



**Colegio de Estudios  
Superiores de Administración**

Impacto de los programas orientados a pacientes en la decisión de compra de medicamentos  
bajo prescripción

John James Jaramillo Rodríguez

Colegio de Estudios Superiores de Administración - CESA

Maestría en Dirección de Marketing

Bogotá D.C.

2021

Impacto de los programas orientados a pacientes en la decisión de compra de medicamentos bajo  
prescripción

John James Jaramillo Rodríguez

Directora

Christine Johnson

Colegio de Estudios Superiores de Administración - CESA

Maestría en Dirección de Marketing

Bogotá D.C.

2021

### **Declaración de conflicto de intereses**

El presente documento de investigación académica plantea una posición personal y no refleja la visión de la compañía en la que me encontraba laborando con corte a junio de 2021, la cual es la multinacional farmacéutica Pfizer S.A.S.

Las fuentes y documentos consultados no son considerados bajo ninguna circunstancia como información privada, privilegiada o sensible que pudiera causar daños a terceros.

Teniendo en cuenta la sensibilidad de la información recolectada en las encuestas y aplicando la Ley 1581 de 2012 de Colombia, no se preguntaron datos relacionados con la identidad, tales como: nombre, apellido, cedula de ciudadanía, teléfono o dirección.

## **Agradecimientos**

A todas las personas dedicadas al cuidado de la salud, pero sobre todo a los médicos y enfermeras que han batallado contra la pandemia por la Covid-19, uno de los mayores desafíos de nuestra historia reciente, que ha representado grandes pérdidas para el mundo y nos ha dejado aprendizajes significativos como la importancia de la colaboración, la empatía y el trabajo en equipo para garantizar el bienestar de los pacientes.

Hago extensiva mi gratitud a mis padres James Jaramillo y Freyda Rodríguez, a mi mentora de tesis Christine Johnson, así como al resto de mi familia, amigos, colegas de trabajo y compañeros de estudio; sus consejos, apoyo y ánimo lo fueron todo para lograr este objetivo académico.

## Tabla de contenido

1. Presentación .....	11
1.1 Contexto y problema de investigación.....	11
1.2 Justificación .....	14
1.3 Pregunta de investigación .....	15
1.4 Hipótesis.....	15
1.5 Objetivos .....	16
1.51 Objetivo general.....	16
1.52 Objetivos específicos .....	16
2. Estado del arte: Contexto del Sistema de Salud .....	16
2.1 Contexto latinoamericano .....	17
2.2 Sistema de salud en Colombia.....	19
2.3 Medicamentos innovadores vs. medicamentos genéricos.....	20
2.4 Políticas de medicamentos y regulación de precios .....	21
3. Marco Teórico: Bienestar y elección de compra de medicamentos.....	23
3.1. Elección de marca y bienestar esperado.....	24
3.2. Educación en salud.....	25
3.3. Marketing sanitario y educación de la industria farmacéutica con el paciente.....	30
4. Metodología .....	34
4.1 Tipo de estudio.....	34
4.2 Instrumentos y fases de investigación.....	34
4.3 Técnica de muestreo.....	35
4.3.1 <i>Muestreo probabilístico</i> .....	35
4.4 Tamaño de la muestra.....	36
4.5 Limitaciones .....	38
5. Resultados.....	38
5.1 Análisis Documental .....	38
5.1.1 <i>Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2018-2019</i> .....	38
5.1.2. <i>Encuesta Multipropósito Bogotá 2017</i> .....	40
5.1.3 <i>Peticiones, quejas, reclamos y denuncias (PQRDs) formuladas por los usuarios del Sistema Nacional de Salud 2020</i> .....	42

5.1.4 ANDI: Presupuestos máximos 2020 .....	44
5.2 Análisis de Encuestas .....	45
5.2.1 Variables demográficas .....	45
5.2.2 Variables en salud .....	49
5.2.3 Variables en educación al paciente .....	60
5.3 Extractos de entrevistas a participantes de la investigación .....	65
5.3.1 Entrevista 1- Médico en EPS .....	65
5.3.2 Entrevista 2- Médico en IPS .....	66
5.3.3 Entrevista 3 - Paciente con enfermedad crónica .....	66
5.3.4 Entrevista 4 – Cuidador .....	67
5.3.5. Entrevista 5 - Paciente y Ejecutiva de cuenta en farmacia online .....	68
5.3.6 Entrevista 6 - Enfermera de Programa Orientado a Pacientes .....	69
5.4 Análisis de entrevistas .....	71
6. Conclusiones .....	73
7. Recomendaciones .....	76
Bibliografía .....	80
Apéndices .....	86
Anexo 1 Siglas y Abreviaturas .....	86
Anexo 2 Encuesta .....	87
Anexo 3 Políticas y regulaciones en salud .....	92
Anexo 4 Ruta del paciente .....	93

## Índice de Tablas

<b>Tabla 1</b> Principales factores que influyen en el uso de medicamentos por parte de los consumidores. ....	26
<b>Tabla 2</b> Población Bogotá D.C. 2017, según estrato socioeconómico .....	37
<b>Tabla 3</b> Cálculo muestral .....	37
<b>Tabla 4</b> Relación entre edad, género y nivel socioeconómico.....	46
<b>Tabla 5</b> Edad vr. escolaridad da la población objeto de estudio.....	47
<b>Tabla 6</b> Nivel socioeconómico vr. escolaridad da la población objeto de estudio.....	48
<b>Tabla 7</b> Afiliaciones a medicina prepagada por nivel socioeconómico .....	52
<b>Tabla 8</b> Relación entre patologías y grupo etario.....	53
<b>Tabla 9</b> Entrega oportuna de medicamentos por parte de las Entidades Prestadoras de Salud - EPS.....	55
<b>Tabla 10</b> Relación del conocimiento de la diferencia entre medicamentos de marca y genéricos con las variables edad y NSE .....	58
<b>Tabla 11</b> Gasto de bolsillo superior a COP 300.000 .....	59
<b>Tabla 12</b> Normatividad .....	92

## Índice de Figuras

<b>Figura 1</b> Aseguramiento nacional – Ministerio de Salud Vr. Encuesta Nacional de Calidad de Vida.....	39
<b>Figura 2</b> Encuesta Nacional de Calidad de Vida - Aseguramiento Bogotá D.C. vs. Nacional ..	40
<b>Figura 3</b> Afiliación al Sistema de Seguridad en Bogotá 2014 vr. 2017 .....	41
<b>Figura 4</b> Régimen de afiliación, según localidad 2017.....	42
<b>Figura 5</b> Principales Peticiones, quejas, reclamos y denuncias en salud 2020 .....	43
<b>Figura 6</b> Afiliación por Entidad Promotora de Salud. ....	49
<b>Figura 7</b> Afiliación a entidades de medicina prepagada.....	50
<b>Figura 8</b> Porcentaje de encuestados actualmente en tratamiento por alguna enfermedad .....	52
<b>Figura 9</b> Enfermedades que padecen o han padecido en algún momento de la vida.....	53
<b>Figura 10</b> Principales barreras que motivan la compra de medicamentos.....	56
<b>Figura 11</b> Atributos al momento de elegir un medicamento .....	57
<b>Figura 12</b> Gasto de bolsillo en los últimos 6 meses .....	59
<b>Figura 13</b> Influencia de los Programas de Educación al Paciente en la decisión de compra de medicamentos innovadores.....	60
<b>Figura 14</b> Áreas de interés a cubrir a través de los programas de educación al paciente .....	61
<b>Figura 15</b> Canales preferidos para la comunicación con los programas educativos .....	63
<b>Figura 16</b> Frecuencia deseada de contacto .....	64

## Índice de Anexos

<b>Anexo 1</b> Siglas y Abreviaturas.....	86
<b>Anexo 2</b> Encuesta.....	87
<b>Anexo 3</b> Políticas y regulaciones en salud .....	92
<b>Anexo 4</b> Ruta del paciente.....	93



## Resumen

El propósito de este documento es comprender el impacto de los programas orientados a pacientes como estrategia de la industria farmacéutica para ofrecer un valor agregado a los usuarios que deben comprar los medicamentos de prescripción con sus propios ingresos (gasto de bolsillo), como consecuencia de fallas estructurales del sistema de salud colombiano, abriendo camino para incrementar las ventas de esta industria en el canal privado. Para analizar el contexto fue necesario documentar y entender las brechas de acceso a medicamentos, así como la regulación vigente y la postura de los diferentes grupos de interés involucrados en la ruta de atención de los pacientes.

Para cumplir con el objetivo de investigación fueron encuestadas 272 personas en la ciudad de Bogotá D.C, así como algunas entrevistas semiestructuradas a usuarios y profesionales de la salud; de forma paralela se realizó un minucioso análisis de estudios secundarios hechos por reconocidas entidades públicas y privadas de Colombia.

The objective of this document is to understand the impact of patient-support programs (PSP) as a strategy of the pharmaceutical industry to offer an added value to users who must purchase their prescription medicines with their own income (out-of-pocket, OPP), this as a consequence of structural flaws in the Colombian health system, paving the way to increased private sales. To analyze our context, it was necessary to document and understand the gaps in access to medicines, as well as the current regulations and the position of the different stakeholders involved in the patient care journey.

For the purpose of this research, 272 people were surveyed in the city of Bogotá D.C., as well as some semi-structured interviews with users and health professionals were done; in parallel, a thorough analysis of secondary studies conducted by recognized public and private entities in Colombia was carried out.

**Palabras clave**

*Gasto de bolsillo, programas orientados a pacientes, acceso, aseguramiento, medicamento innovador, medicamento genérico, enfermedad crónica, enfermedad aguda, industria farmacéutica.*

## **1. Presentación**

### **1.1 Contexto y problema de investigación**

La Organización Mundial de la Salud – OMS (2017) proclama el goce efectivo de la salud como un derecho humano que debe combinar políticas públicas, estrategias y programas para afrontar la desigualdad, corregir la inequidad y mejorar la calidad de vida de las personas.

Es así como en el mundo, las naciones buscan herramientas y modelos que garanticen la disponibilidad y sostenibilidad de la salud como un derecho universal, de hecho, Pérez y Silva proponen que “En todos los países, el interés por mejorar la calidad de vida de la población se ha evidenciado a través del aumento del gasto en bienes y servicios del sector salud” (2015, pág. 8).

Colombia no es una excepción dentro esta tendencia, de acuerdo con información oficial encontramos un Estado que, a pesar de una agitada agenda en temas políticos y económicos, se ha preocupado por tener alta cobertura de aseguramiento en salud para sus habitantes. Cifras del Ministerio de Salud y Protección Social indicaban para diciembre del año 2020 un total de 49.584.326 personas afiliadas al sistema público de salud (MINSALUD, 2020); lo cual quiere decir, que el 97,78% de los colombianos debería tener acceso a sus medicamentos subsidiados por el sistema y sin inconvenientes.

