistas la ética médica es cada vez más una rama de la filosofía moral y se hace vulnerable a los cambios de opinión en filosofía. Las

consecuencias de ello para la estructura de la ética médica, son saludables y a su vez problemáticas, y representan un reto de gran significación por varias razones:

- La primera de estas razones es que las soluciones que buscamos para enfrentar el problema práctico de decisión moral, dependen del marco conceptual que usemos para definir lo que es correcto o incorrecto. Y es que la ética médica, al igual que la propia medicina, es una síntesis de teoría y praxis. El médico más práctico que exista tiene que apoyarse en algún referente filosófico, salvo que base sus decisiones morales en sus intuiciones.
- La segunda razón, es que los médicos deben reconocer que las teorías filosóficas han ejercido una poderosa influencia sobre las transformaciones de la ética médica. No se trata de entregar la tarea a los filósofos o a los abogados. Pero tampoco de definir la ética médica solo desde la medicina.
- Por último, los médicos deben ser conscientes de cuáles son los argumentos filosóficos en que se basan sus colegas cuando promulgan cambios drásticos en su tradición ética. Por ejemplo, algunas de las medidas que actualmente se busca legitimar acerca de problemas tales como el suicidio con ayuda del médico, la eutanasia voluntaria o involuntaria, la compraventa de órganos para trasplantar, el alquiler de úteros, etc., cuentan con racionalizaciones profundamente enraizadas en algún giro conceptual dentro de las teorías de la moral.

La ética médica ha pasado por varias etapas que en parte han coexistido: La primera de estas etapas fue un periodo de tranquilidad, en que la tradición hipocrática fue entendida como algo dado. Desde el punto de vista filosófico, la ética hipocrática es un mosaico de preceptos morales formulados en diferentes periodos bajo el influjo de la mayor parte de las escuelas de filosofía griega. El juramento hipocrático es su núcleo más influyente, siendo en gran medida, aunque no exclusivamente, un producto de la filosofía ascética de Pitágoras.

Esta ética incluye la mayor parte de los preceptos morales, como las prohibiciones contra el aborto, la eutanasia, las relaciones sexuales con los pacientes, no dañar etc. También exhorta al médico a llevar una vida virtuosa. Los libros deontológicos enfatizan las reglas que atañen la forma de vestirse, el comportamiento, la educación y la reputación de los médicos. Las influencias del pensamiento estoico oportunamente introdujeron un énfasis en el deber, la compasión, el amor y la amistad en las relaciones medico-pacientes.

El método para tomar decisiones durante este periodo consistía en juzgar si una determinada conducta se ajustaba o no a esos preceptos. La virtud clave es la prudencia, mediante la cual el médico es capaz de discernir lo correcto y lo incorrecto al enfrentar una posición moral determinada. Los filósofos griegos hicieron amplio uso de la medicina como instrumento pedagógico, sobre todo como modelo para uso moral del conocimiento.

Ellos encontraron en la medicina una fuente de útiles analogías, como aquella que asimila la salud del cuerpo (medicina) a la del alma (filosofía). La identificación entre filosofía y medicina se hizo tan estrecha que los médicos hipocráticos, tuvieron que definir su independencia enfatizando el carácter empírico del arte médico. Sin embargo, a pesar de esta yuxtaposición, la ética hipocrática no fue objeto de indagación filosófica, ni se escribió un tratado sobre ética médica.

Los filósofos antiguos y modernos han escrito sobre problemas morales fundamentales como el aborto, el suicidio, la muerte y la eutanasia, asuntos que hoy son parte de la ética biomédica. Pero la ética en la relación médico-paciente, base de las decisiones del médico y bienestar del paciente, no fue justificada ni inferida en un sentido formal. Incluso los médicos y filósofos antiguos Alcmeon y Empedocles, o los más recientes John Locke y William James, dijeron poco acerca de la ética médica.

Con algunas modificaciones al entrar en contacto con las grandes religiones, la ética hipocrática permaneció intacta en los textos de algunos médicos influyentes, como Persival o Gregory (Inglaterra) y Hooker (Estados Unidos). Los textos hipocráticos fundamentales se mezclaron con nociones estoicas de deber y virtud, así como con elementos de las estructuras y enseñanzas judías y cristianas, síntesis que dio forma al primer código ético de la Asociación Médica Americana en 1847.

Este mosaico de elementos filosóficos será cuestionado en la década del 60 como parte del cambio general de los valores morales en Estados Unidos, generado por el movimiento en pro de los derechos civiles, pro feministas y la actividad de los consumidores; la declinación de los valores compartidos por la comunidad; la acentuación del énfasis en los diferentes orígenes étnicos y la desconfianza general con respecto a las autoridades e instituciones; así como un mejor nivel de educación.

La propia medicina sufrió cambios a causa de la especialización, fragmentación, institucionalización y despersonalización del cuidado en la salud. Aumentaron y se complejizaron los problemas de ética médica. Todo lo anterior trajo como resultado la demanda de modelos alternativos para la enseñanza y la práctica de la ética médica.

De este modo se abrió el camino para indagar sobre los problemas permanentes de la filosofía. Comienza a mediados del 60, y está caracterizada por ser una etapa de investigación filosófica, durante la cual las teorías morales basadas en principios comenzaron a transformar la ética médica. Orientados a partir de las decisiones de los tribunales y la legislación vigente, algunos médicos se dirigieron a la filosofía, que empezó abordar problemas de ética médica.

2.4. PRESCRIPCIÓN MÉDICA

La receta médica es una importante transacción terapéutica entre el médico y su paciente. Representa un resumen del diagnóstico, pronóstico y tratamiento de la enfermedad del paciente realizado por el médico. Resume en un trozo de papel la capacidad diagnóstica y la experiencia terapéutica del médico, con instrucciones para aliviar o restablecer la salud del enfermo. Sin embargo la receta mejor concebida puede ser terapéuticamente inútil si no se instruye debidamente al paciente sobre como tomar la medicación recetada.

La importancia de la claridad en la comunicación entre el médico y su paciente es fundamental. Algunos nombres comerciales se asemejan al ser escritos o en su sonido. Este problema puede evitarse indicando claramente el nombre completo del medicamento. Numerosos estudios sugieren que son demasiados los médicos que no instruyen debidamente a sus enfermos sobre como tomar las drogas que le han recetado.

Estos indican que un 25 al 50 % de los pacientes en diversas situaciones clínicas no tomaban los medicamentos en la forma prescrita. Existen frecuentes errores de prescripción que atentan en contra del reestablecimiento de la salud del paciente, lo más habitual es recetar una dosis inapropiada, seguido por prescripción equivocada de medicamento, falta de monitorización de los efectos adversos y la duración inadecuada del tratamiento. En un estudio nacional el 34 % de las recetas no cumplen con la reglamentación establecida en el artículo N° 38 del Código Sanitario (Decreto Supremo N° 466 de 1984), de ellas el 92 % no identifica el profesional que extiende la receta. El 68,5 % presentan algún tipo de error técnico, de ellas el 76 % sin duración del tratamiento, 7 % sin indicación del

tratamiento, 5 % sin especificación de dosis, 3,8 % con errores farmacológicos, 3,4 % de recetas ilegibles.

La redacción de una receta involucra un conjunto de parámetros y normas para aliviar o restablecer la salud del enfermo. Para mejor lograr el objetivo debemos seguir algunas recomendaciones, la escritura debe ser legible, si se tiene mala caligrafía debe escribirse con letras de imprenta o usar impresora.

Las recetas deben escribirse en un lenguaje correcto. No deben emplearse abreviaturas ni jergas empíricas, en latín ni en ningún otro idioma.

Las drogas pueden prescribirse por sus nombres no patentados (nombre genérico) o por sus nombres patentados o de fantasía. (Nombre comercial).

Cuando se usa el nombre patentado, el farmacéutico debe despachar **únicamente** la droga del fabricante especificado (habitualmente no ocurre, se puede especificar en la receta "No Acepto Cambio de Medicamento").

Las recetas deben expresarse siempre en el sistema métrico decimal, únicamente empleando los números arábigos. Lamentablemente, las drogas recetadas con tanto cuidado por el médico en miligramos y mililitros son medidos generalmente por el paciente con utensilios de cocina. Las ventajas obtenidas con el uso de preparados líquidos quedan así anuladas muchas veces por la inexactitud de la medición y administración.

La "gota", de tamaño variable, presenta un problema especial. Su tamaño depende del líquido que se dispensa en gotas (peso específico, temperatura y viscosidad), también del orificio del gotero y del ángulo en que se sostiene este último. Afortunadamente la mayor parte de los productos comerciales suministra un gotero calibrado para este tipo de preparado.

La prescripción médica es un acto científico, ético y legal. Mediante esta acción un profesional utilizará un producto biológico, químico o natural con el objetivo de alcanzar un resultado terapéutico. En el orden científico significa el resultado de un proceso cognoscitivo donde el médico, a partir del conocimiento adquirido, realiza el interrogatorio y el examen físico del paciente en busca de signos,

elabora su hipótesis diagnóstica y decide una acción. Si la acción es terapéutica surge la prescripción médica.

En el orden ético, el médico está sometiendo al enfermo a un riesgo adicional al que ya tiene y que puede llegar a ser invalidante o mortal. De acuerdo a la teoría "de Georgetown" (que desarrolla los principios de no-maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia), el médico deberá tratar de no hacer daño al paciente con su prescripción; que ésta le haga bien; respetando su autonomía; debe compartir las expectativas con él; comprobar que conoce los riesgos a que se somete, con el objetivo de alcanzar un fin terapéutico, y que esta relación riesgo-beneficio es aceptable para ambos.

Como norma general, la conducta terapéutica del médico debe ser proporcionada, vale decir, que los beneficios esperados para un paciente con un determinado diagnóstico y pronóstico, tienen que guardar proporción con el esfuerzo terapéutico, los sufrimientos del paciente, los costos de toda índole involucrados y los riesgos asumidos. Por esta razón, la proporcionalidad en la acción médica es una exigencia no sólo técnica sino que también ética, ya que no es lícito llevar a cabo acciones diagnósticas o terapéuticas desmedidas. Por otra parte, la conducta médica desproporcionada, que es aquella de la que no se puede esperar un beneficio cierto para el enfermo, es técnicamente incorrecta y éticamente reprochable.

Los malos hábitos de prescripción, los cuales son el origen de tratamientos inefectivos e inseguros, de exacerbación o alargamiento de la enfermedad, de sufrimiento y daño al paciente y de costos más altos. También contribuyen a que quien prescribe sea vulnerable a influencias que pueden originar una prescripción irracional, como la presión del paciente, los malos ejemplos de los colegas, las solicitudes de los farmacéuticos y de la conducta de éstos cuando el paciente va a comprar lo que le prescribimos, o cuando le pide algo directamente.

El tratamiento de cualquier enfermedad o condición, se debe efectuar en el mejor interés del paciente y conforme a los principios de ética médica establecidos. La prescripción racional se consigue cuando un profesional bien informado, al hacer uso de su mejor criterio, prescribe al paciente un medicamento bien seleccionado, en la dosis adecuada, durante el periodo de tiempo apropiado y al menor costo posible para ellos y para la comunidad.

2.4.1. Ética de la Prescripción.

La bioética está estrechamente ligada a la profesión médica; desde sus principios es parte indisoluble del actuar de los dedicados a este fin. *En la* historia médica el juramento Hipocrático ha sido el principal código de ética para dirigir las decisiones y acciones morales en el cuidado de la salud; éste fue revisado en 1949 por la Asociación Médica Mundial surgiendo el código de ética contemporáneo.

El código de ética contemporáneo dirige a los profesionales de la salud, principalmente a los médicos, a consagrar su vida al servicio de la humanidad y a mantener el respeto por la vida humana desde el momento de la concepción, aún bajo amenaza.

Concediendo la máxima importancia al análisis de aspectos bioéticos se realizó la 93 Conferencia Interparlamentaria de Madrid (1995), donde se adoptó la bioética como un reto internacional para proteger los derechos humanos.

La Asociación Médica Mundial (AMM) en su 46 Asamblea General celebrada en Estocolmo (1994), aprobó mantener las más altas normas de ética médica planteadas en sus declaraciones y exhortó a los médicos a reafirmar sus actividades profesionales y respetar escrupulosamente los principios enunciados.

Una profesión sirve a sí misma y a la sociedad al dar el más alto cumplimiento al rol profesional. La principal característica de la ética es fomentar un alto nivel en el rol profesional. La ética profesional no solo concierne la conducta moral sino las funciones desarrolladas en la profesión y calidad en el cumplimiento de la profesión, basadas en la utilización y posesión de un conocimiento especializado. Podemos considerar tres características fundamentales que debe poseer un profesional de la salud:

Conocimiento especializado y utilidad social: La utilidad social de una ocupación debe basarse en la posesión y uso de un conocimiento especializado. Los profesionales de la salud deben brindar servicio profesional a los individuos en particular, utilizando sus habilidades intelectuales en beneficio de aquéllos.

La actitud y comportamiento profesional: El componente básico en la actitud de un profesional de la salud es: el altruismo, la preocupación desinteresada por el bienestar de los demás. Los profesionales deben preocuparse de los asuntos que son vitales para la salud y bienestar de sus pacientes. Por lo tanto, se espera que antepongan las necesidades del paciente ante sus necesidades personales.

El principal estímulo de un profesional deberá ser el deseo de brindar una función altamente útil a la sociedad. La ética médica ha ido cambiando con el tiempo y los conflictos o dilemas en la práctica médica se han incrementado con el avance tecnológico vertiginoso acontecido en este campo.

2.4.2. Modelos de la Relación Médico-Paciente.

En la actualidad, se debate mucho acerca del conflicto existente entre la autonomía del paciente y la toma de decisiones médicas. Al respecto, están los que abogan porque el paciente tenga un mayor control de sus valores, y los partidarios de una relación medico paciente mas reciproca. Este enfrentamiento nos lleva a preguntarnos como debe ser la relación médico-paciente ideal.

Dado que esta confrontación tiene implicaciones éticas (así como legales) esbozaremos algunos de los modelos de relación médico-paciente más relevantes. Este pase de revista que hacemos de los modelos de relación médico-paciente se apoya en el análisis que proporcionan Ezequiel y Linda Emanuel, respectivamente.

- El llamado **modelo paternal** (o sacerdotal). En este modelo los médicos utilizan sus conocimientos para determinar la situación clínica del paciente y la fase de su proceso morboso, y para elegir que pruebas diagnosticas y tratamientos son los más adecuados para restaurar la salud del paciente o calmar el dolor. El objetivo de la relación médico-paciente es asegurar que el paciente reciba la intervención necesaria que mejor garantice su salud y bienestar. Según este modelo, el médico da al paciente una información previamente seleccionada que le conducirá a consentir la intervención que, según el médico, es la mejor. El modelo presupone la existencia de un criterio objetivo que sirve para determinar qué es lo mejor para el paciente sin que se necesite la participación del mismo. Por consiguiente, el médico funciona como guardián o tutor del paciente, pero con la obligación de poner en primer lugar los intereses del paciente y pedir ayuda a sus colegas cuando sus conocimientos no sean suficientes. Este modelo concibe la

autonomía del paciente como asentimiento, ya sea en el momento o posteriormente, a lo que el médico considera que es lo mejor.

- Un segundo modelo es el **informativo**, conocido alternativamente como modelo científico, modelo técnico o modelo del consumidor. En este modelo el objetivo de la interacción médico-paciente es proporcionar al paciente toda la información importante, para que este pueda elegir la intervención que desee, tras lo cual el médico la llevara a cabo. El médico está obligado a informar al paciente acerca de la naturaleza y el estado de su enfermedad, el diagnóstico, las intervenciones terapéuticas, así como los beneficios y riesgos asociados e incluso, lo relacionado con la incertidumbre propia del conocimiento. En este modelo hay una distinción clara entre hechos y valores. Es decir, los valores del paciente son conocidos y definidos, pero el paciente no conoce los hechos. Por ello, el médico está obligado a facilitar al paciente todos los datos disponibles, para que este, desde sus valores, determine la terapéutica que se le debe aplicar. En otras palabras, en el modelo informativo el médico es un suministrador de experiencia técnica, y su obligación es dotar al paciente de los medios necesarios para que este, pueda ejercer el control de la situación. El modelo informativo concibe la autonomía del paciente como el control del mismo sobre la toma de decisiones.