La información recopilada en este documento de tesis expone y analiza distintos problemas de acceso que conducen a los pacientes colombianos a obtener medicamentos bajo la modalidad: gasto de bolsillo (gasto en salud que destinan las familias desde sus propios ingresos) y propone los programas educativos como un valor agregado cuando se efectúa la compra de medicamentos de prescripción.

Y es que, son muchas las variables que afectan los gastos en salud para un país, tales como “envejecimiento, ingreso y comportamiento de los consumidores relacionados con hábitos de vida saludable y/o culturales, progreso tecnológico, cambios en las prácticas médicas, productividad y precios” (Astolfi RH 2012, citado en Bardey & Buitrago, 2017, pág. 11).

Por otra parte, es evidente como algunas patologías se han incrementado de forma alarmante en términos de prevalencia e incidencia; ejemplo de esto son las enfermedades no transmisibles como: cáncer, diabetes, hipertensión arterial, enfermedad pulmonar, entre otras (Instituto Nacional de Salud, 2015, pág. 15-16). Estas enfermedades consideradas crónicas, son explicadas por la OMS (2008) como: “aquellas de larga duración y de progresión lenta”, a los anteriores tipos de padecimientos se suman enfermedades transmisibles como como VIH/Sida y tuberculosis, consideradas como de alto impacto por tres aspectos fundamentales que son: 1. mortalidad, morbilidad y calidad de vida, 2. gasto fiscal, 3. crecimiento económico (Caro, 2014, pág. 2).

En este contexto se habla también de enfermedades agudas, definidas como aquellos episodios que tienen un comienzo súbito, una rápida evolución, pero también una pronta recuperación, las enfermedades súbitas son de muy fácil diagnóstico, y por ende resulta más sencillo el inicio de un tratamiento que permita la remisión de la enfermedad, no obstante, se debe reconocer que también requieren cuidado y en caso de presentar alguno de estos padecimientos resulta necesario acudir ante el cuerpo médico, ya que en escenarios en los que estas patologías se agravan pueden llevar a la muerte (Universidad Internacional de Valencia, 2018, párrafos 2 y 3).

Con todo tipo de enfermedades (incluyendo la infección por la Covid-19) y la entrada de nuevos medicamentos, tecnologías y procedimientos se pone en jaque a los hacedores de políticas relacionadas con fármacos y salud pública, aparece una disyuntiva donde las compañías farmacéuticas ofrecen medicamentos a precios elevados pero el gobierno no tiene los fondos suficientes para garantizar que la población afiliada al sistema de salud tenga acceso a los medicamentos según las recomendaciones de los profesionales en salud. De acuerdo con Health Action International para el 2009, Colombia tenía los medicamentos más costosos de la región, incluso con precios más elevados que los existentes en países desarrollados (Dreyfuss & Garavito, 2014, pág. 263).

Investigadores del Centro de Estudios sobre Desarrollo Económico de la Universidad de los Andes, refieren que: “el sector farmacéutico se caracteriza por exhibir fallas de mercado, sugiriendo la necesidad de diseñar e implementar regulaciones, basadas en la baja elasticidad de la demanda y la existencia de poder de mercado por el lado de la oferta” (Bardey, Harker & Zuluaga, 2018, pág. 3).

Los pacientes tienen la potestad de hacer valer sus derechos, sin importar las fallas de sostenibilidad en las que se ve inmerso el país para responder, esto en medio de una estructura donde más del 50% de los afiliados al sistema de salud depende de subsidios a la misma (Rodríguez, Entrevista Universidad Nacional de Colombia, 2018).

Datos publicados en el 2018 por la Defensoría del Pueblo, exponen cómo en ese año se interpusieron 607.308 acciones legales por presuntas violaciones a un derecho fundamental, de las cuales 207.734 correspondieron al derecho a la salud. Con dichas dificultades, el gasto de bolsillo asume un rol protagónico en el ecosistema de la salud, pues bajo esta circunstancia los

usuarios buscan tener acceso de forma particular o no subsidiada a las medicinas prescritas por los médicos para poder iniciar oportunamente los tratamientos correspondientes a las enfermedades crónicas o agudas; en consecuencia “durante los últimos años los gastos de bolsillo en salud pasaron de representar el 0,8% del PIB en 2004 al 1,0% en 2011, con un incremento cercano al 33% (Perez y Silva, 2015, pág. 5).

Se espera, que, el sector continúe bajo el ojo del huracán, pues según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico - OCDE (2019), el gasto en salud superará el crecimiento del PIB en los próximos 15 años en casi todos los países que pertenecen a esta organización, entre ellos Colombia.

## **1.2 Justificación**

La venta de medicamentos bajo la modalidad gasto de bolsillo es un mercado atractivo para la industria farmacéutica en el país, sin embargo, la competencia entre medicamentos innovadores y genéricos sucede en un contexto fuertemente regulado, donde no es posible realizar publicidad de terapias bajo fórmula médica (Decreto 677 de 1995, Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos – INVIMA). Sólo se otorga esta posibilidad a medicamentos de venta libre, es decir, aquellos que no requieren prescripción y que están destinados a la prevención o tratamiento de signos, síntomas o enfermedades leves.

Adicionalmente, la industria farmacéutica nacional y multinacional están sujetas al cumplimiento de los códigos de ética de ANDI (Asociación Nacional de Empresarios de Colombia) y AFIDRO (Asociación de Laboratorios Farmacéuticos de Investigación y Desarrollo), los cuales establecen principios rectores en términos de promoción y

relacionamiento tanto con los profesionales de la salud como con los pacientes, los gremios de la industria farmacéutica permiten autorregular las prácticas comerciales.

Estamos ante un escenario cambiante que exige a las empresas, incluyendo las del sector salud, a reinventarse y pensar nuevas maneras de generar innovaciones e impacto de valor sobre los pacientes, donde la sostenibilidad, cobertura y acceso son temas ampliamente discutidos y que la pandemia producto de la Covid-19 a expuesto con contundencia.

Se sugiere que la industria vuelque la mirada hacia el paciente, dado que es el cliente final, un cliente, que requiere medicamentos de calidad en tiempos oportunos y sin tener que enfrentarse a problemas administrativos, al cual se le pueden ofrecer valores agregados en educación destinados al entendimiento de la enfermedad, el tratamiento y los hábitos y estilos de vida saludable.

### **1.3 Pregunta de investigación**

¿Es la educación de los pacientes un factor relevante a la hora de definir estrategias de mercadeo que busquen incrementar la venta de medicamentos innovadores en la modalidad gasto de bolsillo?

### **1.4 Hipótesis**

Implementar programas de educación a pacientes por parte de la industria farmacéutica es un factor diferenciador en la decisión y compra en la modalidad gasto de bolsillo de medicamentos innovadores.

## **1.5 Objetivos**

### **1.51 Objetivo general**

Identificar oportunidades de mercado que puedan ser aprovechadas por la industria farmacéutica en Colombia, con foco en la educación del paciente y cumpliendo con la regulación vigente.

### **1.52 Objetivos específicos**

- Documentar los principales problemas asociados a sostenibilidad financiera y acceso al Sistema de Salud en el país.
- Conocer las razones que motivan a las personas en Bogotá D.C. a comprar medicamentos en la modalidad gasto de bolsillo y los atributos que buscan al momento de la elección de estos.
- Proponer prácticas de mercadeo cuyo foco sea la educación del paciente y que tengan posibilidad de ser implementadas por la industria farmacéutica en Colombia.

## **2. Estado del arte: Contexto del Sistema de Salud**

Dar respuesta a los problemas actuales del Sistema de Salud, debe ser uno de los pilares de la política de gobierno en Colombia y de los distintos actores que hacen parte de la cadena de atención al paciente incluyendo la industria farmacéutica, dando la oportunidad a las personas sanas o enfermas de tener un abanico de posibilidades que ponga su bienestar como fin primero.

Es claro ya, que, en algunas ocasiones y a manera de consecuencia de los tiempos de espera, son los mismos pacientes quienes incurren en los gastos de sus medicinas, traduciéndose en una decisión de compra, basándose en criterios como la prescripción dada por el médico



tratante, costo asociado, reconocimiento de marca, beneficio esperado y valor agregado. La industria farmacéutica debe organizar, entonces, la mejor estrategia para ganar mercado en aquellas terapias que no son reconocidas institucionalmente o que el paciente decide anticipar.

No se puede proponer una estrategia, sin antes profundizar en el problema, en este caso: el acceso oportuno a medicamentos de prescripción; siendo una oportunidad para que la industria farmacéutica proponga la educación como un beneficio a percibir entre quienes están dispuestos a asumir la compra de medicamentos como gasto de bolsillo a fin de mejorar su salud.

Para la elaboración de este documento se revisaron más de 30 referencias bibliográficas, de fuentes principalmente académicas y de carácter científico, publicadas desde el año 2010 hasta la actualidad, la información presentada se enfoca en los siguientes temas: contexto latinoamericano, sistema de salud en Colombia, medicamentos innovadores vs. medicamentos genéricos, regulación de precios y educación del paciente.

## **2.1 Contexto latinoamericano**

Investigaciones de Rifat *et al.* (2015) y Moreno *et al.* (2019, pág. 1-2), acerca de la cobertura en salud en Latinoamérica evidencian que desde los años 80´ hasta hoy, se han presentado significativos avances en la región en temas relacionados con la calidad de atención en servicios de salud, aun así, continúan presentándose importantes retos en materia de igualdad, prevención, promoción y recolección de datos para análisis.

En efecto, un estudio publicado en 2018 por Báscolo, Houghton y Del Riego (pág. 5), demuestra técnicamente que “los niveles de cobertura varían desde 98% en Chile y Uruguay, a 96% en Colombia, 80% en México y 73% en Perú, en tanto, los niveles del aseguramiento son muchos más bajos en Paraguay (24%), Salvador (24%) y Guatemala (11%)”.

Estos autores para definir el alcance de cobertura tienen en cuenta siete categorías, las cuales fueron definidas por Penchansky y Thomas (1981, pág.128-129) como: aceptabilidad, tiempo de espera, conveniencia, disponibilidad, distancia geográfica, económica y cultural. Estas variables permiten facilitar la discusión en las barreras que presentan los pacientes y las posibles soluciones y estrategias propuestas.

La situación es preocupante, principalmente por los casos de pacientes con enfermedades crónicas, encontrando que “para el 2030, estas enfermedades causarán el 69% de todas las muertes en el planeta” (Sam B *et al.* 2010, como se cita en Londoño, 2017, pág. 69). Si un paciente con una enfermedad no curable no tiene las condiciones óptimas para el tratamiento, la misma evoluciona, “produciendo un alto número de muertes evitables a edades tempranas y la aparición de graves complicaciones clínicas y discapacidad, ocasionando sufrimiento para los individuos y sus familiares” (Londoño, 2017, pág. 69).

Se necesitan programas de prevención en salud para que dichas enfermedades, dejen de ser tratadas como episodios individuales agudos, incluso, se ha demostrado que la implementación efectiva de programas educativos trae un sin número de efectos positivos, para lo cual es necesaria la participación de todos los grupos de interés en la realización de políticas públicas (Langlois, Mancuso, Elias y Reveiz, 2019, pág.10).

Además de implementar los programas de prevención mencionados, Jimenez (2019, pág. 4,12), afirma que la región requiere una fuerte inversión y acceso a terapias de todo tipo para la población con enfermedades diagnosticadas; dado que para el 2019 la producción mundial de medicamentos en Latinoamérica solo alcanzaba un 4%.

Así las cosas, y según el autor del análisis: *Inequidad en los sistemas de salud de América Latina*, en algunos países de la región:

Los gastos de bolsillo superan el 40% del ingreso disponible, estando asociados a eventos hospitalarios, es decir a enfermedades que requieren de medicinas o tratamientos que no están contemplados en el sistema de salud o requieren de intervención inmediata que el sistema no es capaz de atender a tiempo. En cuatro países, Brasil, Chile, Colombia y México, un hogar con un alto peso de los gastos de bolsillo puede llegar a gastar más de 10 veces lo que gasta un hogar promedio (Martínez, 2019, pág. 6).

## **2.2 Sistema de salud en Colombia**

Bernal y Barbosa (2015, pág. 2), médicos de la universidad de los Andes, mencionan cómo la ley estatutaria 1751 del año 2015, refiere que el gobierno colombiano debe garantizar la salud como un derecho que en ningún caso debe ser irrenunciable y que el Estado debe cuidar generando programas de promoción, protección y recuperación, en aras de responder a las necesidades individuales y colectivas de la sociedad.

Sin embargo, pareciera que la aplicación de este derecho no ha sido totalmente posible. Suárez *et al.* (2017, Pág. 40-41), encontraron en un estudio realizado por medio de entrevistas, que las principales variables que afectan el sistema de salud en Colombia son: legitimidad (Corrupción, incumplimiento, conflictos de interés) y crisis regulatoria (normativa, información, inconsistencias), consiguiendo que el sistema de seguridad social esté en crisis desde lo público hasta el sector privado, afectando el goce efectivo al acceso, uso y calidad de los servicios.

La consecuencia, es que los pacientes deben cubrir algunos o todos los gastos con sus ingresos, buscando detener la enfermedad o mantenerla controlada, en la década pasada, un

colombiano considerado no pobre gastaba mensualmente por concepto de medicamentos USD 11,33 si su edad era menor a 64 años, pero si superaba dicha edad el gasto era hasta 52% adicional (Prada *et al.* 2015, pág. 365).

Desde otra arista, algunos investigadores afirman, que el problema base para el acceso a las terapias en los países suramericanos es el fortalecimiento de las patentes farmacéuticas, las cuales parecieran limitar el financiamiento sostenido de los sistemas de seguridad, basado en la explotación de dominio privado (Allard, 2018, pág. 15).

Afirmación que es impugnada por Benito y López, argumentado que:

El sistema de patentes de la propiedad industrial no afecta de forma negativa el derecho a la salud, en cuanto al acceso de medicamentos, entre tanto que promueve el desarrollo de nuevos tratamientos terapéuticos a nivel mundial, lo cual se termina traduciendo en un beneficio para los colombianos (Patentes farmacéuticas como una herramienta para la garantía del derecho al acceso de medicamentos de calidad en Colombia, 2016, pág.3).

Cuando un medicamento pierde la patente, quiere decir que se abre la posibilidad para que entren al mercado otros medicamentos copiados que compiten con los innovadores, sin embargo, hay desconocimiento por parte de los profesionales de la salud sobre su utilización en términos clínicos y económicos (Villamañan *et al.* 2015, pág.100).

### **2.3 Medicamentos innovadores vs. medicamentos genéricos**

Los medicamentos innovadores y genéricos parecieran ser bastante similares, hallando que estos últimos contienen los mismos componentes y especificaciones que el medicamento original. En Colombia comúnmente los medicamentos de marca pierden su patente a los 10 años

de ser registrados, abriendo la posibilidad a que los genéricos entren a competir (Ordoñez *et al.* 2019)

Para hacer una comparación entre los medicamentos originales y genéricos, Ordoñez y otros investigadores corrieron un estudio por varios años en el Hospital San Jorge de Pereira, donde se halló que los pacientes tratados con medicamentos genéricos en las UCI (Unidad de Cuidados Intensivos) tenían hasta 18 veces más riesgo de fallecer que aquellos que recibían una terapia de marca (2019).

Al correlacionar los autores que hemos mencionado hasta ahora, se genera todo un debate alrededor del uso de medicamentos genéricos; están quienes los defienden y quienes los refutan basándose en aspectos como calidad, seguridad, eficacia, entre otros.

Por ejemplo, Proteesh & Vandana (2015) discuten que, los medicamentos genéricos son defendidos básicamente por tener un precio más asequible, al no invertir en investigaciones, innovación y marketing; dando como resultado en la última década, un ahorro en Estados Unidos de aproximadamente 1.2 trillones de dólares. Pese al valor económico son amplias las dudas en términos legales, de manufactura, variabilidad clínica (...).

#### **2.4 Políticas de medicamentos y regulación de precios**

En la publicación académica denominada: política nacional de medicamentos en el contexto de América Latina (Jimenez, 2018, pág. 400), se explica el concepto de política de medicamentos como: “un recurso formal que permite mediante un sistema ordenar, priorizar, planificar, controlar y evaluar los aspectos más importantes relacionados con el ciclo del medicamento (innovación, producción, distribución, almacenaje, comercialización) en un país”.

En el caso de Colombia, y de la misma forma que ocurre a nivel global, las políticas nacionales de medicamentos no ocupan la importancia que merecen, esta es la razón por la cual se hace un llamado a la colectividad, convocando a la participación de todos los grupos de interés involucrados, entre ellos: pacientes, cuidadores, familiares, industriales y grandes laboratorios, ya que es difícil generar políticas con sentido si hay divergencia entre los interesados (Gutierrez & Hernandez, 2015).

Hacer funcionar el sistema de salud, comprendiendo las condiciones propias del país son un reto en tema de financiamiento, así es como Collazo (2002), citado por Perez, Flórez y Giraldo (2016, Pág.108) hablan de: “una función de producción que combine los recursos de un modo eficiente a fin de obtener el mayor impacto social, y que sirva de instrumento para alcanzar la equidad” , dicho instrumento se refiere a la oportunidad del modo privado para garantizar la asistencia sanitaria, evidenciando las fallas del Estado.

El sistema de salud en Colombia fue reformado en 1990 (Ley 10), y para el 2021, casi 30 años después, sigue conservando características casi idénticas, es decir:

Un sistema de administradoras del régimen contributivo (llamadas EPS) para los pensionados y trabajadores dependientes o autónomos y sus familias; las administradoras del régimen subsidiado (ARS) hoy EPS del régimen subsidiado, para la población pobre sin capacidad de pago, y las administradoras de regímenes especiales o de excepción, llamadas Empresas Adaptadas de Salud (EAS), que son de origen público, para algunos trabajadores del gobierno (Jaramillo & Chernichovsky, 2015, pág. 31).

Con un sistema de salud maduro en términos de reformas y leyes y con una población creciente, es claro que el costo farmacéutico ha incrementado, por lo que preocupados por la

sostenibilidad financiera del mismo, Sánchez- Villalobos *et al.* (2016, pág. 122), dan a conocer cómo “a través de la Política Farmacéutica Nacional, Colombia ha optado por la estrategia de control directo de precios a medicamentos que superen el costo de comercialización internacional de referencia, reportados en países como Panamá, Chile, Brasil y Perú”, buscando un ahorro directo del sistema y beneficiar aparentemente a más pacientes (Actualmente regulado bajo la Circular 11 de 2020).

### **3. Marco Teórico: Bienestar y elección de compra de medicamentos**

La conducta en la elección de un producto o marca por parte de los consumidores es materia de estudio en el mercadeo, área en la que es importante entender las motivaciones y preferencias de los usuarios para posteriormente proponer estrategias y tácticas que incrementen la participación de la empresa en un sector o mercado.

Frente a este tema, la industria de medicamentos tiene una amplia oportunidad para estar más de cerca con el usuario final: los pacientes. Si bien es cierto que en el escenario colombiano hay restricciones para la publicidad de medicamentos en disposición del decreto 677, es posible tener contacto con los usuarios siguiendo los códigos de ética del sector farmacéutico. Es el momento de pensar que, para los pacientes, no sólo el precio es un factor decisivo a la hora de elegir comprar como gasto de bolsillo un medicamento previa formulación o autorización del médico tratante.

Es importante, entonces, detenerse en dos temas fundamentales para desarrollar la hipótesis de investigación de este documento: en primer lugar, la elección de marca de los medicamentos y el bienestar esperado al consumir los mismos, en segunda instancia: la importancia de la educación a pacientes.

A continuación, se presentan los ejes centrales de cada uno de estos temas:

### **3.1. Elección de marca y bienestar esperado**

La decisión en la compra y elección de marca de los consumidores presenta un comportamiento directamente proporcional a la adaptabilidad de las compañías oferentes en el mercado, de esta manera los individuos reaccionan de manera exponencial al desarrollo de estímulos de acuerdo a su necesidad de satisfacción (Rodríguez, 2020).

Para que una estrategia sea exitosa, no debe perder de vista el perfil del posible consumidor, respondiendo oportunamente a la búsqueda de valor que la persona este requiriendo, por ejemplo, la preferencia de marcas por categorías, sensibilidad en el precio y la dependencia o beneficio esperado del producto.

Bajo esta instancia, debe introducirse el concepto de economía del comportamiento, que significa analizar las motivaciones del usuario y los factores que las determinan, siendo necesario hacer contraste con las tendencias y comportamientos colectivos y los resultados de las decisiones finales, las cuales pueden tener influencia social o motivaciones por incentivos (Barragán *et al.*, 2020)

Acorde con un estudio de Peral *et al.* (2011), el proceso para entender la elección de compra inicia con un mapeo de las características sociodemográficas de la población, incluyendo: número de personas por familia, nivel socioeconómico y grupo etario; paso seguido es mandatorio comprender el conjunto de alternativas disponibles a las que se enfrenta el decisor para alcanzar un retorno traducido en bienestar. El bienestar contribuye a la construcción de sociedades que reportan mejores condiciones de vida y desarrollo (Cano *et al.*, 2020)



Hablar de bienestar incluye gozar de una buena salud, razón por la cual, es vital que las personas que padecen alguna enfermedad puedan entender la misma en términos de diagnóstico, pronóstico y tratamiento, y de esta manera encontrar en sus medicamentos un beneficio de utilidad; que debe ir desde curar y mejorar, hasta tener una mejor calidad y atención de vida prologadas en el tiempo.