- El tercer modelo es el denominado **interpretativo**. Aquí el objetivo de la relación médico paciente es determinar los valores del paciente, cuáles son sus deseos, y ayudarlo a elegir entre todas las intervenciones médicas disponibles, aquellas que satisfagan sus valores. En este modelo, el médico ayuda al paciente a aclarar sus valores, y determinar qué intervención médica desarrolla mejor tales valores. Como en ocasiones estos valores no solo aparecen mal definidos, sino que pueden entrar en conflicto, es tarea del médico trabajar con el paciente para esclarecer sus objetivos, aspiraciones y responsabilidades. De este modo, el médico no debe imponer sus órdenes al paciente, sino que es el paciente el que decide que valores y formas de actuar se ajustan mejor a lo que él es. En otras palabras, el médico no juzga los valores del paciente, solo lo ayuda a comprenderlos y a valerse de ellos en el contexto clínico. En este modelo, el médico desarrolla un papel de consejero, facilitando al paciente la información relevante, ayudándolo a esclarecer sus propios valores y sugiriéndole las intervenciones médicas que mejor llevan a cabo dichos valores. En este escenario se incluyen todas las obligaciones médicas enumeradas en el modelo informativo, pero es necesario incorporar al paciente en un proceso global de análisis. El modelo interpretativo concibe la autonomía del paciente como auto comprensión.

- El cuarto y último modelo es el llamado **deliberativo**, cuyo objeto es ayudar al paciente a determinar y elegir de entre todos los valores relacionados con su salud que puedan desarrollarse en el acto clínico, aquellos que son mejores. De lo que se trata es que el médico esboce la información sobre la situación clínica del paciente y lo ayude a dilucidar los tipos de valores incluidos en las opciones posibles. El médico debe indicar al paciente porque algunos valores relacionados con la salud tienen más importancia y se debe aspirar a poseerlos. El médico analizara solo los valores relacionados con la enfermedad el paciente y su tratamiento. Como muchos elementos éticos no están relacionados con la enfermedad del paciente o su tratamiento, el médico no debe ir más allá de la persuasión moral. El paciente es quien debe definir su vida y seleccionar el orden de valores que desea asumir. En el modelo deliberativo el médico actúa –siguiendo a Fried- como el amigo o maestro del paciente, comprometiéndolo a un dialogo acerca de qué tipo de actuación sería la mejor. Es decir, el médico indica no solo lo que el paciente podría hacer, sino conociendo al paciente y deseando lo mejor para él, que decisión respecto al tratamiento médico sería la más adecuada. Se concibe la autonomía del paciente como un acto de desarrollo moral.

Sin embargo, este modelo no se aleja del modelo que sostiene Gutmann y Thompson, los cuales son de carácter rawlsiano: dependen del contexto, son desarrollados y defendidos mediante reflexión sobre caso, esto es, el contexto desempeña un lugar muy importante en este enfoque y los casos tienen principalmente dos funciones: 1) ilustran problemas y principios, 2) sirven como expresión concreta de juicios ponderados.

Este modelo se sustenta en última instancia en un principio de reciprocidad, cuyo aporte básico al ejercicio de la ética médica es que ayuda a vivir en desacuerdos morales en un contexto democrático. Sus cuatro contribuciones mas especifica son: 1) una mayor legitimidad mediante un proceso creciente de deliberación inclusiva, 2) un ejercicio del razonamiento moral acerca del bien común, 3) una cierta reducción del desacuerdo moral y 4) una ampliación del conocimiento y de la comprensión mutua.

Tabla No. 2. Comparación de los cuatro modelos, diferenciándolos según el papel que otorgan a la Autonomía del paciente.

Comparación de los cuatro modelos, diferenciándolos según el papel que otorgan a la autonomía del paciente				
MODELOS				
	Paternalista	Informativo	Interpretativo	Deliberativo
Valores del paciente	Objetivos compartidos por el médico y el paciente	Objetivos definidos fijos y conocidos por el paciente	Objetivos poco definidos y conflictos, necesitados de una aclaración	Objetivos abiertos a discusión y revisión a través de un debate moral
Obligación del médico	Promover el bienestar del paciente independientemente de las diferencias del paciente en ese momento	Dar información relevante y realizar la intervención elegida por el paciente	Determinar e interpretar los valores del paciente mas importantes así como informar al paciente y realizar la intervención elegida por el	Estructurar y persuadir al paciente de que ciertos valores son los más adecuados así como informarle y realizar la intervención elegida por el
Concepción de la autonomía del paciente	Asumir valores objetivos	Elección de, y control de los cuidados médicos	Auto comprensión de los elementos relevantes para los cuidados médicos	Auto desarrollo de los valores morales relevantes para los cuidados médicos
Concepción del papel del médico	Guardián	Técnico	Consultor y consejero	Amigo o maestro

Fuente Elaboración propia.

La base de esta reciprocidad se encuentra según Rawls en la capacidad de buscar condiciones justas de cooperación social por sí mismas. Y lo que subyace a ese principio de reciprocidad es la creencia en la dignidad y valor de los seres humanos. De ahí que la reciprocidad que se propone en el modelo deliberativo de estos autores no puede confundirse con el principio de la prudencia ni con el principio de la imparcialidad, que son discutibles, porque lo importante es ubicar entre ellos el principio de reciprocidad como regulador de la deliberación. Por ello constituye una guía para vivir con desacuerdos morales fundamentales pero sin dejar de practicar el respeto mutuo. La reciprocidad en la práctica de la ética médica se concretaría en la capacidad del razonamiento crítico. Pero en lo que Gutmann y Thompson insisten es que el proceso del resultado deliberativo no es el acuerdo sino el desacuerdo “deliberativo”, lo que constituye la base para que quienes están moralmente en desacuerdo puedan cooperar. Un caso paradigmático de la reciprocidad deliberativa es la legalización o no del aborto.

En opinión de algunos especialistas existe también el modelo que ellos llaman instrumental, porque el médico persigue junto con el paciente algunos objetivos no relacionados con el, tales como el bien social o el avance del conocimiento científico.

Dos razones explican un cambio en las últimas décadas hacia el modelo informativo (mayor autonomía del paciente). La adopción de una terminología de corte financiero en la medicina al considerar a los médicos proveedores de salud y los pacientes consumidores. La otra razón es la difusión de las cartas de derechos de los pacientes, la promoción de leyes sobre el testamento vital y las normas que regulan las investigaciones con seres humanos. Anterior a la década del 70 el criterio a seguir en el consentimiento informado se basaba exclusivamente en consideraciones médicas. Sin embargo, desde 1972 el énfasis se pone en el denominado criterio subjetivo del paciente, que obliga al médico a proporcionar al paciente los datos clínicos necesarios que lo capacitan para determinar que intervenciones deben ser realizadas en función de su propio sistema de valores.

Sin embargo, no obstante su predominio, algunos autores califican al modelo informativo de muy árido. La Comisión Presidencial y otras se oponen a que en la relación medico paciente se conceda a este ultimo la autoridad y el papel de tomar decisiones medicas y privilegian una participación mutua y de respeto. El papel del médico es ayudar al paciente a comprender la situación clínica y los posibles cursos de acción, al tiempo que esta expresa sus preocupaciones y deseos. Broca y Wartman se pronuncian por un proceso colaborativo entre el médico y el paciente. El médico proporciona la información al paciente y este, toma las decisiones basado en sus valores. También Katz es partidario de un modelo de relación medico paciente reciproco.

2.5. ADMINISTRACIÓN EN SALUD

2.5.1. Administración: Una Aproximación Conceptual.

Es un proceso muy particular consistente en las actividades de planeación, organización, ejecución y control, desempeñadas para determinar y alcanzar los objetivos señalados con el uso de seres humanos y otros recursos.

El Dr. George R. Terry define administración como: “La administración consiste en lograr que se hagan las cosas mediante otras personas”.

Koontz y O'Donnell nos da la siguiente definición de administración: "La dirección de un organismo social y su efectividad en alcanzar objetivos, fundada en la habilidad de conducir a sus integrantes".

V. Clushkov: "Es un dispositivo que organiza y realiza la transformación ordenada de la información, recibe la información del objeto de dirección, la procesa y la transmite bajo la forma necesaria para la gestión, realizando este proceso continuamente".

E. F. L. Brech: "Es un proceso social que lleva consigo la responsabilidad de planear y regular en forma eficiente las operaciones de una empresa, para lograr un propósito dado". J. D. Mooney: "Es el arte o técnica de dirigir e inspirar a los demás, con base en un profundo y claro conocimiento de la naturaleza humana". Y contrapone esta definición con la que da sobre la organización como: "la técnica de relacionar los deberes o funciones específicas en un todo coordinado".

Peterson and Plowman: "Una técnica por medio de la cual se determinan, clarifican y realizan los propósitos y objetivos de un grupo humano particular".

F. Tannenbaum: "El empleo de la autoridad para organizar, dirigir, y controlara a subordinados responsables (y consiguientemente, a los grupos que ellos comandan), con el fin de que todos losservicios que se prestan sean debidamente coordinados en el logro del fin de la empresa".

Henry Fayol (considerado como el verdadero padre de la moderna Administración), dice que "administrar es prever, organizar, mandar, coordinar y controlar".

F. Morstein Marx la concibe como: "Toda acción encaminada a convertir un propósito en realidad positiva"... "es un ordenamiento sistemático de medios y el uso calculado de recursos aplicados a la realización de un propósito".

Brook Adams. La capacidad de coordinar hábilmente muchas energías sociales con frecuencia conflictivas, en un solo organismo, para que ellas puedan operar como una sola unidad. Es el proceso de planificación, organización, dirección y control del trabajo de los miembros de la organización y de usar los recursos disponibles de la organización para alcanzar las metas establecidas.

Un concepto personal de la Administración es “Es el proceso de lograr que las cosas se realicen por medio de la planeación, organización, delegación de funciones, integración de personal, dirección y control de otras personas, creando y manteniendo un ambiente en el cual la persona se pueda desempeñar entusiastamente en conjunto con otras, sacando a relucir su potencial, eficacia y eficiencia y lograr así fines determinados”.

2.5.2. Objetivos.

Para que exista un sentido de satisfacción debe existir un objetivo, lo que da un propósito al esfuerzo; además el objetivo debe tener un significado y valor; así que la definición de objetivo es: “Un objetivo administrativo es una meta que se fija, que requiere de un campo de acción definido y que sugiera la orientación para los esfuerzos de un dirigente”, en esta definición hay cuatro elementos que son:

1. Meta
2. Campo de acción
3. Definición de la Acción
4. Orientación

Séneca afirmó... “ Si el hombre no sabe a cuál puerto se dirige, ningún viento le es favorable.”

- ✓ Los Objetivos son importantes para llegar a los resultados deseados; la falta de objetivos hace que la administración sea innecesariamente difícil, si es que se puede hablar en rigor de administración; así que, los objetivos básicos son un prerrequisito para determinar cualquier curso de acción y deben ser definidos con claridad para que los comprendan todos los miembros de la empresa.

Albert Einstein dijo... "Si buscas resultados distintos, no hagas siempre lo mismo."

A la administración por objetivos también se le llama Administración de Resultados, y administración de metas, estimula la toma de decisiones, aumenta la productividad y mejora la eficiencia administrativa, los resultados determinan el éxito del administrador en el análisis final de la empresa. La clasificación de objetivos en una empresa puede ser la siguiente:

- Obtener Utilidades (Económicos)
- ✓ Proporcionar buenos productos o servicios
- ✓ Mantener a la cabeza de los competidores
- ✓ Bienestar de los empleados (Sociales)
- ✓ Ser eficiente
- ✓ Progresar

2.5.3. Importancia de la administración.

No sería suficiente con decir que sin una buena administración ninguna organización tendrá éxito; por lo cual mencionaremos algunos hechos para mencionar su importancia:

La administración no solamente nació con la humanidad sino que se extiende a la vez a todos los ámbitos geográficos y por su carácter Universal, lo encontramos presente en todas partes. Y es que en el ámbito del esfuerzo humano existe siempre un lado administrativo de todo esfuerzo planeado.

Donde exista un organismo social allí estará presente la administración.

No sirve de mucho que en una empresa existan buenas instalaciones, el mejor equipo, la mejor ubicación, si lo todo lo anterior no va acompañado del elemento humano necesario para dirigir las actividades, o sea que la administración es importante para alcanzar objetivos de la organización.

En las grandes empresas la administración científica o técnica es esencial ya que no podrían existir sin una buena administración.

La administración es un proceso universal ya que no solo se da en los países capitalistas, sino que también en los países socialistas o de cualquier tipo que sean, la administración es importante tanto en las pequeñas como en las grandes empresas.

Otro hecho importante es que por medio de la administración se puede elevar la productividad y los niveles de vida en los países en vías de desarrollo.

La administración imparte efectividad a los esfuerzos humanos. Ayuda a obtener mejor personal, equipo, materiales, dinero y relaciones humanas.

Se mantiene al frente de las condiciones cambiantes y proporciona previsión y creatividad. Edison dijo... "Dos personas unidas en una tarea común han de hacer mucho más que duplicar las energías."

Concluiremos diciendo que la administración es importante porque se aplica en cualquier tipo de organización con deseos de aumentar su productividad y el éxito, dependiendo para esto del elemento humano y material.

2.5.4. Características.

Dentro de las características de la administración tenemos las siguientes:

1. **Universalidad:** La administración se da donde quiera que existe un organismo social (estado, ejército, empresas, iglesias, familia, etc.), porque en él tiene siempre que existir coordinación sistemática de medios.
2. **Especificidad:** La administración tiene sus propias características las cuales son inconfundibles con otras ciencias, aunque va acompañada siempre de ellas (funciones económicas, contables, productivas, mecánicas, jurídicas, etc.), son completamente distintas.
3. **Unidad Temporal:** Aunque se distingan etapas, fases y elementos del proceso administrativo, éste es único y, por lo mismo, en todo momento de la vida de una empresa se están dando, en mayor o menor grado, todos o la mayor parte de los elementos administrativos.
4. **Unidad Jerárquica:** Todos cuantos tienen carácter de jefes en un organismo social, participan en distintos grados y modalidades, de la misma administración. Así, en una empresa forman un solo cuerpo administrativo, desde el gerente general, hasta el último mayordomo". Respetándose siempre los niveles de autoridad que están establecidos dentro de la organización.
5. **Valor Instrumental:** La administración es un instrumento para llegar a un fin, ya que su finalidad es eminentemente práctica y mediante ésta se busca obtener resultados determinados previamente establecidos.
6. **Flexibilidad:** La administración se adapta a las necesidades particulares de cada organización.
7. **Amplitud de Ejercicio:** Esta se aplica en todos los niveles jerárquicos de una organización.

También podríamos mencionar otras características como:

- a) Es un medio para ejercer impacto en la vida humana. Es decir, la administración influye en su medio ambiente.
- b) Se logra mediante los esfuerzos. Para participar en la administración se requiere dejar la tendencia a ejecutar todo por uno mismo y hacer que las tareas se cumplan mediante los esfuerzos de otros.
- c) Es una actividad, no una persona o grupo de ellas. La administración no es gente, es una actividad; las personas que administran pueden ser designadas como Directores, gerentes de áreas, etc.
- d) La efectividad administrativa requiere el uso de ciertos conocimientos, aptitudes y práctica. La habilidad técnica es importante para cumplir con un trabajo asignado.
- e) La administración es intangible. Su presencia queda evidenciada por el resultado de los esfuerzos.
- f) Los que la practican no son necesariamente los propietarios; es decir que el administrador y el propietario no son necesariamente la misma persona.

2.6. EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA

El sistema de salud en Colombia está regulado por el gobierno nacional, por intermedio del Ministerio de la Protección Social bajo mandato constitucional y delegado en parte al sector privado. El sistema vigente en Colombia está reglamentado por la Ley 100, expedida en 1993, la cual reglamenta el sistema general de seguridad social de Colombia integral. Colombia para el año 2000 se encontraba en el puesto 41 de 191 países, por su desempeño general del sistema de salud según un informe de la Organización Mundial de la Salud.

El sistema de salud en el país está reglamentado en el segundo libro de la Ley 100 de 1993 expedida por el Congreso de Colombia, la cual estableció el Sistema de Seguridad Social en el país y que además se ocupa de regular el sistema de pensiones en el primer libro, de las condiciones de trabajo en el tercer libro, y dispone sobre servicios complementarios en el cuarto libro, aspectos que se deben prestar con sujeción a los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación.

La reforma al sistema de salud tuvo como fin evitar el monopolio del estado sobre la salud y permitir el derecho de la competencia con la incorporación de empresas

prestadoras de salud. También la creación de subsidios al sector salud para cubrir a la población con menos ingresos.

Además de los principios generales de la ley y de la constitución política, la ley establece reglas fundamentales para regir el servicio público de salud como son la equidad, la obligatoriedad, la protección integral, la libre escogencia, la autonomía de las instituciones, la descentralización administrativa, la participación social, la concertación y la calidad.

2.6.1. Modificaciones.

La Ley 100 de 1993, norma primordial del Sistema en Colombia, ha tenido modificaciones mediante leyes expedidas por el congreso de la república y en su componente de salud han sido las siguientes:

- Ley 1122 de 2007: su objetivo según se señala en su artículo primero fue: "...realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de, inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud".
- Ley 1438 de 2011: según lo señala su artículo primero: " ...tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país. Se incluyen disposiciones para establecer la unificación del Plan de Beneficios para todos los residentes, la universalidad del aseguramiento y la garantía de portabilidad o prestación de los beneficios en cualquier lugar del país, en un marco de sostenibilidad financiera."

2.6.2. Antecedentes.

A grandes rasgos el sistema de salud en Colombia que precedió al actual se puede distribuir en tres etapas.

La primera de ellas vio sus inicios tras la promulgación de la Constitución de 1886 hasta mediados de la década de 1950 y en donde prevaleció lo que se ha denominado «modelo higienista». Bajo este modelo, las acciones de salubridad pública se limitaban a atender aspectos de carácter sanitario, mientras que la atención preventiva y curativa en salud venía a ser financiadas por los usuarios y por algunas instituciones de cantidad. En 1950 se crea la Caja Nacional de Previsión que se encargaba de atender la salud de los empleados públicos y en 1950, se crea el Instituto Colombiano de Seguros Sociales (después Instituto de Seguros Sociales) que atendía a los empleados del sector privado con empleo formal.

La segunda etapa, que inicio en la década de 1970 hasta 1989, se desarrolla bajo la creación del Sistema Nacional de Salud bajo el esquema de «subsidios a la oferta». Bajo este régimen los recursos del gobierno central para salud eran transferidos directamente a la red de hospitales públicos del país. Sin embargo, este sistema no era suficiente para proporcionar una atención integral en salud a la población de bajos recursos.

La tercera y última etapa se inicia en 1990, con la expedición de la Ley 10. Este periodo se prorrogó hasta 1993 con la expedición de la Ley 100 de 1993, bajo los principios de la Constitución Política de 1991.

2.6.3. Estructura del Sistema.

El sistema en salud está compuesto básicamente por tres entes:

El estado: actúa como ente de coordinación, dirección y control. Sus organismos son : El Ministerio de la Protección Social, la Comisión de Regulación en Salud (CRES) que reemplazó al Concejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) por la Ley 1122 de 2007, y la Superintendencia Nacional de Salud que vigila y controla a los actores del sistema.

Los aseguradores: Son entidades públicas o privadas que aseguran a la población, actúan como intermediarias y administradoras de los recursos que provee el estado en forma de prima anual denominada *Unidad de Pago por Capitalización* -UPC-. Son las entidades promotoras de salud (EPS) y las administradoras de riesgos profesionales (ARP).

Los prestadores: son las instituciones prestadoras de salud (IPS), son los hospitales, clínicas, laboratorios, etc. que prestan directamente el servicio a los usuarios y aportan todos los recursos necesarios para la recuperación de la salud y la prevención de la enfermedad.

2.6.4. Comisión de Regulación en Salud (CRES).

Artículo principal: Comisión de Regulación en Salud.

Este organismo, creado mediante la Ley 1122 de 2007, sustituyó al CNSSS como organismo de dirección del sistema de salud. Es una unidad administrativa especial adscrita al Ministerio de la Protección Social y está compuesta por el Ministro de la Protección Social y el Ministro de Hacienda y Crédito Público o su viceministro y por cinco comisionados expertos elegidos por el presidente de la república.

La Superintendencia Nacional de Salud.

Es el organismo que formula, dirige y coordina la política de inspección, vigilancia y control del sector salud y del sistema general de seguridad social en salud, además liquida y recauda la tasa que corresponde sufragar a las entidades sometidas a su vigilancia, autoriza la constitución o habilitación de EPS e IPS, y supervisa el monopolio rentístico de juegos de suerte y azar y de licores; así como a la oportuna, eficiente explotación, administración y aplicación del IVA cedido al sector salud entre otros.

Para poder acceder a los beneficios de la seguridad social colombiana es obligatorio vincularse a una empresa aseguradora de servicios de salud (EPS), de accidentes profesionales (ARP) y voluntariamente un fondo de pensiones (AFP) por medio de una afiliación.

2.6.5. Entidades Aseguradoras.

En el Sistema general de Seguridad Social en Salud de Colombia las entidades responsables de administrar los riesgos relacionados con salud por enfermedad general o por enfermedad y accidentes laborales son:

- Entidades promotoras de salud (EPS): su función es organizar y garantizar, la prestación de los servicios de salud que se encuentran en el POS (Plan Obligatorio de Salud) y son las responsables de la gestión de riesgos derivados de la enfermedad general o no ocupacional. Es posible vincularse a salud por medio de dos modelos de aseguramiento, mediante el sistema del régimen contributivo y el de régimen subsidiado, en el primero están vinculados todos los empleados y empleadores con capacidad de pago quienes hacen un aporte mensual para salud y pensión y el régimen subsidiado cubre a todas las personas pobres y vulnerables en donde los servicios de salud están amparados con los recaudos de solidaridad de los demás entes participantes en el sistema. La EPS contributiva o la EPS subsidiada son las responsables de la afiliación, el registro de los afiliados y el recaudo de sus aportes. Las EPS contratan la prestación de los servicios de salud con las IPS (hospitales, clínicas, laboratorios, etc.). La Superintendencia de Salud define cuales organizaciones privadas califican como empresas promotoras de salud (EPS) basándose en la infraestructura, capital, número de usuarios afiliados, funcionalidad y cobertura. Las EPS deben garantizar a sus afiliados el POS y para cumplir con esa obligación deben conformar una red de servicios con sus propias instituciones de salud o contratando servicios con otras empresas prestadoras de salud o IPS.
- Aseguradoras de riesgos profesionales (ARP): son las responsables de cubrir los eventos derivados de riesgos ocupacionales o de trabajo y todo empleador tiene la obligación de afiliar a sus empleados a una ARP. El valor total del aporte le corresponde al empleador. Con esa afiliación se cubren todos los gastos de salud que ocasionen los accidentes o enfermedades laborales, así como el pago de los días de incapacidad. La atención de los accidentes o enfermedades será realizada por la EPS a la que se encuentre afiliado quien cobrará los gastos ocasionados a la ARP.

2.6.6. Instituciones Prestadoras de Salud.

Las Instituciones prestadoras de salud (IPS) son los hospitales, clínicas, laboratorios, consultorios, etc. que prestan el servicio de salud. Pueden ser públicas o privadas. Para efectos de clasificación en niveles de complejidad y de atención se caracterizan según el tipo de servicios que habiliten y acreditan, es decir su capacidad instalada, tecnología y personal y según los procedimientos e intervenciones que están en capacidad de realizar. Según estudio del Ministerio de la Protección Social, de las IPS reportantes, el 84,3% corresponden al primer nivel de atención, el 13,4% al segundo nivel y el 2,3% al tercer nivel de atención según sus características.

2.6.7. Niveles de Complejidad.

Baja complejidad: Son aquellas instituciones que habilitan y acreditan en su mayoría servicios considerados de baja complejidad y se dedican a realizar intervenciones y actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, consulta médica y odontológica, internación, atención de urgencias, partos de baja complejidad y servicios de ayuda diagnóstica básicos en lo que se denomina primer nivel de atención.

Mediana complejidad: Son instituciones que cuentan con atención de las especialidades básicas como lo son pediatría, cirugía general, medicina interna, ortopedia y ginecobstetricia con disponibilidad las 24 horas en internación y valoración de urgencias, además ofrecen servicios de consulta externa por especialista y laboratorios de mayor complejidad, en lo que es el segundo nivel de atención.

Alta complejidad: Cuentan con servicios de alta complejidad que incluyen especialidades tales como neurocirugía, cirugía vascular, neumología, nefrología, dermatología, etc. con atención por especialista las 24 horas, consulta, servicio de urgencias, radiología intervencionista, medicina nuclear, unidades especiales como cuidados intensivos y unidad renal. Estas Instituciones con servicios de alta complejidad atienden el tercer nivel de atención, que incluye casos y eventos o tratamientos considerados como de alto costo en el POS.

2.6.8. Financiación del Sistema.

El gobierno destina los recursos en salud los cuales son manejados por el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) creado a partir del artículo 218 de la ley 100 de 1993 y el artículo 1 del Decreto 1283 del 23 de julio de 1996 como una cuenta adscrita al Ministerio de la Protección Social manejada por encargo fiduciario y quien es la encargada de realizar una distribución a cada una de sus subcuentas para cubrir todos los frentes del sistema de seguridad social. A continuación se hace referencia a cada una de las subcuentas que tiene el FOSYGA:

- Subcuenta ECAT: Esta subcuenta subsana el costo de las atenciones de las víctimas de accidentes de tránsito a través del SOAT y las víctimas de eventos catastróficos y terroristas. El SOAT cubre, la atención integral de hospitalización, suministro de medicamentos, pago de procedimientos, servicios diagnósticos y rehabilitación que requiere el paciente hasta completar un monto de 800 salarios mínimos legales vigentes, si la atención del paciente sobrepasa éste monto el sobrecosto estará a cargo de la EPS a la cual se encuentre afiliado el usuario. El médico tratante en el servicio de urgencias debe diligenciar un formulario para éste tipo de accidentes el cual debe anexarse junto con la copia del SOAT para el respectivo cobro al Fosyga.
- Subcuenta compensación: Recauda el valor de la compensación en el régimen contributivo, entendiéndose como compensación el descuento de las cotizaciones recaudadas por las EPS y demás entidades obligadas a compensar derivadas de los descuentos en salud y pensión que se realizan a los empleados y empleadores. La subcuenta de compensación financia el régimen contributivo mediante el pago de UPC (Unidad de pago por capitación), es decir la CRES fija una tarifa fija para la UPC la cual se reconoce por un usuario afiliado, de ésta forma el Fosyga con recursos de ésta cuenta gira a cada una de las EPS el valor de UPC proporcional a la cantidad de afiliados independientemente si éstos utilizan los servicios o no.
- Subcuenta solidaridad: Recauda los recursos aportados por todos los actores del sistema con destino al régimen subsidiado (una parte es aportada por las personas afiliadas al régimen contributivo que tengan un ingreso mayor a 4 salarios mínimos). Los recursos que administra la subcuenta tienen por objeto permitir la afiliación de la población pobre y vulnerable a éste régimen mediante un subsidio a la demanda consistente en el pago de la prima o UPC a las EPS del Régimen subsidiado. Entre

más recursos obtenga ésta cuenta se abren más cupos para ser ocupados por las personas del régimen subsidiado.

- Subcuenta promoción: Financia las actividades de educación, información y fomento de la salud y de prevención de la enfermedad, las cuales se encuentran en el Plan de Atención Básica – PAB.

2.6.9. Beneficios del Sistema.

Están organizados en planes de beneficio:

- Plan de Atención Básica: denominado posteriormente Plan Nacional de Salud Pública configurado por acciones gratuitas y primordialmente colectivas de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y en algunos casos acciones individuales de diagnóstico y tratamiento de algunas enfermedades de interés en salud pública, provistas por la red pública de prestadores y administrado por las entidades territoriales.
- Plan Obligatorio de Salud: del régimen contributivo y del régimen subsidiado, compuesto principalmente por acciones individuales de prevención primaria, secundaria y terciaria. Están a cargo de las EPS.
- Planes Adicionales de Salud: financiados voluntariamente por los usuarios que deben complementar en el POS con prestaciones suntuarias o de mayor tecnología. Son los planes de medicina prepagada, planes complementarios y pólizas de hospitalización y cirugía, provistos por empresas registradas para ese propósito.
- Seguro Obligatorio de accidentes de tránsito -SOAT-: Cubre eventos de origen en accidentes de tránsito hasta un monto determinado y en forma complementaria al POS. Provistos por compañías de seguros autorizadas hasta un monto definido después del cual son financiados por la subcuenta específica de atención de Eventos Catastróficos y Accidentes de tránsito -ECAT- del Fosyga.
- Cobertura de riesgos profesionales: Cubre todo evento o enfermedad de origen ocupacional sin los límites del POS. Son garantizados por las Administradoras de Riesgos Profesionales-ARP-.

- Atención de eventos catastróficos: cubre eventos definidos como catastróficos (inundaciones, terremotos, etc) con recursos específicos para tal fin y en forma complementaria al POS. Son financiados por el Fosyga mediante la subcuenta ECAT.
- Otros: planes de cobertura provistos a la población víctima de desplazamiento forzado y la población internada en establecimientos carcelarios que usualmente son suplementarios al POS. Aquí también se deben considerar las acciones de atención con tecnología en salud no cubierta por el POS y la atención de personas no afiliadas a un régimen de seguridad social en salud, que son provistas en la red pública a cargo de las entidades territoriales (distritos, departamentos y municipios) y financiadas con los denominados recursos de subsidio a la demanda.

2.6.10. Plan Obligatorio de Salud (POS).

Artículo principal: Plan Obligatorio de Salud. El Plan Obligatorio de Salud, es el conjunto de servicios de atención en salud a los que tiene derecho un usuario, cuya finalidad es la protección de la salud, la prevención y curación de enfermedades, incluye el suministro de medicamentos para el afiliado y su grupo familiar junto al reconocimiento de indemnizaciones en caso de incapacidad por enfermedad y maternidad.¹⁰ La definición del POS está a cargo de la Comisión de Regulación en Salud (CRES).¹¹

Plan de Atención Básica. También denominado Plan Nacional de Salud Pública. La Ley 100, a diferencia de la anterior legislación, contempla un cambio de visión en salud, en donde, atendiendo a la política mundial de Atención Primaria enfoca el manejo de las comunidades desde una perspectiva preventiva y se crea el Plan de Atención básica (PAB) como la política de Salud Pública que reúne un conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos, de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, vigilancia en salud pública y control de factores de riesgo dirigidos a la colectividad el cual se encuentra consignado mediante la resolución 4288 de noviembre de 1996. Este conjunto de actividades se realizan para toda la población de manera gratuita y no está sujeto a ningún tipo de afiliación en salud.

Las actividades de vigilancia en salud pública van encaminadas a la prevención de enfermedades de interés en salud pública como VIH, meningitis bacteriana, tuberculosis, cólera, rabia, hepatitis B, C y D, fiebre reumática, lepra y enfermedades de transmisión sexual, investigación y control de brotes, control de la calidad sanitaria del agua para el consumo humano, de los procesos de producción, transporte y expendio de alimentos para consumo humano, de los establecimientos públicos que impliquen alto riesgo sanitario y de los puertos fluviales, marítimos, aéreos y terrestres.

Acciones de prevención: vacunación según el esquema único nacional del Plan Ampliado de Inmunizaciones (PAI), control del crecimiento y desarrollo en niños y niñas menores de 10 años, fluorización, aplicación de sellantes y detartraje en población de 5 a 14 años, planificación familiar, control prenatal, parto limpio y seguro, citología cérvico uterina en mujeres de 25 a 65 años y examen físico de mama en mujeres mayores de 35 años.

Este plan, por medio el Decreto número 3039 del 10 de agosto de 2007, fue estructurado por el Ministerio de la Protección Social y actualmente se denomina Plan Nacional de Salud Pública y al Gobierno Nacional, de acuerdo con lo establecido en el Artículo 33 de la Ley 1122 de 2007, le corresponde definir cada cuatro años este Plan.