Brindar información es uno de los elementos determinantes en la decisión de compra, las empresas tienen el poder de hacerlo y además crear los medios para la satisfacción de necesidades. Es evidente, que el consumidor actual no es un actor pasivo, por el contrario, exige una interacción más cercana para lograr confianza desde la primera transacción o futuras ocasiones (Manzuoli, 2005, Pág. 46).

Lo anterior es un reto dinámico, que requiere el máximo esfuerzo por parte de las compañías farmacéuticas para crear tácticas que respondan a segmentar, clasificar y entender a los posibles clientes con el propósito de ser escogidos, recomendados y obtener lealtad por parte de ellos; para que un laboratorio sea escogido como primera opción por los clientes potenciales cuando estos tomen decisiones de compra, sería necesario explorar opciones más allá de la publicidad, buscando brindar soluciones directas, sin perder el marco de la ley y regulación colombianas.

### **3.2. Educación en salud**

El diagnóstico de una enfermedad es uno de los momentos más críticos y difíciles que puede enfrentar una persona; entender una patología, sus causas, pronóstico y tratamiento, es un proceso complejo y multidimensional, razón por la cual para asumir la responsabilidad de su

propia salud los pacientes requieren tener ciertos conocimientos y habilidades (Stenberg *et al.* 2018, Pág. 1007)

Un paciente empoderado y educado respecto a su padecimiento es un elemento fundamental en la ruta de tratamiento adecuado, es así como Luisa María Luengas (2009), enfermera de la Universidad Nacional y jefe de educación de la Fundación Santafé, explica que la educación del paciente se entiende como parte importante de las acciones de mejora y crecimiento personal inmanente, ayudando no sólo a sobreponerse a las circunstancias propias del deterioro producto de la enfermedad y la posible hospitalización, sino a mantener o a despertar de nuevo el deseo genuino de vivir una vida a plenitud, potenciando el tratamiento por medio de la educación (Pág. 2).

Es imperante contar con un escenario de múltiple información para asegurar el mejor tratamiento, aquella información que el paciente o cuidador encuentra a través de diferentes actores: familia, comunidad, instituciones sanitarias, entre otros.

**Tabla 1** Principales factores que influyen en el uso de medicamentos por parte de los consumidores.

<b>NIVEL DE INFLUENCIA</b>	<b>FACTORES</b>
<b>La familia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Percepción de la necesidad de los medicamentos</li> <li>• Ideas sobre eficacia e inocuidad y desconocimiento que lleva a la politerapia</li> <li>• Papel en la familia</li> <li>• Precio de los medicamentos</li> <li>• Nivel de alfabetización</li> <li>• “Poder de los medicamentos”</li> </ul>
<b>La comunidad</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patrones culturales de uso de medicamentos</li> <li>• Sistema de suministro de medicamentos</li> <li>• Canales de información</li> </ul>
<b>Las instituciones sanitarias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frecuencia de la consulta a los agentes de salud</li> <li>• Calidad de la prescripción</li> <li>• Calidad de la consulta</li> <li>• Calidad de la dispensación</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Suministro regular</li> <li>• Precio de los medicamentos</li> </ul>
<b>El plano nacional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicación de políticas de medicamentos esenciales</li> <li>• Promoción de medicamentos, financiamiento y reembolso</li> <li>• Defensa del consumidor</li> <li>• Medios de comunicación</li> <li>• Educación pública</li> </ul>
<b>El plano internacional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consecuencias para la salud por acuerdos comerciales</li> <li>• Ayuda externa a programas de medicamentos esenciales</li> <li>• Defensa del consumidor</li> <li>• Internet</li> </ul>

Nota. Hardon, Hodgkin, Fresle, 2004, pág. 20.

Hardon y Fresle (2004, Pág. 19) enfatizan al decir que no debe haber limitaciones en el nivel de alfabetización de los consumidores, lo cual quiere decir, en el escenario de los medicamentos, el grado de acceso a la información escrita como prospectos, cartillas, folletos informativos etc. Un bien preciado para cuidadores y pacientes es el acceso a la información, este aspecto está convirtiéndose en un componente esencial en las estrategias de mercadeo de la industria farmacéutica. Factores como los mencionados en la tabla 1, son la respuesta al tipo de información que esperan recibir las personas al iniciar un tratamiento, el objetivo para la industria farmacéutica debe ser brindar información confiable, realizar campañas éticas de concientización y estrategias de promoción de la salud.

Para Puig y Peiró (2009, Pág. 61), a la hora de obtener un medicamento, se deben observar un grupo importante de características, para las cuales el paciente debe de asesorarse oportunamente con un profesional de la salud: en primer lugar, la utilidad terapéutica desde un enfoque de riesgo/beneficio que es fácilmente medible en términos de seguridad, tolerabilidad y eficacia, en segundo lugar, el valor terapéutico añadido refiriéndose al bienestar, comodidad y satisfacción del paciente con su tratamiento, de acuerdo con lo planteado por estos autores, la

elección de un medicamento basado en el costo incremental genera un valor social traducido en adherencia al tratamiento y gastos personales evitados, es decir: reducción de hospitalizaciones, pruebas de laboratorio, exámenes clínicos o la compra de otros tratamientos.

Anita Harton y su equipo de trabajo (2004), sugieren que, para empezar a abordar los desafíos relacionados con la educación y el uso de los medicamentos por parte de las comunidades, se deben responder algunas preguntas que ayuden a comprender las necesidades reales de estos, algunos cuestionamientos esenciales serían: ¿qué hace una persona cuando presenta síntomas que pueden ser asociados a alguna enfermedad?, ¿cuáles son los problemas de salud que se perciben con mayor frecuencia?, ¿qué dificultades se evidencian al hacer uso de los medicamentos?, etc.

La educación al paciente y su familia ayuda ambas partes a tener una mejor participación en los cuidados, también a tener voz en las decisiones que se tomen respecto a su atención (Luengas, 2009, Pág. 2). Cuando los pacientes son diagnosticados con una enfermedad entran en una dimensión hasta ahora desconocida para ellos, entender la ruta de atención para su condición e información relacionada con el autocuidado posterior al diagnóstico es fundamental:

Los hallazgos de algunas revisiones sistemáticas relevantes indican que las intervenciones de educación del paciente en personas diagnosticadas con diabetes, artritis, depresión, insuficiencia cardíaca o crónica, enfermedad pulmonar obstructiva (EPOC) dan resultados positivos que compensan los costos asociados de las intervenciones (Stenberg *et al.* 2018, Pág. 1009).

Dicho de esta forma velar por la promoción y conocimiento en temas de salud, puede entenderse incluso como una esfera de responsabilidad compartida entre todos los grupos de

interés del sistema, comenzando con los médicos y las entidades promotoras, y extendiéndose hasta el Estado y la industria farmacéutica; no es coincidencia que se haya empezado a implementar el concepto de evaluación multicriterio en el sector salud, investigadores de la Universidad Javeriana, agregan:

El análisis de medicamentos con respecto al consumidor gira en torno a las condiciones económicas y de acceso que tiene este en los medicamentos. No obstante, para el consumidor, el cliente o el usuario de los medicamentos, estos representan bienes hedónicos o, por lo menos, que contribuyen a mejorar las condiciones de vida o de salud y, por ende, no son de fácil renuncia o eliminación de la cesta de productos que se van a adquirir (Gutierrez & Manrique, 2016, pág. 157).

Con esto, lo que se quiere argumentar es que los pacientes participan cada vez más en la decisión de compra de las diferentes opciones de prescripción para sus terapias, razón por la cual, es necesario buscar la forma de tener mayor cercanía con ellos para brindar valores agregados y pensados en garantizar el bienestar.

Una Stenberg, quien hace parte de la Unidad de Investigación del Hospital Universitario de Oslo, concluyó, después de reunir literatura y estudios publicados entre el año 2000 y 2016, que los grandes beneficios de educar al paciente son: reducción en la hospitalización, menor número de visitas a urgencias, mejor calidad de vida (2018, Pág.1033). Estos hallazgos son similares a los de Puig y Peiró, donde el beneficio se extiende hasta el impacto económico en salud.

Se entiende que la participación del paciente en el manejo de su enfermedad resulta esencial para que más allá de la teoría y la crisis misma del sistema, se realicen propuestas

innovadoras desde el mercadeo para aportar en la solución del problema y garantizar la adherencia al tratamiento. La falta de adherencia a los tratamientos representó en el 2012 en Europa una pérdida para la industria de 125.000 millones de euros (Arboleda, 2012, párrafo 2), sin mencionar el daño a nivel personal que padece quien abandona su tratamiento. Entre otros beneficios de incentivar herramientas educativas al iniciar la toma o aplicación de un medicamento están el apoyo y aprendizaje mutuo entre pacientes con patologías similares, mayor nivel de optimismo y esperanza, creación de redes de apoyo y contacto además de encontrar la solución a las malas experiencias (Stenberg *et al.* 2016 Pág. 1761-1767).

### **3.3. Marketing sanitario y educación de la industria farmacéutica con el paciente**

Una pregunta que surge después de abordar la importancia de las herramientas educativas con los pacientes es: ¿Qué está haciendo actualmente la industria farmacéutica a nivel global?; para responder este cuestionamiento se han revisado una serie de documentos académicos publicados por S3 Connect Health, una compañía de soluciones innovadoras para la industria farmacéutica con sede en Dublín, Cambridge y Breslavia.

Pero antes de ello, es vital comprender el concepto de marketing sanitario, y la relevancia de este en la relación con los pacientes, así es como Peñaloza *et al.* afirman que, en el ámbito de la salud, el mercadeo debe ir más allá de lo netamente financiero para encaminarse a la mejora continua de los procesos y obtener mejores resultados en las estrategias y programas implementados, traduciéndose en la salud de toda la población (2012, en Hernández y Martínez, 2014, pág. 62).

El mercadeo sanitario es un camino para la captación, fidelización y satisfacción de los pacientes, que requiere un momento de compra y una post venta que va más allá de la mera

transacción de adquisición del medicamento, se crea un círculo que requiere comprender el contexto, diferenciar el cliente/paciente, saber cómo segmentarlo, y responder con los criterios que este requiera para optimizar en su máxima expresión la salud y prevenir o evitar futuras enfermedades.

Los programas a pacientes (PSP) suelen ser mecanismos que funcionan dando seguimiento a la adherencia, tradicionalmente estos programas se imparten a través de un equipo de enfermería, y han evolucionado tímidamente hacia generar acompañamiento en términos administrativos, psicológicos y en muchos casos en colaboración con las asociaciones de pacientes. Hay que reconocer que estas iniciativas generan valor tanto para el paciente como para la industria, pero poco a poco deben volcarse a trabajar mancomunadamente con los sistemas de salud, con los pagadores, médicos y compañías de tecnología para alcanzar mejores resultados (Eye for Pharma & S3 Connected Health, 2018, Pág 5).

Generalmente los programas de carácter educativo, tienen un propósito comercial: retener al paciente en su terapia, sería interesante que el paciente fuese quien tuviera la posibilidad de participar en la decisión de compra de medicamentos y otros aspectos relacionados con su tratamiento en conjunto con el profesional de la salud y que las estrategias educativas no estuvieran sujetas únicamente para moléculas de alto costo, de tal forma que los medicamentos que están al alcance del bolsillo del paciente tuvieran el mismo impacto.

Algunas de las opiniones de expertos que trabajan en la industria farmacéutica recolectadas por S3 Connected son:

- “Lo digital nos va a ayudar a personalizar e individualizar mucho mejor a los pacientes” **Susanne Gruber**, Directora Global de Soluciones Digitales en Salud en Novartis.
- “La siguiente evolución, la 2.0 de la asistencia al paciente, consiste en tomar los datos en tiempo real y utilizarlos a través de la tecnología, para medir los resultados”  
**Bodizar Jovicevic**, Vicepresidente Global de Opciones Digitales en Sanofi.

Una de las grandes apuestas, es la tecnología, ya que permite llegar de forma más rápida y eficiente a la población, se requiere una visión holística de los usuarios, proceso que inicia en la consulta con el médico tratante para un diagnóstico, seguido por los exámenes médicos, prescripción, autorización de medicamentos, entrega oportuna de estos y evolución positiva de la enfermedad.

Los sitios web desarrollados por empresas farmacéuticas están empezando a convertirse en tendencia, buscan generar concientización acerca de las diferentes patologías, promoviendo el autocuidado y el uso racional de medicamentos; es importante aclarar que los medicamentos de prescripción no se deben promocionar inescrupulosamente, pero si resulta pertinente que exista la posibilidad para pacientes y cuidadores de poder acceder a información por parte de los profesionales médicos frente a las diferentes posibilidades de tratamiento permitiendo que sea el paciente o cuidador mismo quien elija la opción que considera más conveniente, de forma indiferente a si la entrega del medicamento corre por parte del servicio de seguridad social o se decide comprar como gasto de bolsillo.

El sistema de oferta por medio de sitios web conocido como E-commerce, en la industria de medicamentos es un proceso que ha iniciado en algunos países como apuesta innovadora e



incluso es ofrecido directamente por las compañías farmacéuticas a fin de que el usuario encuentre todas las opciones posibles de medicamentos que responden a su necesidad de acuerdo con la patología que les aqueja, en el caso de Colombia este es un mecanismo que va lento debido a las normas en relación con dispensación y promoción de medicamentos regidas por el decreto 677.

Para Luis de la Fuente, en las farmacias E-commerce “la comunicación de valor es el aspecto sobre el que se construye todo. Debe primar la salud de los clientes y el consejo farmacéutico sobre los aspectos comerciales. Es fundamental que las nuevas acciones que se desarrollen tanto a nivel digital como offline vayan respaldadas por una comunicación de calidad” (2017, Pág.17)

Entre tanto, otras opciones de apoyo al paciente recopiladas por PharmaPhorum y S3 Connected Health (2020, pág. 5) son las siguientes: aplicaciones móviles, dispositivos médicos que capturan datos de salud de forma automática, networking (...); lo digital no tiene marcha atrás, sin duda es la nueva revolución de la salud.

Todos los autores hasta aquí mencionados; Puig, Harton, Stenberg, Luengas, coinciden que la misión es abordar al paciente para cuidarlo y apoyarlo desde el momento cero del diagnóstico hasta la anhelada recuperación o remisión si posible.

A la hora de diseñar programas de apoyo al paciente mejorados digitalmente, es importante incorporar cinco habilidades básicas de autogestión que el paciente debe desarrollar para gestionar su enfermedad de forma más eficaz (resolución de problemas, toma de decisiones, utilización de recursos, formación de una sólida asociación entre el paciente y el proveedor de servicios sanitarios y toma de medidas), lo que ayuda a los

pacientes a convertirse en "dueños" de su enfermedad (S3 Connected Health, 2020, pág. 16).

## **4. Metodología**

### **4.1 Tipo de estudio**

Con la intención de profundizar en el proceso académico que permite investigar la decisión de compra de medicamentos innovadores por parte de los consumidores e impacto de los programas educativos en la ciudad de Bogotá D.C, se realizó un abordaje mixto (cualitativo y cuantitativo), buscando integrar elementos de ambos tipos de investigación, obteniendo como resultado final una medición de la realidad observada; de tal forma, que como mencionan Hernández *et al.* (2010, pág.7) “los hechos y la interpretación apoyen desde el planteamiento del problema hasta la elaboración del reporte de resultados”.

### **4.2 Instrumentos y fases de investigación**

El proyecto inició con la revisión de datos de fuentes secundarias con un alto nivel de confianza como el Departamento Nacional de Estadística (DANE), Alcaldía de Bogotá, Superintendencia de Salud (SUPERSALUD) y la Asociación Nacional de Empresarios de Colombia (ANDI), instrumentos con los que se levantó información relevante para el diagnóstico situacional del sector salud en el país, los mecanismos explorados fueron los siguientes: *Encuesta Nacional de Calidad de Vida -ECV* (DANE, 2020), *Encuesta Multipropósito* (Secretaría Distrital de Planeación de Bogotá, 2017), *Peticiones, Quejas, Reclamos y Denuncias en Salud* (SUPERSALUD, 2021), *flujo de recursos y sanidad financiera* (ANDI, 2021).

Paso seguido, bajo un mecanismo de muestreo probabilístico, se recolectaron datos a través de encuestas, haciendo uso de un formulario con preguntas cerradas que permitieron la caracterización de la población y la identificación de percepciones. La encuesta fue diseñada teniendo en cuenta las recomendaciones de Arbaiza (2019, pág. 209-212), quien sugiere que el cuestionario debe presentar preguntas cerradas y concretas, así como recolectar información relacionada a las características socioculturales de la población, adicionalmente redactar preguntas objetivas y específicas para cada variable del estudio, en el caso de esta investigación se tuvieron en cuenta tres variables: demográficas, en salud y educación al paciente.

Finalmente, para procurar una visión holística del diagnóstico situacional, se tuvo acercamiento con diferentes grupos de interés, entre ellos: pacientes, cuidadores y profesionales de la salud, para conocer a través de entrevistas personales su percepción frente a iniciativas educativas en el abordaje del paciente, a través de esta metodología el investigador hace uso de su conocimiento y puede conseguir información amplia, realizando preguntas clave y logrando respuestas amplias y espontáneas (Arbaiza, 2019). La selección de los participantes se hizo por conveniencia, dada la facilidad de acceso y la disponibilidad de las personas.

### **4.3 Técnica de muestreo**

#### **4.3.1 *Muestreo probabilístico***

Para la recolección de datos en el desarrollo de esta tesis, se aplicó la técnica de muestreo probabilístico, buscando que cualquier persona de la población foco tuviera la misma posibilidad de ser encuestada, interviniendo a personas que son pacientes, cuidadores, familiares o personas sanas que pudieran padecer una enfermedad en algún momento de la vida.

Vara (2012) explica que “la muestra probabilística es la más adecuada para identificar índices y describir poblaciones mediante muestras. Por eso, este tipo de muestreo es típico y necesario cuando se están realizando investigaciones cuantitativas y correlacionales” (Citado por Arbaiza, 2019, Pág. 181).

**4.3.1.1 Muestreo estratificado.** El estudio se efectuó en población de estratos socioeconómicos 3, 4, 5, 6 residentes en la capital del país, por esta razón se habla de muestreo probabilístico estratificado “Se utiliza cuando la población de estudio no es homogénea y necesita ser organizada en subpoblaciones, segmentos o estratos relacionados con el problema de estudio” (Arbaiza, 2019, pág. 185)

Se aclara que, con el fin de no infringir la ley que protege privacidad de datos y haciendo estricto uso de la ley de habeas data (ley 1581 de 2012), no se recopiló información que permitiera identificar al encuestado, evitando preguntas relacionadas con nombre, apellido, número de identificación y teléfono.

Debido a la contingencia por la Covid-19, la recolección de datos se realizó de forma híbrida entre la presencialidad y la virtualidad.

#### **4.4 Tamaño de la muestra**

El estudio se realizó en la ciudad de Bogotá, comprendiendo que es la ciudad capital de Colombia, y donde se concentra el 20% del total de los afiliados y de las instituciones prestadoras de salud del país (Invest in Bogotá, 2020). La muestra foco de estudio se calculó con base en los datos publicados en la Encuesta Multipropósito de Bogotá realizada en el año 2017.

**Tabla 2** Población Bogotá D.C. 2017, según estrato socioeconómico

<b>Población total</b>	8.049.713
<b>Estrato</b>	<b>Porcentaje de la población</b>
Estrato 1	8,8%
Estrato 2	41,4%
Estrato 3	36,4%
Estrato 4	8,9%
Estrato 5	3,0%
Estrato 6	1,5%

Nota. Encuesta multipropósito 2017.

Teniendo en cuenta que la muestra es estratificada y las personas que pertenecen a los estratos socioeconómicos del 3 al 6 representan el 49,8% de la población de Bogotá, el universo de estudio para calcular la muestra fue de 4.008.757 personas.

La fórmula para la estimación muestral se expresa así:

$$\frac{k^2 N p q}{e^2 (N - 1) + k^2 p q}$$

Nota. Arbaiza (2019)

**Tabla 3** Cálculo muestral

<b>Parámetro</b>	<b>Valor</b>
N: Tamaño total de la población	4.008.757
K: Nivel de confianza (90%)	1,65
P: Representatividad	50%
Q: No representatividad	50%
E: Error máximo aceptable	5%
n: muestra	<b>272</b>

Nota. Elaboración propia

La encuesta fue realizada entre el 04 de enero y el 15 de febrero del año 2021, logrando la participación de 297 personas en la ciudad de Bogotá DC, el número de encuestas que fueron tenidas en cuenta para el análisis fueron 272, excluyendo así las respuestas de la población de estrato socioeconómico 1 y 2 al estar por fuera del objeto de estudio.

## **4.5 Limitaciones**

Por la contingencia de la Covid-19, se presentó un alto grado de dificultad en la recolección de encuestas, entendiendo las cuarentenas por localidad y medidas de pico y cédula en la ciudad, las encuestas en puntos de dispensación estaban sujetas a permisos por parte de las entidades, lo cual exigía tiempos de respuesta mayores a 8 días. Se consideró que cuando una pregunta no fuera respondida por más del 20% de la población objeto de estudio, sería catalogada como inválida.