El Plan tiene la función de proveer de manera integral, las acciones de salud individuales y colectivas con la participación responsable de todos los sectores de la sociedad, que mejoren las condiciones de salud de la población, incluyendo:

1. Las prioridades, objetivos, metas y estrategias en salud, en coherencia con los indicadores de situación de salud, las políticas de salud nacionales, los tratados y convenios internacionales suscritos por el país y las políticas sociales transversales de otros sectores.
2. Define las responsabilidades en salud pública a cargo de la Nación, de las entidades territoriales, y de todos los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSSS, que se complementarán con las acciones de los actores de otros sectores definidas en el plan nacional de desarrollo y en los planes de desarrollo territorial.

Propósitos:

1. Mejorar el estado de salud de la población Colombiana.
2. Evitar la progresión y los desenlaces adversos de la enfermedad.

3. Enfrentar los retos del envejecimiento poblacional y la transición demográfica.
4. Disminuir las inequidades en salud de la población Colombiana.

2.6.11. Regímenes del Sistema.

Existen dos formas de afiliación al sistema, mediante el régimen contributivo y el subsidiado.

Régimen contributivo: El régimen contributivo es el sistema de salud mediante el cual todas las personas vinculadas a través de contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago, hacen un aporte mensual (cotización) al sistema de salud pagando directamente a las EPS lo correspondiente según la ley para que a su vez éstas contraten los servicios de salud con las IPS o los presten directamente a todas y cada una de las personas afiliadas y sus beneficiarios. Según la ley 100 de 1993 todos los empleados, trabajadores independientes (con ingresos totales mensuales a un salario mínimo) y los pensionados, deben estar afiliados al Régimen Contributivo. La responsabilidad de la afiliación del empleado es del empleador y del pensionado es del Fondo de Pensiones.

El aporte a salud debe ser el 12,5% del salario base de cotización, porcentaje que asume en su totalidad los trabajadores independientes, y en caso de los empleados éste asume el 4% y el empleador el 8,5%.

El empleado, escoge la EPS que prefiere y se lo comunica al empleador junto con los datos de su familia. El pensionado, como viene de ser empleado, seguramente se encontrará ya afiliado a una EPS, tal y como debe hacerlo todo empleado; al pasar de empleado a pensionado su afiliación no se verá afectada. En ese caso lo que se hace es informar al Fondo de Pensiones cuál es la EPS a la que éste deberá entregar su cotización, que podrá ser la misma a la que venía afiliado o bien en caso de que haya decidido cambiarse. Si por alguna eventualidad al momento de empezar a recibir la pensión no se encuentra afiliado a una EPS, para afiliarse (no importa cuál fue el motivo de su pensión), escoge la EPS que prefiere y se lo comunica al Fondo de Pensiones al que se encuentre afiliado junto con los datos de su familia así el Fondo lo afilia y el pensionado y su familia adquieren el derecho a recibir los beneficios del Plan Obligatorio de Salud (POS) y el respectivo carné. Los Fondos de Pensiones están obligados a afiliar a los

pensionados y a sus familias y son responsables de pagar el valor de la cotización mensual a las EPS que los pensionados escojan.

Al afiliarse al régimen contributivo el afiliado (cotizante) y sus beneficiarios tienen derecho a recibir:

- Los beneficios del POS
- Un subsidio en dinero en caso de incapacidad por enfermedad.
- Un subsidio en dinero en caso de licencia de maternidad.

Régimen subsidiado: Acoge a la población sin empleo, contrato de trabajo o ingresos económicos, es decir considerada pobre y vulnerable, quien no tiene capacidad de pago que le permita cotizar al sistema (ingreso menor a dos salarios mínimos legales vigentes) por lo tanto quienes ingresan a él reciben subsidios totales o parciales, los cuales se financian con dos recursos fundamentales: las transferencias de la nación a los departamentos y municipios y el Fondo de Solidaridad y Garantía, FOSYGA, que a su vez se nutre con una contribución equivalente a un punto de la cotización de los trabajadores del régimen contributivo que ganen más de cuatro salarios mínimos, y de aportes de la nación. Las personas que ingresan al régimen subsidiado son escogidas por cada uno de los municipios o distritos, teniendo en cuenta unos criterios de priorización, así:

- Recién nacidos.
- Menores desvinculados del conflicto armado, bajo la protección del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.
- La población del área rural y del área urbana de bajos recursos.
- Población indígena.

La selección y asignación de subsidios, la hacen las entidades ejecutoras de programas sociales del Estado a partir de la información de la base consolidada y certificada por el Departamento Nacional de planeación (DNP) y los otros instrumentos de focalización que utiliza el respectivo programa.

Cada municipio identifica la población potencial mediante la aplicación de la «encuesta SISBEN» o Sistema de Selección de Beneficiarios a Programas Sociales (SISBEN), mediante el listado censal de las comunidades indígenas, mediante la certificación de la población infantil abandonada expedida por el ICBF, o mediante la identificación de la población indigente en los formatos establecidos o en los instrumentos que hagan sus veces.

2.6.12. Población Vinculada.

Se encuentran bajo la denominación de vinculados aquellas personas a quienes se les ha realizado la encuesta SISBEN pero que aún no han obtenido un cupo para pertenecer al régimen subsidiado y tiene prelación para ser atendidos en la red pública de servicios de salud.

SISBEN: El Sistema de Identificación de Potenciales beneficiarios de Programas Sociales (SISBEN) es una herramienta que clasifica a los individuos de acuerdo con su estándar de vida y permite la selección técnica, objetiva, uniforme y equitativa de beneficiarios de los programas sociales que maneja el Estado, de acuerdo con su condición socioeconómica particular.

Si una persona ha sido identificada como potencial beneficiario de los programas sociales, es decir que el nivel está entre 1 y 3, podrá acceder a los subsidios que otorga el Estado a través de los diferentes programas, de acuerdo con la reglamentación de cada uno de ellos como:

- Salud: mediante el subsidio a la demanda o afiliación al régimen subsidiado o mediante subsidios a la oferta es decir atención en la red pública de servicios para aquellas personas sin afiliación a un régimen de seguridad social.
- Subsidios Empleo.
- Adulto Mayor.
- Vivienda.
- Subsidios condicionados.
- Créditos Educativos.
- Desayunos Infantiles.

2.6.13. Regímenes de Excepción.

Son los definidos por la Ley 100 de 1993: régimen de seguridad social de las fuerzas militares y de la policía, de los afiliados al Fondo Nacional de prestaciones Sociales del magisterio, de servidores públicos de Ecopetrol así como los servidores públicos de universidades públicas, todos los cuales tienen sus propios regímenes de seguridad social en salud y pensiones que solo participan en el

Sistema General mediante aportes de recursos a la subcuenta de solidaridad del Fosyga.

2.6.14. Logros.

La cobertura poblacional del SGSSS en el 2007 estadísticamente alcanzó cerca del 76% de la población objetivo, lo cual sumado a los regímenes especiales da para ese mismo periodo una cobertura total de seguridad social en salud del 80% al 85% de la población, de la cual hay sectores que ahora tiene acceso a servicios que antes de la reforma del Sistema solo les era prestados en un esquema de caridad.

Según el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas DANE de Colombia en su boletín de Agosto de 2011 la cobertura de afiliación a los sistemas de salud de la población ocupada es de 89,3 % en total, 46,7 % en el régimen contributivo, 40,1% en el régimen subsidiado y 2,5 % a los regímenes especiales.

2.6.15. Críticas y dificultades del Sistema.

La intermediación y gestión por parte de las EPS es motivo de críticas y denuncias permanentes, que las califican de costosas, ineficientes y de constituir en barrera de acceso entre el usuario y los médicos o los hospitales.

Algunas EPS han presentado insuficiencias e ineficiencias en la red de operaciones y servicio, entre las que se incluyen casos de corrupción y el rechazo de algunos pacientes por no cumplir requisitos financieros o administrativos básicos, obligándolos a acudir a otros centros de atención y a veces a sufrir sucesivos rechazos que pueden culminar con el fallecimiento de la persona sin recibir la atención necesaria, lo que se le llama popularmente en Colombia como el "paseo de la muerte".

El plan de beneficios, sobre todo el definido hasta el 2009, era confuso, impreciso y con limitaciones que han causado que los usuarios tengan que acudir ante los estrados judiciales para demandar tutela de su derecho a la salud y de acceso a los servicios de salud, lo cual ha causado congestión en estas instancias obligando a la Corte Constitucional a expedir un fallo(Sentencia T-760 de julio de 2008)conminando al gobierno a solucionar los problemas del sistema.

En un análisis publicado en el 2009, titulado "Diez años de la expansión del aseguramiento en salud en Colombia" financiado por el Banco Interamericano de Desarrollo - BID, los expertos que lo hicieron concluyen que:

"La composición del financiamiento en Colombia se asemeja actualmente a la de los países integrantes de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE); el gasto público, que incluye seguridad social, representa más del 80% del gasto total en salud, mientras que la proporción de desembolsos directos es una de las más bajas mundo. Los resultados ratifican que, gracias a las reformas, los subsidios del gobierno con destino a la salud sean el subsidio público más eficiente del país. Los subsidios también han tenido un importante efecto redistributivo. A pesar de estos importantes logros, el sistema enfrenta grandes desafíos para poder lograr una cobertura universal financieramente sostenible."

"A pesar de los resultados alentadores, queda mucho por hacer y mejorar. Diez años después de la reforma, el 15% de la población aún carece de seguro; los planes de beneficios en el régimen contributivo y en el subsidiado aún difieren. Hay deficiencias en la calidad de la atención y no todos los hospitales públicos se han modernizado. Es preciso fortalecer la función de supervisión; la sostenibilidad financiera del sistema está constantemente en riesgo. Sin embargo, el sistema de salud colombiano experimentó cambios radicales que han redundado en beneficio de la salud de la población del país."

En de 2011 el gobierno denuncia fraudes en el Sistema relacionados con pagos por prestaciones de servicios no cubiertos en el POS y ordenados por fallos judiciales para ser financiados por el Fosyga y la existencia de una red de corrupción alrededor de los recobros de las EPS al Fosyga.

CAPÍTULO III. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El propósito del presente estudio, cual es determinar los condicionantes de la prescripción médica desde la perspectiva Administrativa y ética en el contexto rural y urbano del departamento de Risaralda, requirió de la utilización de un enfoque de investigación, que garantice lo científico y objetivo del mismo. En tal sentido, se enmarca en una investigación de campo, de carácter descriptivo que según Hernández Sampieri (2008:34), la define como:

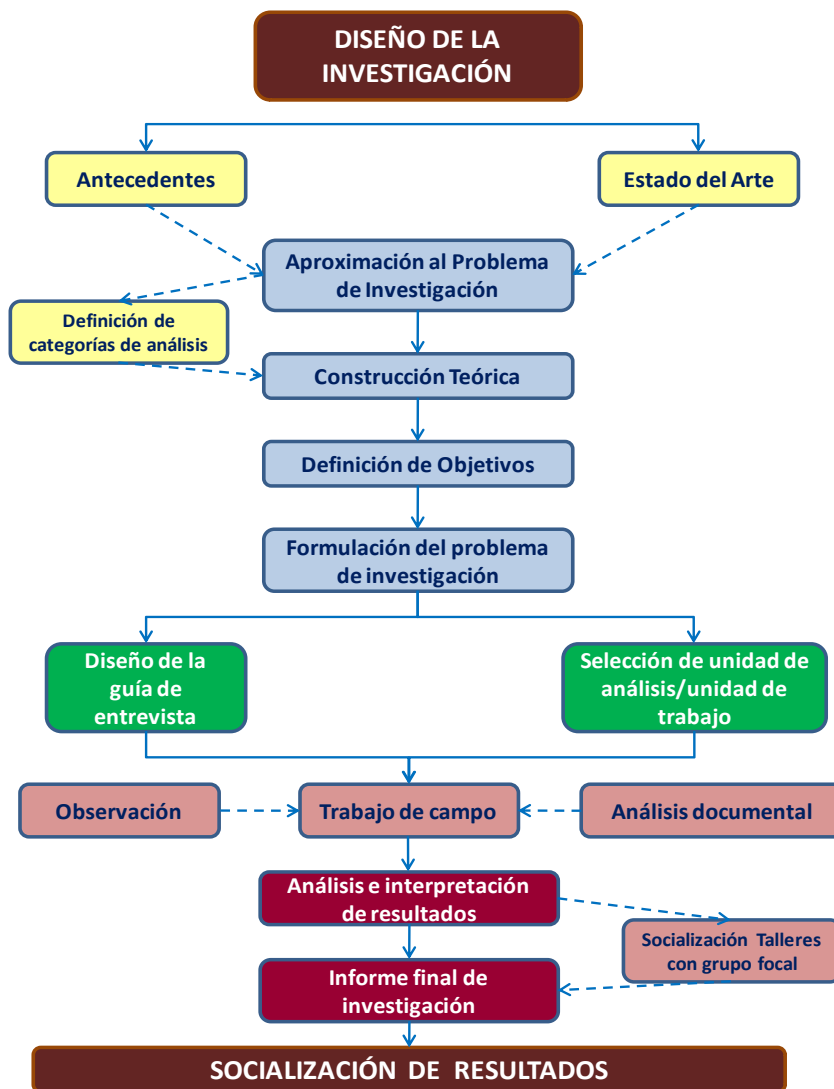
“El análisis sistemático de problemas con el propósito de describirlos, explicar sus causas y efectos, entender su naturaleza y factores constituyentes o predecir su ocurrencia”. Al respecto Suárez (1990: 94), señala: *La investigación descriptiva Tiene como característica fundamental la de poner al investigador en contacto con el objetivo o sujeto investigado (unidad de investigación) pero sin la posibilidad del control o estudio de todas o algunas variables tal como sucedería en la investigación experimental...*”.

El carácter descriptivo de la investigación está dado por la manera como se describió el componente administrativo del área de la salud y el componente ético que condicionan la prescripción médica en el área rural y urbana del departamento de Risaralda. Con el propósito de ampliar y profundizar el conocimiento de las categorías que constituyen el eje del estudio, en relación a la cual Bavaresco (1994:27), señala: “constituye prácticamente la investigación que da inicio a casi todas las demás, por cuanto permite un conocimiento previo o bien el soporte documental bibliográfico vinculante al tema de estudio...” Con la investigación descriptiva se logra el sustento principal de las teorías que la fundamentan, las investigaciones previas que orientan y en las que se complementa el estudio y los referentes teóricos que constituyen el debe ser de las categorías.

3.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

En atención al objeto y los fines planteados en la investigación es necesario formular un procedimiento concreto para proporcionar y garantizar resultados válidos, confiables y coherentes. Por esta razón, el estudio se lleva a efecto de acuerdo al siguiente esquema que a continuación se describe:

Gráfico No. 1. Diseño de la investigación.



Fuente: Elaboración Propia.

De acuerdo al Grafico anterior, el proceso de investigación el proceso investigativo se realizo a partir de las siguientes fases:

3.3. FASES DE LA INVESTIGACIÓN

Primera Fase: revisión Bibliográfica, Consiste en una exhaustiva consulta y clasificación de libros, artículos técnicos, documentos de archivo, revistas de especialidad, disertaciones, resultados de trabajos de campo y otras fuentes de información sobre la materia en estudio. Esta fase permitió preparar el marco teórico, en el cual se evidencian las características del problema en estudio. Asimismo, sirvió para determinar las teorías que sustentan la investigación, es decir, los referentes teóricos mediante los cuales se realizaron las conexiones teóricas precedentes. Para reforzar la estructuración del marco teórico fue necesario tomar en cuenta conocimiento previamente elaborado, en este sentido se citarán investigadores que con anterioridad estudiaron la problemática.

Esta primera fase permitió igualmente la definición de objetivos y la manera como se enfoca el problema y se buscan las respuestas. Se proporciona un modelo de verificación que permite contrastar hechos con teorías y su forma es la de un plan general que determina las operaciones necesarias para hacerlo, se seleccionará la unidad de análisis y de trabajo, esta última, mediante la técnica del muestreo teórico, definiendo previamente los criterios de inclusión y exclusión de la población objeto de estudio.

Igualmente en esta fase se estructuro la guía temática para la realización de las entrevistas, realizando a su vez la validez y confiabilidad de dicho instrumento a través de una prueba piloto y un juicio de expertos.

Segunda Fase: Trabajo de Campo, Consistente en la aplicación del instrumento diseñado para tal fin, como lo es la guía temática para entrevista, dirigida a médicos del área urbana y rural del departamento de Risaralda, pertenecientes a diversas especialidades. La información recolectada fue grabada con la avenencia del entrevistado y luego transcrita, para ser analizada en función de las categorías de análisis predefinidas.

Tercera Fase: Análisis e interpretación de la información recolectada y socialización de resultados, una vez recolectada la información, se procedió al análisis de la misma, a partir de de una serie de pasos: Transcripción de la

información, procesamiento de la misma en texto Word, codificación de la información en función de las categorías de análisis, desagregación de la información en función de las categorías previas, identificación de nuevas categorías (inductivas) y establecimiento de relaciones, que permitieron la estructuración del informe final. Luego del análisis y la interpretación de los resultados se derivaron las conclusiones y en función de estas las recomendaciones y las líneas futuras de investigación. El proceso de socialización de los resultados se realizara a partir de grupos focales por especialidad de los médicos y por área laboral.

3.4. UNIDAD DE TRABAJO/UNIDAD DE ANÁLISIS

El estudio se realizó con una muestra teórica de médicos, los cuales están clasificados en por especialidad, de acuerdo al potencial de formulación, número de pacientes y acuerdos con entidades (Ver anexo No 1). La realización de este estudio descriptivo se desarrolló en el Departamento de Risaralda, valorando los sitios de periferia entre ellos puestos de salud y área rural, se realizó en el mes de Julio del año 2011.

Como criterios de selección de los médicos especialistas que harán parte del estudio, se tienen los siguientes:

De inclusión:

- ✓ Voluntad para hacer parte del estudio y responder a la entrevista
- ✓ Pertenecer al cuerpo médico y de especialistas del departamento de Risaralda
- ✓ Capacidad para brindar la información necesaria y pertinente al estudio
- ✓ Que cuente con el tiempo suficiente para atender para retener y transmitir información
- ✓ La capacidad para realizar una descripción detallada de los procesos de prescripción médica en función de lo administrativo y lo ético de su ejercicio profesional.

De exclusión:

- ✓ Médicos que, por cualquier circunstancia (vacaciones, incapacidad temporal, cese, etc.) se han ausentado en los días, en los períodos donde se aplique el instrumento.
- ✓ Médicos que manifiesten su voluntad de no hacer parte del estudio.

Como resultado de la aplicación de los anteriores criterios se obtuvo al final una muestra de 18 médicos, de los cuales 1 pertenecía al área rural, lo que obedeció a las dificultades de orden personal y la voluntad de hacer parte del estudio.

3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Teniendo en cuenta el carácter de la investigación y los objetivos propuestos, se ha definido en el marco de la investigación como técnicas para la recolección de los datos la entrevista y el grupo focal, para lo cual se diseñó una guía temática (Ver anexos).

3.5.1. La Entrevista.

La entrevista es una técnica cualitativa que permite recoger una gran cantidad de información de una manera más cercana y directa entre investigador y sujeto de investigación, *"se trata de una conversación con un alto grado de institucionalización y artificiosidad, debido a que su fin o intencionalidad planeada determina el curso de la interacción en términos de un objetivo externamente prefijado (no obstante, al permitir la expansión narrativa de los sujetos, se desenvuelve como una conversación cotidiana)"* (Sierra, 1998: 297). La entrevista está dirigida a los médicos objeto de estudio de la presente investigación y busca allegar información relevante relacionada con los aspectos de orden administrativo y ético que inciden en la prescripción médica.

3.5.2. Grupo Focal.

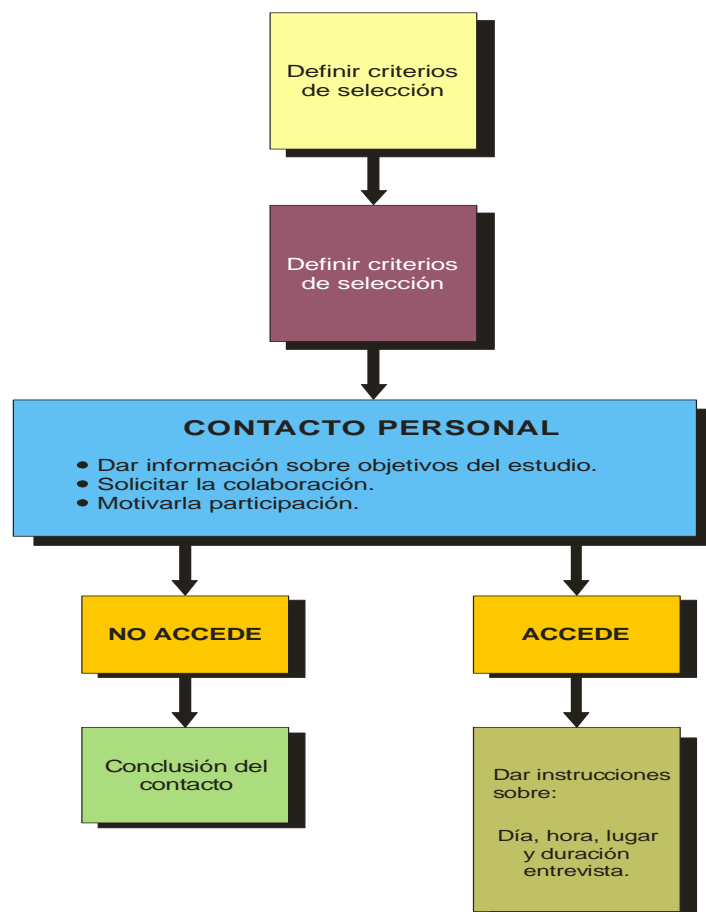
Es una técnica de "levantamiento" de información en estudios sociales. Su justificación y validación teórica se funda sobre un postulado básico, en el sentido de ser una representación colectiva a nivel micro de lo que sucede a nivel macrosocial, toda vez que en el discurso de los participantes, se generan imágenes, conceptos, lugares comunes, etc., de una comunidad o colectivo social lo que significa que se trata de una reunión con modalidad de entrevista grupal abierta y estructurada, en donde se procura que un grupo de individuos seleccionados por los investigadores discutan y elaboren, desde la experiencia personal, una temática o hecho social que es objeto de investigación, en este caso aspectos de orden administrativo y ético que inciden en la prescripción médica. La técnica de grupo focal en el marco de la presente investigación está dirigida a un grupo de médicos que no hacen parte de la entrevista, pero que aportaran

información complementaria relevante acerca de lo administrativo y ético en lo que respecta a la prescripción médica.

Gaskel (2000:45) define los grupos focales como un debate abierto y accesible a todos en el cual temas en discusión son de preocupación común, donde se omiten las diferencias de estatus entre los participantes y el debate se fundamenta en una discusión racional.

Teniendo en cuenta los requerimientos de la información se estructuro una guía temática, como medio para que la información fluya de manera lógica y flexible sin descuidar los objetivos del estudio. Se trata de un instrumento que permitió la consignación de la información relevante obtenida de su aplicación a médicos. La convocatoria a los grupos focales se realizo teniendo en cuenta el siguiente grafico:

Gráfico No. 2. Convocatoria Grupos Focales.



Fuente: Elaboración propia.

Con relación al grupo focal, este se realizó a partir de una convocatoria a los médicos de las distintas especialidades teniendo como referencia los criterios de inclusión y exclusión establecidos en el estudio. Al grupo focal asistieron un total de 8 médicos quienes discutieron y realizaron los aportes respectivos en torno a lo ético y lo administrativo de la formulación médica. Teniendo en cuenta que un grupo focal es un grupo constituido de manera formal y estructurada para tratar un tema concreto en un plazo determinado, respetando una serie de reglas de procedimiento, se procedió a su realización teniendo en cuenta lo siguiente:

1. Se procedió a explicar a los participantes los objetivos de la sesión así como la intencionalidad de la investigación, seguidamente se pidió un consentimiento para la grabación de la sesión, dejando claro que la información recolectada se usaría solo para efectos del estudio.
2. Se realizó una explicación de la dinámica de la sesión, la cual contó con un moderador en este caso la investigadora, quien a su vez registraba algunas anotaciones u aportes de los participantes al tema en cuestión.
3. Para la realización de la sesión del grupo focal, se buscó un sitio o salón donde no había ninguna interferencia, solicitándoles a los participantes apagar sus celulares, la sesión tuvo una duración de 60 minutos, tiempo en el cual se abordó el tema en su totalidad.
4. La sesión de grupo focal con médicos se realizó a partir de un guion temático acompañado de algunas preguntas orientadoras del tema, ya que las preguntas o contra preguntas surgieron de las mismas respuestas de los participantes.
5. La información grabada fue transcrita una vez finalizó la sesión de grupo, contrastándola luego con las anotaciones realizadas por la moderadora de la sesión.
6. Como resultados del trabajo de grupo focal, cabe mencionar la posibilidad en el marco del análisis de contrastar o triangular la información obtenida de la entrevista y los resultados de la sesión de grupo focal. La sesión de grupo focal permitió igualmente poner en evidencia los diversos puntos de vista de los médicos en torno a lo administrativo y ético de la formulación médica.

3.6. MAPA DE INSTRUMENTOS

Una vez planteado el diseño de la investigación, se planificaron los instrumentos que se utilizarían para la recolección de los datos, instrumentos éstos que más se ajustaban a los propósitos del presente trabajo. En el siguiente cuadro se puede ver la relación de los objetivos con el sistema de registro, el procedimiento utilizado, el observador, el contexto y el ámbito de análisis.

Tabla No. 3. Mapa de instrumentos para la recolección de la información.

Técnica	Sistema de registro	Informante	De aplicación
Entrevista abierta	Narrativo	Médicos área urbana y rural del Dpto de Risaralda	Final
Grupo Focal	Narrativo	Médicos de distintas especialidades	Final

3.7. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Para el estudio los factores condicionantes de tipo administrativo y ético que influyen en la decisión de prescripción médica, en el escenario rural y urbano del departamento de Risaralda se estudiaron a las personas, específicamente a los médicos con lo cual se conoció e indagó condicionantes de orden ético y administrativo relacionados con la prescripción médica.

Cabe destacar que la investigación se apoyó en los informantes y todos los relatos de los sujetos de estudio se consideraron importantes. Se definió a un buen informante, como aquel que disponía del conocimiento y la experiencia que requirió la investigadora; “tiene habilidad para reflexionar, se expresa con claridad, tiene tiempo para ser entrevistado, y está dispuesto positivamente para participar en el estudio”. (Rodríguez, Gil, & García, 1996:73).

Dentro de las estrategias de selección a seguir, y en función del enfoque cualitativo, contextualizado a la realidad que ocupa esta investigación, se impuso una muestra intencional, donde se priorizó la profundidad sobre la extensión de allí que se escogieron informantes que fueran representativos del fenómeno a estudiar.

Los informantes claves estuvieron representados por los médicos de distintas especialidades, para su selección, los informantes claves fueron escogidos siguiendo un criterio de intencionalidad, dinámico, secuencial a discreción del investigador y con énfasis en las categorías preestablecidas; su participación fue

voluntaria, no hubo un interés particular de parte de la investigadora por la selección de uno u otro, salvo la idoneidad del informante.

Este proceso de selección fue continuo prácticamente durante toda la investigación. Prevaleció para la selección las siguientes cualidades: posición jerárquica, su deseo de participar voluntariamente, que tuvieran tiempo para las entrevistas, disposición positiva hacia la investigación, que posea la información, conocimientos, experiencias, preferiblemente reflexivo y dialógico.

.En esta misma óptica, también Patton (1980) lo considera como una forma particular de recoger, organizar y analizar datos. La autora asume lo dicho por García Jiménez (1991) en Rodríguez, Gil & García (1996:92) en que el estudio implicó un proceso de indagación que se caracterizó por el examen detallado, comprensivo, sistémico y en profundidad de los casos objeto de interés, en este caso, las unidades de análisis compuestas por los médicos de distintas especialidades que fueron estudiadas, a nivel presencial.

Las características esenciales del estudio de los médicos especialistas del área urbana y rural del departamento de Risaralda, hace de la particularidad una especificidad que lo conduce a ser muy útil para el análisis de la prescripción desde la perspectiva de sus actores. Se hizo una rica descripción del objeto de estudio, mediante técnicas narrativas para describir, producir imágenes y analizar las situaciones. Pero, aunque, un estudio descriptivo es muy útil, la presente investigación, para comprender mejor la situación, se avanzó hasta los niveles explicativos que permitieron generar teoría fundamentada apoyada en el testimonio de sus actores y mediante la contrastación y comparación constante.

El proceso comparativo se detuvo cuando alcanzo lo que Glaser y Strauss (1967:61-62) denominan *saturación teórica*. La saturación teórica de la categoría, es el criterio que privó para detener el proceso de selección de los diferentes informantes. Decisiones que se tomaron en virtud de que los datos que aportaban no posibilitaban encontrar nuevos datos o no añadían nada nuevo a una categoría.

Este proceso es parte de la estrategia del muestreo teórico. Todos los testimonios obtenidos permitieron dar cuenta de cómo el fenómeno de la prescripción desde el punto de vista ético y administrativo es vivido por sus actores sociales, los médicos en el departamento de Risaralda.

A continuación se muestra la delimitación de la investigación:

Tabla No. 4. Delimitación de la investigación.

Delimitación	Descripción
Informantes	Médicos del área rural y urbana del departamento de Risaralda
Unidad de análisis	Médicos del área rural y urbana del Departamento de Risaralda de diversas especialidades que cumplan los criterios establecidos
Alcance	Departamento de Risaralda, área urbana y rural
Tiempo	2001

Fuente: Elaboración propia

3.8. PRUEBA PILOTO Y JUICIO DE EXPERTOS

Para los momentos iniciales de acceso al trabajo de campo, se realizó un estudio piloto como antesala al estudio propiamente dicho. El acceso al campo o terreno se define como “un proceso por el que el investigador va accediendo progresivamente a la información fundamental para su estudio”. (Rodríguez, Gil & García, 1996:72). A tal efecto, se escogió al azar un grupo de profesionales de la salud (médicos) ubicados en la ciudad de Manizales). La finalidad del estudio piloto fue “comprobar la adecuación de las cuestiones de investigación; descubrir nuevos aspectos que no se habían contemplado inicialmente, comenzar una buena relación con los informantes y establecer con ellos los marcos adecuados de comunicación”. (Rodríguez, Gil & García, 1996:73). De esta forma, se probaron in situ instrumentos y aspectos procedimentales, haciendo los ajustes correspondientes. Los procedimientos para la recopilación de la información se realizaron a través del registro escrito utilizando la observación directa tal como se presentaron los eventos.

Como herramientas de trabajo para este estudio piloto se utilizaron las grabaciones de voz y no de video. Se encontró un ambiente de naturalidad lo cual propició un diálogo cordial, facilitando a los informantes su comodidad y espontaneidad. Los informantes se sorprenden y se sienten gratificados al ser escogidos para un estudio a nivel de maestría.

El acceso al campo es “un proceso por el que el investigador va accediendo progresivamente a la información fundamental para su estudio”. (Rodríguez, Gil & García, 1996:72). En base a la selección de informantes, se hizo un primer contacto para explicar el objeto, alcances, características de la investigación, confidencialidad, utilidad que puede generarles a ellos como profesionales de la salud. Se obtuvo la aceptación y compromiso con el trabajo de investigación. Seguidamente se planificó en coordinación con los informantes de los tiempos. Cada vez que se practicó una entrevista en profundidad, se elaboró a un registro descriptivo de la actividad cumplida, notas de observación del investigador.

Los procedimientos que se utilizaron para la aplicación de los instrumentos que permitieron la recolección de los datos fueron flexibles, facilitando realizar la recolección de la información. Las entrevistas en su totalidad fueron grabadas (audio), y ninguna escena fue filmada, se llevaron anotaciones pormenorizadas de las circunstancias y situaciones, archivo sistemático de los documentos y papeles de trabajo pertinentes. Se tuvo como norma el procesamiento continuo (diario) de la información recabada para mantener la calidad de la misma. Para la transcripción de las entrevistas, se utilizó la plataforma Windows, específicamente, el Word, con manejo avanzado. Una hora de grabación implicó mínimo hasta ocho horas de transcripción y corrección, una y otra vez. Al aplicar la entrevista en profundidad se valoró el dejar que el entrevistado hablara libremente, que expresara el marco de su experiencia vivencial y su personalidad “para descubrir las tendencias espontáneas (motivaciones, intenciones, aspiraciones, conflictos y defensas)”. (Martínez M., 1996:132).