## **5. Resultados**

### **5.1 Análisis Documental**

Sostenibilidad, acceso, cobertura y calidad son conceptos fundamentales que hacen parte de esta tesis, las dificultades de acceso a la salud son un problema que ha llevado a que incluso el Congreso de la República planteara como alternativa para desahogar el sistema un proyecto de ley que pretendía hacer una profunda reforma a la salud (Proyecto de Ley 010/2020S), por medio de la cual, el Gobierno buscaba “el fortalecimiento de las capacidades institucionales, operacionales y de infraestructura”, cabe anotar que dicho proyecto fue uno de los detonantes de un estallido social de inconformidad que se vio materializado en la protesta social masiva contra la postura del Gobierno que se presentó desde el 28 de abril de 2021, lo cual desembocó en la caída de dicho proyecto a raíz de las manifestaciones públicas de rechazo.

#### ***5.1.1 Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2018-2019***

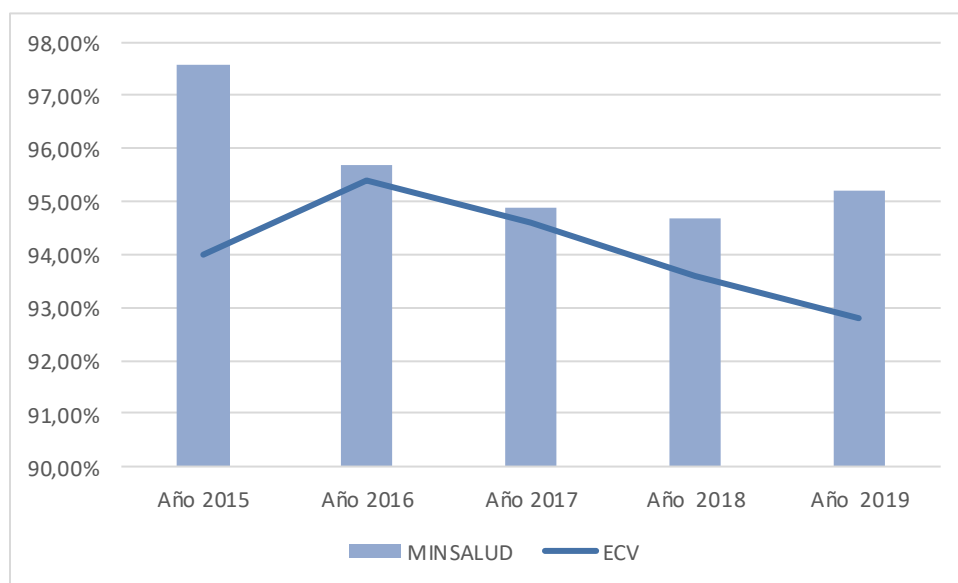
Encuesta realizada por el DANE entre los años 2018-2019 y cuyos resultados fueron publicados en el mes de julio 2020, el objetivo es conocer las condiciones socioeconómicas de

los hogares colombianos. Para el año 2018 fueron entrevistadas 283.012 personas en 89.522 hogares, y para el 2019, fueron encuestadas 289.558 personas en 99.993 hogares (DANE, 2020).

Como resultado principal en aspectos relacionados con la salud, se evidencia una diferencia significativa entre los datos de la población encuestada y la cobertura universal reportada por el Ministerio con corte al año 2019, dado que la información de aseguramiento publicada por la cartera de Protección Social para el año en mención corresponde al 95,2%, mientras que la encuesta evidencia una cobertura nacional de 92,8%.

Cruzando las dos fuentes de información, en la figura 1 se muestra el histórico del aseguramiento nacional desde el año 2015, exponiendo la diferencia de datos entre ambas fuentes.

**Figura 1** Aseguramiento nacional – Ministerio de Salud Vr. Encuesta Nacional de Calidad de Vida

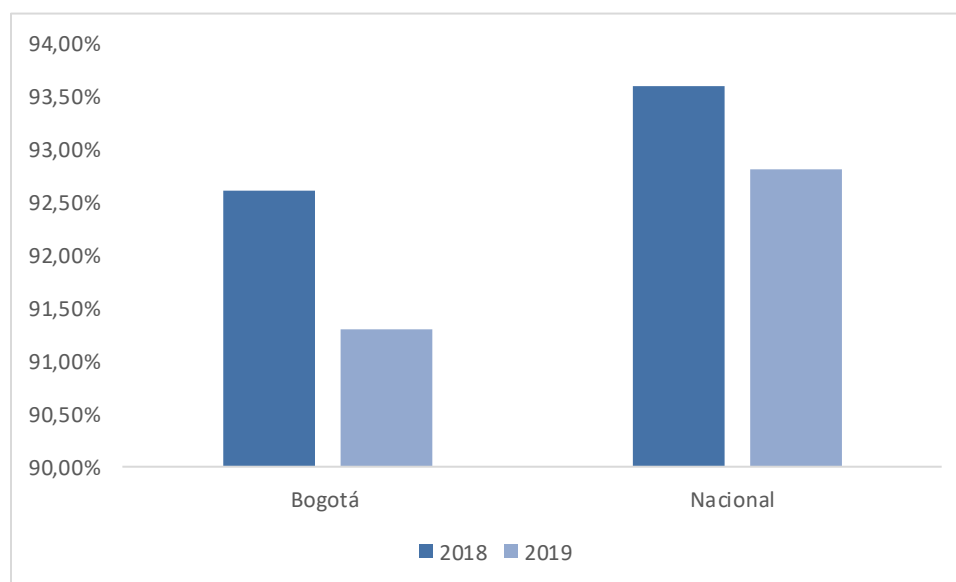


Nota. Elaboración propia basada en información de MINSALUD y el DANE.

En consecuencia a que la información del Ministerio es reportada en primera instancia por las Entidades Promotoras de Salud y posteriormente a la ADRES (Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social en Salud) para alimentar la BDUA (Base de

Datos Única de Afiliados del Sistema General de Seguridad Social en Salud); puede entenderse que hay un margen de error ya que los tiempos para la presentación de novedades pudiera no ser totalmente oportuna, principalmente en aquellas entidades que han sido intervenidas por la Superintendencia de Salud por fallas administrativas.

**Figura 2** Encuesta Nacional de Calidad de Vida - Aseguramiento Bogotá D.C. vs. Nacional



Nota. Elaboración propia basada en ECV

Adicionalmente, llama la atención la variación en la cobertura de salud mostrada por la ECV en los años analizados (2018-2019), tanto a nivel nacional como para Bogotá. En el primer caso varió de 93,6% a 92,8% y para la capital de 92,6% a 91,3%, situación que pudo profundizarse para el año 2020 a causa de la pandemia por la Covid-19, entendiendo las modificaciones de afiliación por variables como empleo y migración.

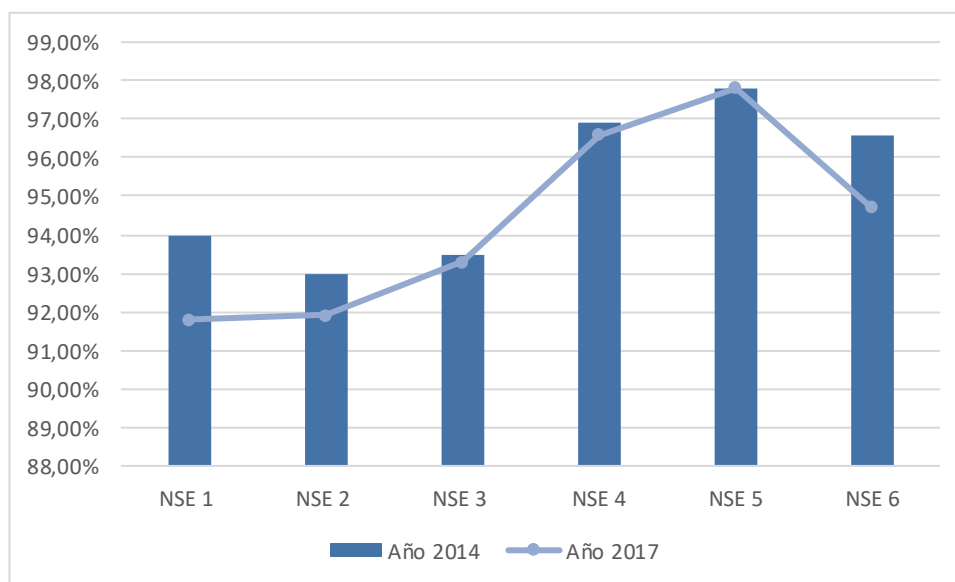
### **5.1.2. Encuesta Multipropósito Bogotá 2017**

Encuesta implementada por la Alcaldía Mayor de Bogotá como herramienta para tener un diagnóstico de la ciudad e implementar políticas públicas y decisiones de gobierno, un esfuerzo



que implicó encuestar más de 77 mil hogares en la ciudad en todas las localidades y niveles socioeconómicos (Secretaría Distrital de Planeación, 2017, Pág. 110-118).

**Figura 3 Afiliación al Sistema de Seguridad en Bogotá 2014 vr. 2017**



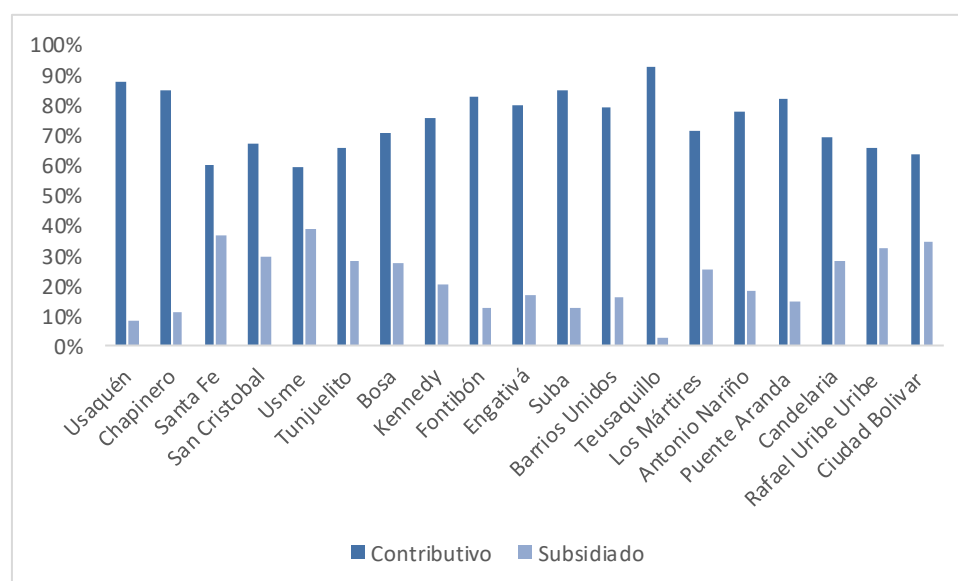
*Nota. Elaboración propia basada en E.M*

En lo que concierne a salud y en comparación con la versión realizada en el 2014, se pueden destacar algunos cambios en la cobertura de afiliación, principalmente y de forma negativa en los estratos 1 y 2 con una reducción de más de dos puntos porcentuales, y estable para los estratos 3, 4, y 5. Según la interpretación dada en el informe, los cambios obedecen al flujo creciente de población migrante de otros países que para el momento de la encuesta no se habían afiliado formalmente al sistema.

En cuanto a los hallazgos por localidad, se evidencia que la mayor tasa de afiliación al régimen contributivo la tienen las localidades de Teusaquillo (92,9%), Usaquén (87,6%) y Chapinero (84,5%), las cuales están ubicadas en el centro-norte de la ciudad. Por otra parte, la mayor tasa de afiliación al régimen subsidiado la tienen Usme (38,6%), Santa Fe (36,8%),

Ciudad Bolívar (34,4%), y Rafael Uribe Uribe (32,4%), localidades ubicadas en el sur de Bogotá. En estas últimas localidades predominan las familias pertenecientes al estrato socioeconómico 1 y 2, razón por la cual se puede considerar que existe una correlación directa entre el estrato socioeconómico en el que se habita y el nivel de oportunidad de acceso al Sistema de Salud.

**Figura 4** Régimen de afiliación, según localidad 2017



Nota. Elaboración propia basada en E.M

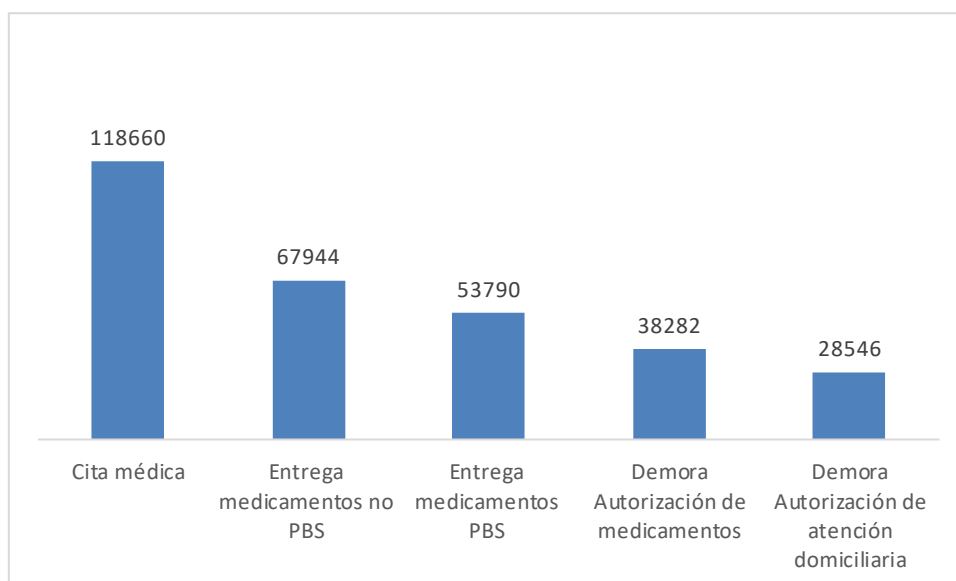
### **5.1.3 Peticiones, quejas, reclamos y denuncias (PQRDs) formuladas por los usuarios del Sistema Nacional de Salud 2020**

El decreto 2462 de 2013, establece que la Superintendencia Nacional de Salud, es la entidad en el país encargada de velar por la protección de los derechos de los usuarios del Sistema de Salud, así como de buscar e identificar los riesgos de funcionamiento de los prestadores de servicio que son vigilados de forma operativa, tecnológica y jurídica.

Es así, como la Supersalud se encargada de recibir las peticiones, quejas, reclamos y denuncias de todos los usuarios que consideran se ha presentado un incumplimiento o violación a su derecho a la salud por parte de las EPS. En el más reciente informe que consolida las PQRDs recibidas entre enero y diciembre del 2020, se totalizan 850.931 denuncias.

El siguiente gráfico se presentan las principales razones que motivaron a los usuarios a interponer estas denuncias ante la Superintendencia:

**Figura 5** Principales Peticiones, quejas, reclamos y denuncias en salud 2020



Nota. Elaboración propia basada en informe de la SuperSalud.

Como se puede evidenciar en la figura 5, las denuncias relacionadas con medicamentos suman en total 160.017, lo cual conduce en muchos casos a obligar la compra de medicamentos desde el gasto de bolsillo con el fin de preservar la salud.

Las EPS del régimen contributivo con mayor volumen de PQRDs son: Nueva EPS (124.037), Salud Total (71.889) y Medimás (71.363), y en el caso de régimen subsidiado: Capital Salud (30.517), Savia Salud (20.719) y Emssanar (20.214).

Las estadísticas demuestran que Bogotá D.C. es la ciudad con mayor tasa de denuncias relacionadas con el derecho a la Salud, con un total de 211.174 quejas en el año 2020, es decir que la tasa acumulada por cada 1.000 afiliados es de 26,46.

#### ***5.1.4 ANDI: Presupuestos máximos 2020***

Presupuestos máximos es una estrategia que el Ministerio de Salud, estableció a través de las Resoluciones 205 y 206 de 2020, permitiendo a las EPS gestionar y administrar los recursos para servicios y medicamentos no financiados con cargo a la UPC, una oportunidad para gestionar integralmente al paciente sin importar la fuente de financiación.

La Unidad de Pago por Capitación (UPC), es el valor anual que se reconoce por cada uno de los afiliados al sistema general de seguridad social para cubrir las prestaciones del Plan de Beneficios en Salud (PBS), tanto en régimen contributivo como en régimen subsidiado (valores diferenciados).

Un informe de ANDI y Sectorial, mostró que la estrategia de presupuestos máximos que contiene todos los medicamentos o tecnologías que no están incluidas en el Plan de Beneficios en Salud, tuvo una ejecución por encima del 100% en los primeros 9 meses de implementación (ANDI, Febrero 2021), lo cual pudiera ser el presagio de un nuevo problema de sostenibilidad, que, radica básicamente en que los cálculos no tienen en cuenta la aprobación de nuevos medicamentos de alto costo y el crecimiento en el número de afiliados en algunas EPS es mayor.

La ejecución presupuestal de las principales EPS por número de afiliados fue así: Nueva EPS (101%), Sura (103%), Sanitas (105%), y Salud Total (101%), y de acuerdo con el informe presentado, la ejecución en 9 meses no debió ser mayor al 90%. El análisis también señala cómo estas entidades incrementaron drásticamente su número de afiliados: Nueva EPS (28%), Sura

(14%), Sanitas (22%), Salud Total (2%), esto a raíz de la revocatoria o sanciones recibidas a EPS como Coomeva, Medimás y Comparta.

El informe cierra mostrando las ciudades donde se ejecuta la mayor parte del presupuesto: Bogotá, la principal, con un 26%, seguido de Medellín (15,2%) y Cali (9,6%), y las enfermedades mencionadas a continuación son consideradas las de mayor prescripción de medicamentos: diabetes, hipertensión, síndrome seco, EPOC, dolor crónico y fibrilación auricular.

## **5.2 Análisis de Encuestas**

### **5.2.1 Variables demográficas**

Los resultados que se presentan a continuación son producto de un primer análisis de las variables demográficas, para posteriormente relacionarlas con el contexto que incide sobre las decisiones de compra de medicamentos de la población objeto de estudio, así como el impacto de las estrategias educativas recomendadas para disuadir a clientes potenciales.

En la tabla 4, se observa que fueron las mujeres quienes más respondieron a la encuesta con un total de 148 (54,4%), por otra parte los hombres que la diligenciaron sumaron un total de 124 (45,5%) los resultados por género son equiparables a los reportados por el Departamento Nacional de Estadística - DANE (2018), donde se muestra que, del total de personas en la ciudad de Bogotá D.C, el 52,2% son mujeres y el 47,8% son hombres.

**Tabla 4** Relación entre edad, género y nivel socioeconómico

Rango de edad	Encuestados	Género		Nivel Socioeconómico			
		Hombre	Mujer	NSE 3	NSE 4	NSE 5	NSE 6
<b>Totales</b>	<b>272 (100%)</b>	<b>124 (45,5%)</b>	<b>148 (54,4%)</b>	<b>82 (30,1%)</b>	<b>108 (39,7%)</b>	<b>53 (19,4%)</b>	<b>29 (10,6%)</b>
De 18 a 27 años	17,3%	17,7%	16,9%	14,6%	17,6%	15,1%	27,6%
De 28 a 37 años	31,3%	31,5%	31,1%	28,0%	26,9%	43,4%	34,5%
De 38 a 47 años	22,8%	22,6%	23,0%	24,4%	26,9%	11,3%	24,1%
De 48 a 57 años	15,4%	12,9%	17,6%	17,1%	17,6%	11,3%	10,3%
Más de 58 años	13,2%	15,3%	11,5%	15,9%	11,1%	18,9%	3,4%

Nota. Elaboración propia basada en 272 respuestas.

En la segunda columna de la tabla anterior (tabla 4), se muestra también que, por rango de edad la mayor concentración de encuestados tiene entre 28 y 37 años (31,3%) y la menor participación fue por parte de personas con más de 58 años (13,2%) al hacer una comparación con el censo del DANE, la distribución por grupos de edad en la capital del país está conformada así: de 20 a 29 años (19,17%), de 30 a 39 años (16,47%), de 40 a 49 años (12,99%), de 50 a 59 años (11,87%) y los mayores de 60 años (13,19%), estos datos, son cercanos a la encuesta realizada, excepto en el grupo de 28 a 37 años. Es válido aclarar que la distribución porcentual del DANE es calculada con población a partir de la edad 0, por el contrario, la encuesta de la tesis se hizo con personas en el rango de edad mayor o igual a 18 años.

Otra variable que se revisó, es el nivel socioeconómico (NSE), donde se encontró que la población está agrupada (de mayor a menor) de la siguiente forma: NSE 4 (39,7%), NSE 3 (30,1%), NSE 5 (19,4%), NSE 6 (10,6%); en contraste, el censo de población y vivienda del DANE (2018) reveló que el 39,3% de los bogotanos están ubicados en NSE 2, y sumados el NSE 3 y 4 representan el 46% del total de la población de Bogotá, lo cual es la segunda mayor representación de mercado de la ciudad y la primera de acuerdo con la intención de la investigación.