El criterio que movió a la investigadora al momento de elegir los instrumentos y procedimientos de aplicación, fue una orientación ecológica, es decir, en el mismo sentido en que el término es entendido por Barker (1968, cp. Martínez M., 1996:130). De tal forma que, la ejecución del proceso de investigación “no debe deformar, distorsionar, o perturbar la verdadera realidad del fenómeno que estudia”.

El fenómeno en estudio, lo ético y lo administrativo en la prescripción médica, fue descrita de manera que resultara lo más completa y no prejuiciada y reflejara la situación vivida por cada sujeto, en este caso, los médicos, en su mundo y su situación, en la forma más auténtica.

En relación con la validez, de los instrumentos, se sometieron a Juicio de Expertos con la finalidad de revisar e incorporar las sugerencias necesarias para otorgarle consistencia al mismo. Una vez construidas las guías temáticas, se procedió a su validación para lo cual seleccionaron profesionales de Manizales, quienes se

escogieron teniendo como criterios su excelente preparación, conocedores de la realidad del contexto y del tema con lo cual podrían emitir juicios que aportarían elementos importantes a la investigación. En tal sentido se solicitó a dichos expertos examinar la estructura, contenido, grado de claridad y adecuación de las preguntas.

Los expertos consideraron que la entrevista estaba bien estructurada y que presentaba coherencia con la pregunta formulada y con los objetivos propuestos, sugiriendo solo la claridad en algunas preguntas que a su juicio eran muy poco claras. Sobre la base de las recomendaciones de los expertos, se reestructuró el instrumento en cuanto a preguntas poco claras y que no tenían el mismo significado en cada ítem. Para facilitar la evaluación del instrumento fue importante presentar el problema y los objetivos de la investigación, y a quién estaría dirigido el instrumento, para ello se estructuró la siguiente matriz:

Objetivos	Categoría	Subcategoría	Pregunta

3.9. RECOLECCIÓN DE LOS DATOS

El proceso de recolección de la información se realizó a través de una entrevista a médicos de distintas especialidades, con la finalidad de conocer, los componentes de tipo ético y administrativo sobre la prescripción médica. Para la entrevista se empleó una guía temática, la que fue grabada y transcrita en su totalidad a fin de analizarla se estructuró una categorización y codificación propia del análisis cualitativo (Martínez, 1998).

3.10. PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

Para el procesamiento y manejo de la información se utilizó la plataforma de Windows 98 de Microsoft Corp, lo cual se apoyó en el manejo de tal plataforma y por los usos de los sistemas y metodologías que contribuyeron de igual manera. Para el análisis de la información, la inspiración que movió a la autora, fueron los sugeridos por Mendoza B. (1995:55-56) a partir de la adaptación del modelo comparativo continuo de Glaser y Straus (1967) y Lincoln y Guba (1985).

En términos generales dicho modelo contempló:

- La lectura global de las transcripciones;
- Elaboración de unidades: delimitación y ubicación de piezas más pequeñas de información en formatos y codificación según unidades temáticas y categorías de análisis;
- Colocación provisional de los formatos en categorías de interpretación definidas de manera intuitiva;
- Definición provisional de categorías de interpretación y de lo que debería incluirse en cada una de ellas;
- Revisión de las categorías de interpretación por superposición, esto es, cambio o reescritura de nuevas secciones de información;
- Formulación definitiva de las categorías de interpretación;
- Chequeo con participantes del estudio, elegidos a criterio de la investigadora, para determinar si la reconstrucción constituía una razonable representación de la realidad;
- Formulación de la teoría en terminados de afirmaciones o comentarios de carácter interpretativo acompañadas de notas o citas ilustrativas como evidencia.

3.11. DIFUSIÓN ESTRATÉGICA

La divulgación de los resultados está dirigida hacia la transmisión de éstos a todos los involucrados en el estudio y que se muestren interesados en estas temáticas como una manera de propiciar apoyo a los sectores estudiados.

Como herramienta se utilizara la forma tradicional de impresión de sendos ejemplares pero de igual forma se usará como estrategia la publicación digital a través de la red, Internet. Algunas conferencias apoyaran la difusión estratégica. Este proceso se iniciara una vez que sea defendida públicamente y se reciba el título que le acredita como magister en administración.

3.12. CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN

Para obtener la colaboración de los médicos, antes de la recolección de la información y aplicación de la guía temática para entrevista, se les brindo información del estudio por parte de la investigadora. A fin de mantener la confidencialidad de la información se omitió tanto el nombre del médico y se asigno un código que permitió la ubicación en el análisis de los segmentos de la

entrevista que sirvieron como argumento a la discusión, tal como se muestra a continuación:

Tabla No. 5. Codificación de los participantes del estudio.

Especialidad	Código	Años de experiencia	Sitio de labor	Edad
Traumatólogo	E1	10	Urbano	35
Médico internista	E2	10	Urbano	45
Ortopedista	E3	27	Urbano	56
Medico General	E4	16	Urbano	43
Urgenciólogo	E5	8	Urbano	35
Medico general	E6	35	Urbano	57
Medico General	E7	19	Urbano	48
Urgenciólogo	E8	10	Urbano	41
Cirujano General	E9	18	Urbano	49
Urgenciólogo	E10	3	Urbano	32
Medicina interna	E11	30	Rural	59
Medicina Interna	E12	3	Urbano	28
Medico general	E13	16	Urbano	39
Cardiólogo	E14	15	Urbano	48
Medico general	E15	12	Urbano	38
Pediatría	E16	9	Urbano	35
Medico General	E17	13	urbano	40
Medico General	E18	3	Rural	36

CAPÍTULO IV. RESULTADOS

4.1. CARACTERIZACIÓN DE LA POBLACIÓN OBJETO DE ESTUDIO

La caracterización de la población objeto de estudio se realiza teniendo como referencia las siguientes variables: ubicación laboral, referida al sitio de trabajo ya sea del área urbana o rural; los años de experiencia que hacen alusión al tiempo que el médico lleva ejerciendo su profesión; la distribución de la población objeto de estudio de acuerdo a la especialidad, teniendo en cuenta que la población objeto de estudio incluyó 18 profesionales de la salud pertenecientes a diversas especialidades.

4.1.1. Con Relación a la Ubicación Laboral.

Ubicación laboral	Frecuencia	%
Urbana	17	94.4
Rural	1	5.5
TOTAL	18	100

De un total de 18 profesionales de la salud entrevistados, que corresponden al 100%, 17 que corresponden al 94.4% realizan labores en el área urbana, mientras que 1 de los entrevistados que se corresponden al 5.5%, realizan sus labores en el área rural del departamento de Risaralda.

4.1.2. Con Relación a los Años de Experiencia.

Con relación a los años de experiencia profesional, de un total de 18 médicos entrevistados pertenecientes a distintas especialidades, la distribución por años de experiencia es la siguiente:

Tabla No. 6. Entrevistados por años de experiencia.

Años experiencia	Frecuencia	%
Entre 0 y 9	5	27.7
Entre 10 y 19	10	55.5
Entre 20 y 29	1	5.5
Más de 30	2	11
TOTAL	18	100

Con relación a los años de experiencia, de acuerdo a la tabla anterior, de un total de 18 médicos entrevistados, 10 que corresponden al 55.5% tienen entre 10 y 19 años de experiencia, mientras que 5 de los entrevistados que se corresponden al 27.7% tienen una experiencia profesional que oscila entre los 0 y 9 años. Solo dos de los entrevistados manifestaron tener una experiencia profesional de más de 30 años.

4.1.3. Con Relación a la Especialidad

De un total de 18 profesionales de la salud entrevistados, la distribución por especialidad es la siguiente:

Tabla No. 7. Entrevistados por especialidad.

Especialidad	Frecuencia	%
Ortopedia	1	5.5
Medicina General	7	38.8
Medicina Interna	3	16.6
Urgenciólogo	2	11
Cardióloga	1	5.5
Pediatra	1	5.5
Cirujano General	2	11
Traumatólogo	1	5.5
TOTAL	18	100

La tabla anterior muestra que de un total de 18 profesionales de la salud entrevistados, que corresponden al 100%, 7 equivalentes al 38.8% tienen como

especialidad la medicina general, mientras que tres de los entrevistados equivalentes al 16.6% pertenecen a la especialidad de medicina interna. De los 18 entrevistados, 2 pertenecen a la especialidad de la urgenciología y 2 tienen como especialidad la cirugía general.

4.1.4. Con Relación a la Edad.

Con relación a la edad, los 18 profesionales entrevistados se distribuyen de la siguiente forma:

Tabla No. 8. Entrevistados por Edad

Rango de edad Años	Frecuencia	%
Entre 20 y 30	1	5.5
Entre 31 y 40	7	38.8
Entre 41 y 50	6	33.3
Más de 50	5	27.7
Total	18	100

De acuerdo a la tabla anterior, de un total de 18 profesionales de la salud entrevistados, que corresponden al 100%, 7 que equivalen al 38.8% tienen edades que oscilan entre los 31 y 40 años, mientras que 6 que equivalen al 33.3% del total tienen edades que oscilan entre los 41 y 50 años. Solo 5 de los entrevistados tienen edades por encima de los 50 años.

4.2. PRÁCTICAS MÉDICAS EN CUANTO A PRESCRIPCIÓN Y FACTORES QUE AFECTAN LA DECISIÓN DEL MÉDICO

Con relación a las prácticas médicas, el análisis de la información muestra que estas se realizan de acuerdo a la especialidad y se enmarcan en la patología del paciente. Sin embargo la mayoría de los entrevistados consideran que a la hora de ejercer la práctica médica influyen una serie de variables como la patología del paciente, su realidad económica, sus expectativas, los lineamientos de las EPS.

“...Es necesario tener en cuenta al paciente a la hora de prescribir, pero también es necesario tener en cuenta los lineamientos de orden administrativo que trazan las empresas prestadoras de servicios, ya que ellos tienen unos formatos para sus medicamentos...” E6

En cuanto a las expectativas del paciente a la hora de prescribir, la mayoría de los entrevistados consideran que existen limitaciones de orden administrativo que impiden que el cumplimiento de las expectativas se cumpla, de allí que la decisión en cuanto a la prescripción sea una decisión del médico y no del paciente:

“..A veces tratamos de conciliar las dos cosas pero por lo regular nos acogemos a la normatividad que traza desde el plano legal la EPS...” E12

Para algunos de los entrevistados consideran que a la hora de prescribir se tienen en cuenta las expectativas del paciente; dichas expectativas se centran en lo que tiene que ver con Costos y experiencia del paciente en el uso del fármaco.

“...Yo miro mucho el aspecto social del paciente así como su situación económica...que saca con formular una droga que vale 500 o 600 si el paciente no la puede comprar...” E16

4.3. REGULACIÓN ADMINISTRATIVA LEGAL Y CRITERIOS PROFESIONALES DE LA PRESCRIPCIÓN

La gran mayoría de los entrevistados consideran que existe una regulación de orden administrativo por parte de las entidades de salud y de orden legal que limitan la prescripción médica y supedita la formulación de determinado tipo de droga:

“...Las EPS miran básicamente su aspecto económico no están interesadas en que haya una buena formulación y no la calidad de la droga...yo he trabajado en algunas entidades que me dicen formule solo acetaminofen o diclofenaco...” E15

“...Existen unos formularios en la EPS y unos vademécum que limitan la formulación de los medicamentos...aunque hay algunas instituciones que son más laxas para la formulación...” E10

“...Nosotros estamos bajo una normatividad que es propia de las entidades de salud y que regula la salud en Colombia...a ello nos tenemos que acoger...” E9

La regulación administrativa en los servicios de salud ha generado a nivel Nacional e internacional los que a juicio de la Organización Panamericana de la salud OPS (2006:65) ha denominado:

“...la fragmentación operativa observada al nivel de la provisión de servicios, su sumada a la segmentación institucional de los sistemas de salud y a la segregación poblacional, constituye una causa importante de exclusión de grupos poblacionales y de inequidad en el acceso a los servicios de salud debido a barreras institucionales/ legales, económicas, culturales, geográficas, étnicas, de género o de edad. Se estima que en América Latina y el Caribe entre 20% y 25% de la población (cerca de 200 millones de personas) carece de acceso regular y oportuno a los sistemas de salud...”

4.4. PRINCIPIOS ÉTICOS ORIENTADORES DE LA PRESCRIPCIÓN MÉDICA

A juicio de Castillo (1992:12), uno de los aspectos que condicionan los usos y hábitos de prescripción de los médicos, son los mecanismos de publicidad y promoción que realiza la industria farmacéutica.

Para el citado autor, la relación existente entre promoción indirecta (publicidad en revistas especializadas), y sobre todo, la promoción directa (visitadores médicos) y las cifras de prescripción de los diversos medicamentos disponibles es enorme. Este hecho cotidiano no siempre está presente en el pensamiento de los médicos

En Colombia se carece de un debate público en este tema que condiciona enormemente el hábito del médico prescriptor. Dicho debate se ha producido en el mundo anglosajón elaborando desde instancias académicas y profesionales unas recomendaciones que establezcan unas relaciones equilibradas y éticas entre los intereses económicos de la industria y el quehacer científico de los médicos.

A juicio de Tobon (2002:19),

“En el ámbito mundial son muchas las catástrofes terapéuticas ocasionadas por los medicamentos, debido a falta de estudios rigurosos y controlados sobre su eficacia y seguridad en cada contexto. Entre las más relevantes están las originadas por las sulfamidias, las penicilinas, la talidomida y el dietilestilbestrol, se utilizan con poco control... son objeto de presiones de la industria farmacéutica como herramienta

terapéutica, mediante despliegues publicitarios no controlados, y por la comunidad sin tener en cuenta que la prescripción o el uso de un fármaco es algo más complejo que ingerir un medicamento...”

Analizada la información obtenida la gran mayoría de los entrevistados consideran que los laboratorios ejercen presión sobre el uso de los medicamentos ya sea a través de la publicidad y de las visitas realizadas como parte de las recomendaciones del uso de medicamentos nuevos que salen al mercado:

“...Yo creo que si se ejerce presión por parte de la industria farmacéutica, entre más le recomiendan a uno un medicamento más fácil uno lo puede prescribir...” E4

“..Me he dado cuenta que se está presentando lo relacionado con el ofrecimiento de dadas o dinero para la formulación o venta de determinada droga...” E11

Los entrevistados en su gran mayoría consideran que los laboratorios deberían soportar la publicidad de los medicamentos nuevos que salen al mercado con estudios serios de carácter científico que muestren la real eficacia del medicamento y las posibles implicaciones que pueda tener su uso en el.

Desde esta perspectiva los entrevistados en su gran mayoría consideran que los criterios profesionales sobre los que basan su prescripción están en las bases farmacológicas, las lecturas sobre la droga y la seriedad de los laboratorios que realizan ofrecimiento de drogas en el mercado.

Además de lo anterior algunos entrevistados consideran que la prescripción como criterio profesional tiene en cuenta la enfermedad del paciente y el alcance económico de la droga a formular.

Como criterio ético los entrevistados consideran que la prescripción médica debe tener en cuenta la regulación de drogas que generan adicción en el paciente y causan grandes efectos a largo plazo.

A juicio de la sociedad de consumidores y la unión Europea (2008:76), en las últimas décadas se viene prestando especial atención al uso inapropiado de los medicamentos y a los factores que están detrás de este problema. Este uso

inapropiado se expresa de variadas formas, siendo las más frecuentes y reconocidas las siguientes:

- ✓ Uso de medicamentos en situaciones donde no se necesitan;
- ✓ Uso de medicamentos donde está indicada una intervención farmacológica pero se seleccionan fármacos que no son apropiados por falta de eficacia, por su inaceptable rango de riesgo o por ser una terapia cara frente a alternativas disponibles igualmente eficaces y seguras;
- ✓ Uso de los medicamentos indicados pero administrados en formas farmacéuticas inadecuadas, en dosis y/o periodos sub-óptimos;

Se reconocen varios factores que influyen sobre los diferentes agentes que seleccionan, dispensan y usan el medicamento. En primer lugar, la regulación farmacéutica - particularmente en los que se refiere al registro sanitario - va a configurar una oferta más o menos ajustada a las necesidades si dicha regulación se basa o no en criterios necesariamente restrictivos como son eficacia, seguridad, costo y calidad. De otro lado, los productores y distribuidores farmacéuticos, despliegan incontables prácticas de mercadeo que influyen sobre los prescriptores, los encargados de compras institucionales, los dispensadores y el público en general. Asimismo la formación y la información de los agentes que intervienen en el proceso de decisión es un factor relevante.

Finalmente es necesario recordar el llamado de atención que desde 2002 ha venido haciendo la Federación Médica Colombiana (FMC), como miembro de la Asociación Médica Mundial (AMM), en el sentido de estar fuertemente preocupada en promover políticas públicas claras y serias en torno a la promoción ética de medicamentos, lo cual desde 1997 en Mesa Redonda de la OMS se manifiesta como una preocupación mundial.

En ese entonces se llegó a la conclusión de que la promoción inapropiada de medicamentos seguía siendo un problema de los países tanto desarrollados como en desarrollo. En informe de la 49ª Asamblea Mundial de la Salud, señala que:

“sigue habiendo un desequilibrio entre la información de medicamentos producida comercialmente, la información sobre medicamentos independientemente, comparativa,

comprobada científicamente y actualizada para los prescriptores, los dispensadores y los consumidores”.

En cuanto a la prescripción médica desde el punto de vista legal, por especialidad médica el análisis de la información recolectada permitió mostrar como la especialidad marca un derrotero a seguir en lo concerniente a la formulación. Para el caso de los ortopedistas la prescripción está supeditada a una serie de analgésicos inscritos en el POS limitados por la institución a la que pertenece lo que muchas veces impide al médico otro tipo de formulación

“...Yo formulo los analgésicos necesarios que le permitan al paciente calma de sus dolencias, son medicamentos que hacen parte del POS, si el paciente quiere yo le puedo formular otro tipo de medicamento pero el paciente lo debe adquirir por su cuenta...”

Para un médico general o un cardiólogo la formulación médica consulta los medicamentos del POS pero cuando se requieren otro tipo de medicamentos que el paciente requiere estos se formulan porque lo que está en juego es la vida del paciente. Desde esta perspectiva la formulación médica se enmarca en un contexto de tipo legal e institucional que da respuesta a las necesidades del paciente y la entidad promotora de salud, pero también adquiere un carácter ético, en la medida que el médico reconoce la necesidad de la formulación de un medicamento que si bien es cierto no se encuentra en el POS el paciente si lo requiere y por lo tanto se formula.

“..Yo encuentro que uno de mis pacientes requiere de un medicamento que esta por fuera del POS, yo procedo a formularlo, porque primero está la vida del paciente por encima de la entidad prestadora de servicios de salud...”

Desde la perspectiva ética la formulación médica esta mediada por un dialogo directo medico paciente que permite lo que legalmente se denomina consentimiento u acuerdo medico paciente, este dialogo posibilita al paciente el conocimiento detallado de sus dolencias y la toma conjunta de decisiones frente a la patología del paciente. En esta función del médico como agente transmisor de la información, se plantean las cuestiones referentes a la cantidad y a la calidad de la información. Pero bajo esta perspectiva de relación surge un nuevo actor: la institución prestadora de servicios de salud, porque no se puede olvidar que nuestra sociedad se mueve en un ámbito sanitario entre privado y público, donde las grandes instituciones de salud absorben la mayoría de intervenciones médicas en las que se utiliza el Consentimiento Informado. No podemos olvidar que la

socialización, la masificación de la medicina que se da en estas macroestructuras sanitarias, hace que se pierda en gran parte el componente de confianza que existía antiguamente en el médico, cuando el paciente lo conocía personalmente.

En estos casos, la particularidades de la medicina hospitalaria presentan problemas peculiares a la hora de considerar el Consentimiento Informado, pues hay que preguntarse si la responsabilidad es del médico en particular o de la estructura de salud a la que pertenece, si el paciente otorga el Consentimiento a un médico concreto o a un servicio entero, o si el médico debe plegarse a todas las exigencia burocráticas propias que el Hospital le exige como trabajador del mismo, etc.

En el marco de una relación ética el consentimiento “supone dos voluntades relacionadas que convergen a la formación del negocio; es decir, constituye el acuerdo coincidente de voluntades de las partes sobre el contenido del negocio”. En el caso de la relación médico-paciente, cada una de las partes ejerce su voluntad, una de curar y la otra de ser curada, siendo el contenido del negocio la salud que se procura restablecer.

Al igual que sucede en el Derecho, el consentimiento es expresión de una voluntad que se manifiesta en un molde explícito o declaración (sería el modulo de Consentimiento Informado) y, por este motivo, puede suceder que haya discordancia entre la voluntad y lo declarado. En estos casos “la regla general es preferir la voluntad general a la declarada”. Esta forma de actuar tiene aplicación en la práctica médica cuando un paciente firma un módulo de Consentimiento Informado en el que no expresa su verdadera voluntad, bien por un vicio en la información recibida, bien por una influencia externa (del propio médico, de los familiares, etc.) que oriente en un sentido u otro la decisión del paciente.

La libertad del paciente para tomar decisiones en el campo médico se basa en un doble principio: el de la dignidad de la persona que incluye su propia libertad como uno de los bienes más importantes a respetar, y el principio de que la persona concreta es la primera responsable de su salud. De este modo se forma el binomio libertad-responsabilidad, que es clave para entender la libertad en su contexto.

4.5. INFLUENCIA DEL ENTORNO ORGANIZACIONAL SOBRE LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS

Con relación a influencia del entorno organizacional en el que se desenvuelve el médico para la prescripción y su ejercicio profesional, algunos de los entrevistados consideran que es necesario tener en cuenta varios aspectos como son el compromiso del médico con el paciente que en la ley 100 cambia ya que el compromiso del médico es con la EPS que lo tiene contratado y sus acciones han de responder a las políticas de la misma, cuyos rendimientos económicos se ponen por encima de las necesidades de los pacientes.

“...las EPS súper-vigilan a sus médicos, registran el número de pacientes que remiten al especialista, controlan los medicamentos que recetan y los exámenes complementarios que disponen, los procedimientos que recomiendan, y si no se ajustan a sus pretensiones, será motivo para que la EPS le cancele su contrato de trabajo...”

Con relación a la atención al paciente, en la consulta particular, el médico suele ser amable y complaciente, lo que junto con el acertado diagnóstico y capacidad curativa, se convierte en su éxito profesional. En el marco de la ley 100, el médico se la juega para ser amable y complaciente con la EPS y su plan de restricciones, pues ellos son la fuente de su trabajo. El éxito de su consultorio dependerá de las dádivas y la capacidad de cortejo dispensadas al empleador. La displicencia y desatención al paciente se tornan palpables, y mientras menos pacientes lo consulten, mejor para él y su EPS.

En cuanto a la formulación de medicamentos esta está regida por la imposición al médico de recetar sólo medicamentos incluidos en el POS (Plan Obligatorio de Salud), un POS que en su gran mayoría de veces esta desactualizado e insuficiente.

“...A ello se suma la recomendación de no formular distinto, se vigila su formulación, y en caso de formular diferente se le exige llenar una complicada y dispendiosa plana (Formulario para medicamentos No-POS)...”E17

CAPITULO V. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN

Realizado el análisis de los datos obtenidos se presentan a continuación las conclusiones y recomendaciones del trabajo, así como las líneas futuras de investigación:

Las prácticas médicas, se realizan de acuerdo a la especialidad y se enmarcan en la patología del paciente, sin embargo la mayoría de los entrevistados consideran que a la hora de ejercer la práctica médica influyen una serie de variables como la patología del paciente, su realidad económica, sus expectativas, los lineamientos de orden administrativo de las EPS.

La formulación médica se realiza bajo diversos tipos de criterios: unos de orden administrativo, otros asociados a la enfermedad del paciente y los criterios de tipo profesional que llevan al médico a formular un medicamento acorde a las necesidades del paciente y a su situación económica, sin embargo prima el criterio ético del médico cuando se trata de un medicamento que el paciente requiere con urgencia.

Existe una regulación de orden administrativo por parte de las entidades de salud y de orden legal que limitan la formulación médica y supedita la formulación de determinado tipo de droga a los pacientes, por tratarse en algunos casos de medicamentos que no están dentro del POS.

En su gran mayoría los entrevistados consideran que los laboratorios ejercen presión sobre el uso de los medicamentos ya sea a través de la publicidad y de las visitas realizadas como parte de las recomendaciones del uso de medicamentos nuevos que salen al mercado.

Los criterios profesionales sobre los que basa la prescripción el médico están en las bases farmacológicas, las lecturas sobre la droga y la seriedad de los laboratorios que realizan ofrecimiento de drogas en el mercado.

La gestación de las decisiones entre médico y enfermo está, ante todo, fundada sobre la responsabilidad de cada uno. Hablando de esta responsabilidad ética es necesario decir que algunos proyectos de codificación de derechos del paciente son muchas veces unilaterales y reductivos: hablan solo de los derechos del enfermo y no también, como sería justo, de sus deberes. Hablan también de los deberes del médico olvidando injustamente que también tiene sus derechos

En toda relación médico-paciente se establece una modalidad peculiar de relación interpersonal, determinada por dos elementos: la situación vital del paciente (un ser humano que, a consecuencia de su enfermedad, tiene necesidad de ayuda) y la capacidad atribuida al médico (un ser humano que está dispuesto a prestar la ayuda que se espera de él).

Las relaciones entre un médico y un paciente se pueden dar de diverso modo: visita domiciliaria, visita en la propia consulta, intervención quirúrgica, asistencia de un enfermo en coma, etc., pero en todos estos casos persiste algo común, esencial a todo tipo de relación, que es el contacto directo entre dos personas.

La naturaleza de la relación médico-paciente, reside en la relación que se establece entre ambos por el hecho de encontrarse, uno como enfermo y el otro como médico. La naturaleza propia de esa relación depende, sobre todo, del estado de necesidad de uno y de la capacidad de ayuda técnica que posee el otro.

La relación médico – paciente desde el punto de vista ético, deberá estar mediada por cuatro elementos que hacen parte del consentimiento informado: la información, el consentimiento, la confianza y la existencia y reconocimiento de los derechos del paciente.

La formulación y el uso de medicamentos deberá cumplir a juicio de los entrevistados una función terapéutica y social con el menor riesgo posible para el paciente por lo que se recomienda tener en cuenta aspectos científico-técnicos tales como: ellos son un bien que hace parte integral de los servicios de atención en salud y no un bien de consumo, por lo cual se requiere el apoyo de un comité farmacoterapéutico que determine cuáles son la responsabilidad y el compromiso de la institución de salud y su actitud y aptitud frente al desarrollo de las políticas farmacéuticas según los delineamientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

La prescripción como criterio profesional tiene en cuenta la enfermedad del paciente y el alcance económico de la droga a formular, ya que el uso que hacen los prescriptores de esta herramienta evidencia los conocimientos, aptitudes, valores éticos y humanos y hasta la personalidad de los prescriptores.

Desde el punto de vista ético, en su gran mayoría los entrevistados consideran que realizan una formulación libre y sin compromisos que no sean los del paciente, en la medida que hablan de la salud como un bien social y no como un bien de consumo, que es como, en cambio, se la concibe desde la ética de los negocios. Bien social significa lo que se le debe a todo ser humano por el sólo hecho de serlo.

Los laboratorios deberían soportar la publicidad de los medicamentos nuevos que salen al mercado con estudios serios de carácter científico que muestren la real eficacia del medicamento y las posibles implicaciones que pueda tener su uso en el.

Para lograr un uso racional de medicamentos es necesario actuar en las áreas de prescripción, dispensación, información al público y vigilancia en materia de salud.

Además de los prospectos y folletos aprobados, se debe fomentar cuando convenga la preparación y distribución de folletos y de otro material informativo para pacientes y consumidores. Se propone:

Que los gobiernos hagan mayores esfuerzos para que la población tenga acceso universal a los servicios de salud y los medicamentos esenciales, dentro del marco de las diferentes formas de organización de los servicios de salud.

La participación de las organizaciones de la sociedad civil es un elemento importante para la formulación e implementación de políticas de salud y medicamentos que lleven a cumplir el objetivo estratégico de acceso universal, mediante un proceso de toma de decisiones democrático y participativo.

El mercado debe ser regulado para que los medicamentos estén al alcance de la población que los necesita. La regulación de precios se aplica en varios países latinoamericanos, acercándose a las regulaciones de precios de países ricos.

Deben explorarse diferentes alternativas que sin generar distorsiones, contribuyan al objetivo primordial de favorecer el acceso de la población a los medicamentos.

Los gobiernos deben adoptar progresivamente la forma más apropiada para garantizar la calidad de los medicamentos, incluyendo el cumplimiento de las Buenas Prácticas de Manufactura, de Laboratorio, de Almacenamiento y distribución

De acuerdo a las conclusiones y recomendaciones expuestas se propone:

La realización de eventos de tipo académico y social que permitan la puesta en común de los problemas relacionados con el ejercicio médico profesional frente a la prescripción

La socialización de estudios que desde los resultados permita trazar pautas de trabajo a las EPS frente a la prescripción médica

La discusión entre profesionales de la medicina, directivas de las EPS, usuarios de la salud y representantes de los laboratorios sobre las regulaciones de orden administrativo y ético en torno a la prescripción médica.

BIBLIOGRAFÍA

CORTINA, Adela. (2000). Ética Mínima. Introducción a la filosofía práctica. Madrid, Tecnos.

CORTINA, Adela. (2000). Las tres edades de la ética empresarial. Disponible en <http://www.etnor.org/html/pdf/adela/200200772.pdf>. Consultado en Enero de 2010.

CORTINA, Adela. (2003). El mundo de los Valores. Ética mínima y Educación. Editorial El Buho. Colombia.

CORTINA, Adela. (2003). Ética de la empresa: Claves para una nueva cultura empresarial. Madrid: Editorial Trotta.

CORTINA, Adela. (2006). Ética de la Empresa, no solo responsabilidad social. Publicado en Revista Futuros No. 13, 2006 Vol. IV. Disponible en http://www.revistafuturos.info/futuros13/etica_empresa.htm. Consultado enero de 2010.

DE LA MATA, Ivan, ORTIZ Alberto, (2003). Pharmaceutical industry and psychiatry, Rev. Asociación Española Neuropsiquiatría. Madrid no 86.

DIEZ J., DEBESA F., SOSA I., GARCÍA R., BONET M., FERNÁNDEZ N. Estado de la prescripción de medicamentos en la atención primaria a la salud de ciudad de La Habana 1998. Rev Cubana Med Gen Integr. 1999;15(2):140-50.

FURONES MOURELLE Juan Antonio, Juan A. Lic. Adriana Mederos Gómez, Master Anay Cordero Eíriz, Dra. María Aida Cruz Barrios Dr. Ángel Francisco López Aguilera. Caracterización de los estudios de utilización de medicamentos publicados en revistas médicas cubanas, 1990-2003 Rev Cubana Farm 2006;.40(1): 0-0

Grupo de Estudios de Ética Clínica, de la Sociedad Médica de Santiago. Sobre las acciones médicas proporcionadas y el uso de métodos extraordinarios de tratamiento. Rev. Méd Chile 2003; 131 (6):

GUISÁN, Esperanza. (1990). Razón y pasión en ética. Los dilemas de la ética contemporánea, Anthropos, Barcelona.

GRAVALOS, Gabriel, FERNANDEZ, Gerardo, NUÑEZ Eloína, GORRIZ, Inmaculada, (2001) Opinión de los médicos de atención primaria de Ourense sobre algunos aspectos de su prescripción farmacéutica. Rev. Española Salud pública. Madrid vol. 75 no 4,
Cortina, Adela. (1998), Ética de la empresa. Claves para una nueva cultura empresarial, Trotta, Madrid

MANZINI, Jorge L. ÉTICA DE LA PRESCRIPCIÓN MÉDICA EN UN PAÍS PAUPERIZADO. Acta bioeth; 2005 11 (2)

Organización Mundial de la Salud. Promoción del uso racional de medicamentos: componentes centrales. Programa de acción sobre medicamentos de la OMS. Ginebra: OMS 2002.

PEAY, (1994)my, Innovation in high risk drug therapy Department of Psychiatry, University of Adelaide, Australia .Rev Soc Sci Med; Vol. 39. .

PÉREZ PEÑA, Julián. Marco lógico para la selección de medicamentos. Rev Cubana Med Gen Integr 200; 16 (2) : 177-185

PÉREZ PEÑA, Julián. La prescripción médica es un acto científico, ético y legal. Rev Cubana Med Gen Integr 2002; 18(2):169-172

PROSSER Helen, ALMOND Solomon, WALLEY Tom, (2003). Influences on GPs' decision to prescribe new drugs—the importance of who says what. Rev Family Practice Oxford University Press Vol. 20, no 1.

Q.F. Gabriela Severi. A.Q.F.U. CONFERENCIA Asociación de Química y Farmacia del Uruguay. Revista. 1999 (24)

RAMÍREZ RAMÍREZ, Marta Ofelia. La Prescripción de medicamentos y su repercusión social. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. Rev Cubana Salud Pública 2006; 32(4): 0-0

RODRÍGUEZ CÓRDOBA, María del Pilar. (2005). Comportamiento Ético Gerencial. Manizales. Centro de Publicaciones Universidad Nacional de Colombia, Sede Manizales.

RODRÍGUEZ, María del Pilar. (2008). Formación Gerencial en Valores – Conceptos y Practicas. Santa fe de Bogotá. Unibiblos.

RODRÍGUEZ, María del Pilar. CASTAÑO, Carlos Felipe. OSORIO, Valentina. ZULUAGA, Héctor Felipe. DUQUE, Verónica. (2006). La Auditoría Ética: Herramienta para fortalecer la Integridad del Carácter organizacional. Innovar. Vol. XVI. No. 27.

RODRÍGUEZ, María del Pilar. DÍAZ, Andrés Felipe. (2004). Códigos éticos: Construcción colectiva del carácter organizacional. El caso de la Universidad Nacional de Colombia Sede Manizales. Innovar. Vol. XIV. No. 24.

SANSÓ SOBERATS, Felix J., ¿Están nuestros médicos en condiciones de realizar con calidad el acto de la prescripción? Rev Cubana de Med Gen Integr 2002;18 (2) :136-138.

SIERRA, F. (1998). Función y sentido de la entrevista cualitativa en investigación social. En J. Galindo (coord) *Técnicas de investigación en sociedad, cultura y comunicación*, p. 207-276. México: Addison Wesley Longman.

TAYLOR, S.J. y BOGDAN, R. (1986). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. Buenos Aires: Paidós.

VELÁZQUEZ G. Medicamentos: ¿derecho o mercancía? Le Monde Diplomatique, Ediciones ConoSur (el Dipló), julio 2003: 32-33. Germán Velázquez es el Coordinador del Programa de Acción para los Medicamentos de la OMS).

Consultas en Internet:

www.bitacoramedica.com, la industria farmacéutica vs la profesión
médica, Abril 29 2006.

www.unav.es

ANEXOS

Anexo No. 1. Listado de Médicos por Especialidad.

NOMBRE MEDICO	ESPECIALIDAD	AÑOS EJERCICIO	EDAD
Iglesias Fontalvo Zuleiby	Medicina General	10	35
Cardona Taborda Jose Efrain	Medicina General	15	45
Betancourth Garcia Carlos Ariel	Medicina General	10	35
Freitag Martinez Werner Gerardo	Medicina General	35	60
Franco Gomez Julio Cesar	Medicina General	40	62
Restrepo Aguirre Luz Maria	Medicina General	10	30
Londoño Buenaventura Juan Carlos	Medicina General	18	50
Aristizabal Ocampo Jose Fernando	Medicina General	22	45
Velasquez Bonilla Nestor Javier	Medicina General	25	48
Pineda Cardona Wilson	Medicina General	24	46
Maya Peña Martha Edith	Medicina General	17	45
Grisales Loaiza Luis Fernando	Medicina General	17	43
Gomez Duque James	Medicina General	10	35
Gamez Mendez Luis Antonio	Medicina General	12	37
Lopez Castro Fernando Cesar	Medicina General	23	53
Trujillo Mancilla Jesus Andres	Medicina General	7	27
Ortiz Mondragon Mauricio	Medicina General	8	30
Ochoa Brito Edgar	Medicina General	15	39
Londoño Ramirez Victor Manuel	Medicina General	30	55
Diaz Castaño Celio	Medicina General	30	53
Delgado Llano Fabiola	Medicina General	9	39
Ocampo Montoya Mauricio Alberto	Medicina General	20	42
Marin Sanchez Carolina	Medicina General	6	29
Solarte Burbano Juan Pablo	Medicina General	7	33
Rivera Arcila Juan Carlos	Medicina General	19	44
Marulanda Salinas Juliana	Medicina General	3	27
Villa Velandia Javier	Medicina General	20	56
Vargas Cardenas John Fabio	Medicina General	11	38
Rivera Salazar Maria Elena	Medicina General	17	44
Reyes Lopez Arturo	Medicina General	14	45
Murillo Duque Javier	Medicina General	25	54

NOMBRE MEDICO	ESPECIALIDAD	AÑOS EJERCICIO	EDAD
Hanna Quesada Franklim Leonardo	Medicina General	14	34
Moncada Ramirez Yeni Emeraldal	Medicina General	11	43
Garcia Bernal Juan Guillermo	Medicina General	5	28
Morales Ariza Laura Fernanda	Medicina General	6	28
Sierra Pajoy Juan Carlos	Medicina General	8	35
Grisales Castañeda Pilar Cecilia	Medicina General	6	32
Garcia Sierra Fernando	Medicina General	10	33
Cardona Restrepo Jorge Eduardo	Medicina General	9	31
Gutierrez Hernandez Diosotis	Medicina General	8	34
Calle Bedoya Alejandro	Medicina General	13	38
Calvachi Alvarez William	Medicina General	14	41
Franco Henao Angela Maria	Medicina General	13	42
Cifuentes Sanchez Alberto	Medicina General	12	40
Alvarez Mejia Paola Andrea	Medicina General	9	37
Trujillo Gomez Jorge Andres	Medicina General	10	39
Tovar Echeverry Diego Fernando	Medicina General	5	28
Ortega Montes Alvaro Emilio	Medicina General	15	45
Montoya Sanchez Carlos Gonzalo	Medicina General	18	50
Buritica Pelaez Maria Carolina	Medicina General	9	36
Gomes Ramirez Martin Edgardo	Medicina General	7	35
Orrego Perez Marco Aurelio	Medicina General	16	43
Coral Leyton Ana Maria	Medicina General	9	35
Toro Hidalgo Juan Silvio	Medicina General	26	56
Rincon Fernandez Mauricio	Medicina General	14	42
Puerta Garcia Oswaldo	Medicina General	25	58
Hernandez Vergara Francisco Javier	Medicina General	11	35
Guevara Munar Luis Beltrulio	Medicina General	35	62
Giraldo Pineda Jose Leonardo	Medicina General	12	42
Ramirez Velasquez Jairo Alberto	Medicina General	23	54
Giraldo Martinez Alejandro	Medicina Interna	23	48
Ramos Gvette Armando	Medicina Interna	16	53
Herrera Tasama Alexander	Medicina Interna	7	38
Gomez Estrada Gabriel Eduardo	Medicina Interna	9	43
Carvajal Varon Andres Felipe	Medicina Interna	6	35
Blanco Mosquera Jose Luis	Medicina Interna	3	41
Miranda Rosero Harol Anibal	Medicina Interna	15	42
Perez Victor Manuel	Medicina Interna	18	52
Orjuela De Angel Dora Luisa	Medicina Interna	15	48
Gaviria Ramirez Henry	Medicina Interna	17	54
Orozco Aldana Fernando	Medicina Interna	15	47

NOMBRE MEDICO	ESPECIALIDAD	AÑOS EJERCICIO	EDAD
Perez Buitrago Henry Leon	Medicina Interna	17	59
Garcia Cristian	Medicina Interna	1	26
Londoño Juan Carlos	Medicina Interna	15	44
Escobar Ana	Medicina Interna	2	27
Velasco Piedrahita Jaime	Urologo	11	43
Velasco Zamorano Edgar	Urólogo	27	62
Muñoz Mendoza Augusto Fernando	Urologo	16	50
Salazar Marin Santiago	Cardiologo	13	54
Rivera Toquica Alex Arnulfo	Cardiologo	9	43
Rivera Ortegon Solon	Cardiologo	15	48
Cardenas Castellanos Juan Mauricio	Cardiologo	14	45
Gallo Santa Evelio	Cardiologo	17	57
Ramirez Vallejo Eduardo	Cardiologo	14	55
Hanna Quesada Franklim Leonardo	Cardiologo	9	43
Giraldo Bonilla Angela Maria	Pediatra	15	48
Alvarez Vargas Diana Marcela	Pediatra	8	45
Mesa Franco Jaime Alberto	Pediatra	18	47
Ospina Patiño Nubia	Pediatra	21	52
Ospina Castaño Jhon Jairo	Pediatra	15	56
Martinez Bayron	Pediatra	13	44
Gallo Jimenez Nicolas Arturo	Cirugia General	14	48
Marquez Florez Jose Antonio	Cirugia General	25	60
Cabrales Vega Rodolfo Adrian	Cirugia General	14	48
Cortez Mosquea Wilfrido	Cirugia General	13	45
Covo Alba Ruth	Cirugia General	16	47
Ramirez Isaza Carlos Enrique	Cirugia General	12	55
Villa Borrero Jorge Mario	Cirugia Plastica	9	43
Salgado Roa Enrique	Cirugia Plastica	14	45
Cardona Patiño Willian	Cirugia Plastica	15	44
Martinez Correa Nelson	Cirugia Plastica	14	55
Borrero Cristian	Cirugia Plastica	5	37
Ramirez Salazar Mario Leon	Ortopedista	23	55
Vacca Villanueva Jose	Ortopedista	7	35
Velez Londoño Manuel	Ortopedista	19	55
Lopez Cardona Alejandro	Ortopedista	10	35
Isaza Vallejo Carlos Arturo	Ortopedista	15	45
Arboleda Mosquera Narcilo	Ortopedista	7	40
Gomez Suarez Diana Carmenza	Urgenciólogo	7	35
Rengifo Marin William	Urgenciólogo	16	43
Rivera Pineda Pedro	Urgenciólogo	12	44

NOMBRE MEDICO	ESPECIALIDAD	AÑOS EJERCICIO	EDAD
Palacio Osorio Jorge Alexander	Urgenciólogo	16	43
Carmona Marin Norberto	Urgenciólogo	28	65
Castro Muñoz Jairo	Urgenciólogo	27	60
Murgueitio Vallejo Alvaro	Urgenciólogo	25	50
Murillo Mosquera Luis Anibal	Urgenciólogo	24	56
Pinto Gomez Luis Eduardo	Urgenciólogo	7	34
Tamayo Recalde Ivan Dario	Urgenciólogo	22	58
Figueroa Caicedo Fredi David	Urgenciólogo	15	44
Rivera Palacios Alejandro	Urgenciólogo	7	33
Buritica Cortez Dani Alejandro	Urgenciólogo	8	33
Lopez Botero Luis Fernando	Urgenciólogo	23	36
Pineda Nieto Gloria Mercedes	Urgenciólogo	7	35
Aguirre Cardona Oliverio	Urgenciólogo	15	48
Arroyo Castillo Alonso Rafael	Urgenciólogo	7	33
Cortes Lopez Juan Mauricio	Urgenciólogo	15	48
Delgado Jhon Fabio	Urgenciólogo	14	48
Delgado Llano Fabiola	Urgenciólogo	9	39
Gomez Meza Diana	Urgenciólogo	5	35
Lopez Velasquez Angela Patricia	Urgenciólogo	8	30
Martinez Muñoz Nancy Dayan	Urgenciólogo	3	24
Marulanda Durango Loris	Urgenciólogo	9	45
Nieto Ramirez Julio Cesar	Urgenciólogo	3	28
Soto Buritica Pedro Arturo	Urgenciólogo	15	50
Suarez Becerra Jose Mauricio	Urgenciólogo	9	45
Ocampo Valencia Diana Marcela	Urgenciólogo	6	31
Bolivar Lopez Natalia Del Pilar	Urgenciólogo	10	38
Duran Palacio Francisco Jose	Urgenciólogo	15	50
Restrepo Isaza Yuliana	Urgenciólogo	5	30
Triana Botero Alberto	Urgenciólogo	22	62
Villegas Rojas Zoraya	Urgenciólogo	15	52
Gualteros Perdomo Wilson	Urgenciólogo	11	47
Pinilla Jose Antonio	Urgenciólogo	14	48
Roldan Hoyos Jose Diego	Urgenciólogo	11	51
Rosillo Pena Jorge Alberto	Urgenciólogo	16	54
Salazar Osorio Albeiro	Urgenciólogo	16	55
Aricapa Aricapa Heli Antonio	Urgenciólogo	25	65
Estrada Ruiz Isabel	Urgenciólogo	14	45
Quintero Sanchez Fabio Andres	Urgenciólogo	7	33
Barrenechi Loaiza Natalia	Urgenciólogo	4	32
Hernandez Julian Alberto	Urgenciólogo	4	30

NOMBRE MEDICO	ESPECIALIDAD	AÑOS EJERCICIO	EDAD
Zapata Torres Erika Carolina	Urgenciólogo	12	37
Burbano Lara Alfredo Hernesto	Urgenciólogo	17	40
Isaza Sepulveda James	Urgenciólogo	12	45
Tirado Duque Juan Manuel	Urgenciólogo	13	47
Vanegas Garzon Jose Fernando	Urgenciólogo	9	44

Anexo No. 2. Guía Temática para Entrevista.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA SEDE MANIZALES FACULTAD DE ADMINISTRACION MAESTRIA EN ADMINISTRACION



Trabajo de investigación: *factores condicionantes de tipo administrativo y ético que influyen en la decisión de la formulación médica, en el escenario rural y urbano del Departamento de Risaralda.*

Guía temática para entrevista

Datos personales:

Nombre:

Años de experiencia:

Especialidad:

Entidad donde labora:

Género:

Nivel de formación:

Información específica:

¿Que se prescribe a los pacientes?

¿Tienen en cuenta las expectativas del paciente a la hora de prescribir?

¿Los laboratorios ejercen presión sobre Uds. como médicos en la selección de los medicamentos?

¿La seleccionan de un medicamento lo hacen teniendo en cuenta la indicación terapéutica del mismo, o tienen en cuenta su propio interés?

¿La prescripción médica ese hace teniendo en cuenta los aspectos bioquímico-fisiológicos, la función social o el costo? El estado del paciente? La normativa de la entidad (EPS) a la que pertenece? La eficacia del medicamento?

¿Cuáles son las conductas de los pacientes al utilizar los medicamentos?

¿Cuáles son los factores condicionantes (de orden Ético, administrativo) que influyen la prescripción y el uso de los fármacos?

¿Qué variables tienen en cuenta al prescribir?

¿Qué tipo de indicaciones reciben como médicos de parte de la entidad a la que usted se encuentra vinculado con relación a la prescripción médica?

¿Cuáles son las limitaciones desde el punto de vista legal de acuerdo a su especialidad que se imponen a la prescripción médica que Uds. realizan?

Anexo No. 3. Guía Temática para Grupo Focal.

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA SEDE MANIZALES
FACULTAD DE ADMINISTRACION
MAESTRIA EN ADMINISTRACION**



Trabajo de investigación: *factores condicionantes de tipo administrativo y ético que influyen en la decisión de formulación médica, en el escenario rural y urbano del Departamento de Risaralda.*

Guía temática para Grupo focal

Objetivo:

Profundizar en el análisis y valoración de lo ético y lo administrativo desde la formulación Médica, enfatizando en la obtención de información relevante para determinar los factores condicionantes en cuanto a la formulación medica.

Información General:

Hora de Inicio de la sesión:

Hora de Finalización:

No Participantes:

Lugar:

Iniciación de la sesión de trabajo:

Presentación del investigador

Explicación de los objetivos de la sesión

Instrucciones sobre la dinámica de la sesión

Aclaraciones

Desarrollo de la sesión:

Tema 1. Condicionantes de tipo administrativo y la formulación médica.

Tema 2. Condicionantes de tipo Ético y la formulación médica.

Tema 3. Prácticas médicas y Formulación.

Tema 4. Factores Económicos y si incidencia en la formulación.

Tema 5. Criterios profesionales y la formulación.

Tema 6. Limitaciones de la formulación medica desde lo legal.

Tema 7. Actividad asistencial y el entorno organizacional y la formulación médica.

Cierre de la sesión.