Vinculando las variables edad y nivel socioeconómico, se evidencia que el grupo de personas entre 28 a 37 años tiene la mejor condición económica, pues el 77,9% de ellos se sitúa entre los estratos 5 y 6.

A continuación, en la tabla 5, se relacionan las variables edad y nivel de escolaridad, esto con la intención de conocer el grado de formación de los segmentos encuestados, insumo que debe tenerse en cuenta en la elaboración de estrategias personalizadas (o customizadas) para los pacientes.

**Tabla 5** Edad vr. escolaridad da la población objeto de estudio

Rango de edad	Nivel Escolar						
	Encuestados	Ninguno	Primaria	Secundaria	Técnico	Pregrado	Posgrado
<b>Totales</b>	<b>272 (100%)</b>	<b>12 (4,4%)</b>	<b>9(3,3%)</b>	<b>31(11,4%)</b>	<b>28(10,3%)</b>	<b>100(36,8)</b>	<b>92(33,8%)</b>
De 18 a 27 años	17,3%			16,1%	10,7%	29,0%	10,9%
De 28 a 37 años	31,3%			6,5%	14,3%	31,0%	52,2%
De 38 a 47 años	22,8%	16,7%	11,1%	16,1%	28,6%	24,0%	23,9%
De 48 a 57 años	15,4%	16,7%	44,4%	32,3%	25,0%	10,0%	9,8%
Más de 58 años	13,2%	66,7%	44,4%	29,0%	21,4%	6,0%	3,3%

Nota. Elaboración propia basada en 272 respuestas.

Según este análisis, el 4,4% de las personas encuestadas no han alcanzado nivel de escolaridad alguno durante su vida, sin embargo, este porcentaje no es representativo cuando se compara con aquellos que tuvieron educación primaria o secundaria (14,7%), y en mayor grado con quienes tienen educación técnica o profesional (80,9%). En el capítulo de educación del censo de Bogotá (2018), sólo el 1,4% registra sin ningún nivel de formación, y el 35,1% del total de población tiene formación técnica o profesional universitaria. El DANE no discrimina la información por grupos etarios, ni posición socioeconómica.

Diferenciado por edad y en concordancia con la proporción de encuestados en cada grupo, se encuentra en general que las personas entre 18 a 47 años han alcanzado altos niveles de

escolaridad, escenario que no representa a los mayores de 48 años, quienes aparentemente han tenido menores logros en cuanto a educación formal. Se destaca que del 100% de los encuestados que han realizado estudios de posgrado el 52,2% son personas entre 28 y 37 años. En términos generales la población encuestada pertenece a un nivel socioeconómico privilegiado, y de forma independiente a si pertenecen al nivel medio (NSE 3), medio-alto (NSE 4), o alto (NSE 5 y 6) se revela que tienen acceso a educación e información.

En la tabla 6, se cruzan las variables nivel socioeconómico y escolaridad, revelando que los altos niveles educativos no obedecen exclusivamente a los estratos 5 y 6, si bien los datos señalan que hay una pequeña porción de los encuestados que no tuvieron la posibilidad de acceder a educación formal o el máximo nivel de escolaridad alcanzado fue algún grado correspondiente a básica primaria o secundaria, gran parte de ellos, pertenecen a niveles económicos 3 y 4, siendo personas de clase media que a través de su trabajo han conseguido garantizar cierto nivel de bienestar y cobertura de necesidades básicas.

**Tabla 6** Nivel socioeconómico vr. escolaridad da la población objeto de estudio

NSE	Nivel Escolar					
	Ninguno	Primaria	Secundaria	Técnico	Pregrado	Posgrado
3	6	6	14	12	25	19
4	5	3	13	11	38	38
5	1		3	4	21	24
6			1	1	16	11
Total 272	<b>12</b>	<b>9</b>	<b>31</b>	<b>28</b>	<b>100</b>	<b>92</b>
%	4,4%	3,3%	11,4%	10,3%	36,8%	33,8%

Nota. Elaboración propia basada en 272 encuestas

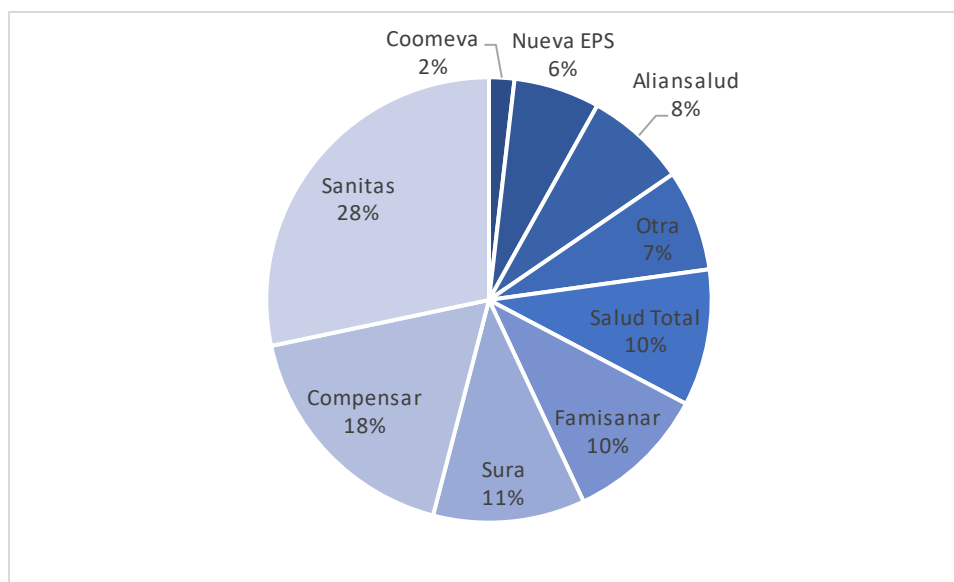


### 5.2.2 Variables en salud

A continuación, se hace el análisis de las variables en salud, entre ellas: EPS de afiliación y medicina prepagada, porcentaje de población que declara tener alguna enfermedad al momento de realizada la encuesta, tipos de enfermedades, barreras de acceso a medicamentos y atributos para tener en cuenta en la elección de compra de medicamentos.

La figura 6, muestra las EPS a las que se encuentran afiliados los encuestados; las principales son: Sanitas (28%), Compensar (18%), Sura (11%), Famisanar (10%), Salud Total (10%).

**Figura 6** Afiliación por Entidad Promotora de Salud.



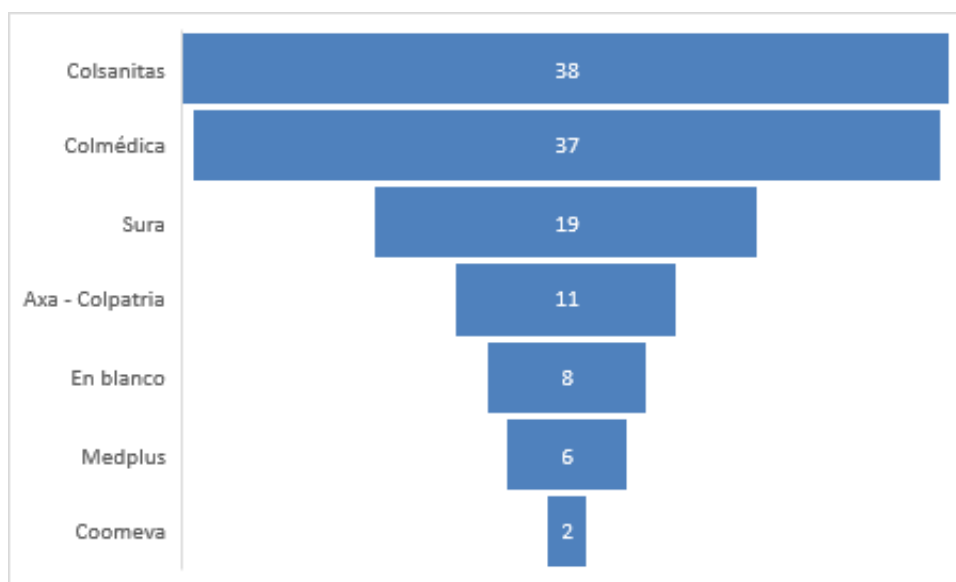
Nota. Elaboración propia basada en 272 encuestas

Haciendo una comparación con el reporte de MINSALUD (2021) de la participación de EPS en Bogotá por número de afiliados, el top 5 lo conforman las siguientes: Compensar (20,57%), Sanitas (18,80%), Famisanar (17,84%), Capital Salud (11,89%), Salud Total (10,39%). Los datos de la encuesta coinciden en 4 de ellas.

De las 272 personas consultadas, el 44% confirmaron que pertenecen a medicina prepagada que complementa su acceso a la salud, la medicina prepagada es un tipo de oferta que realizan las EPS o grupos de salud el cual consiste en un plan que voluntariamente se contrata por parte del usuario para mejorar la atención en los servicios sanitarios, incluyendo oportunidad de citas médicas, atención con una red más amplia de especialistas y algunos exámenes diagnósticos; en su mayoría, los planes de medicina prepagada no hacen entrega de medicamentos, este procedimiento se debe homologar con la EPS, en algunos casos la entidad prestadora del servicio prepago apoya al paciente con la homologación directa ante el prestador primario de salud.

Entre los encuestados las 121 personas que se encuentran afiliadas a medicina prepagada pertenecen a las siguientes entidades:

**Figura 7** Afiliación a entidades de medicina prepagada



Nota. Elaboración propia basada en 121 encuestas.

El 62% de la participación de mercado está concentrado entre Colsanitas y Colmédica, el 24,8% entre Sura y Axa-Colpatria, 6,6% entre Medplus y Coomeva, para completar el 100% se

encuentra que el 6,6% adicional fueron pacientes que no eligieron ninguna de las opciones en la encuesta.

Entender cómo funciona la motivación para que las personas decidan afiliarse a un plan de medicina prepaga es importante, ya que es esta población la que mensualmente destina una porción adicional de sus ingresos para proteger su salud y posiblemente puede tener mayor disposición a pagar por servicios adicionales y medicamentos de marca, aunque debe aclararse, que en muchos casos estos planes son subsidiados en algún porcentaje por las compañías donde laboran los afiliados.

Conviene, en esta instancia establecer una relación directa entre las personas que afirmaron tener planes adicionales en salud y el nivel socioeconómico al cual pertenecen, en la tabla 4, se observó que el NSE 3 representó el 30,1% (82 personas) entre el total de encuestados, y de ese total, según la información que arroja la tabla 7, sólo el 20,7% (17 personas) tienen planes de medicina prepagada. Este contexto es distinto para el caso de los individuos del NSE 4, 5 y 6, en el caso del NSE 4 y por proporción de consultados el nivel de afiliación a medicina complementaria es de 42,5%, mientras que para el NSE 5 es de 64,1% y finalmente para el NSE 6 sería 82%.

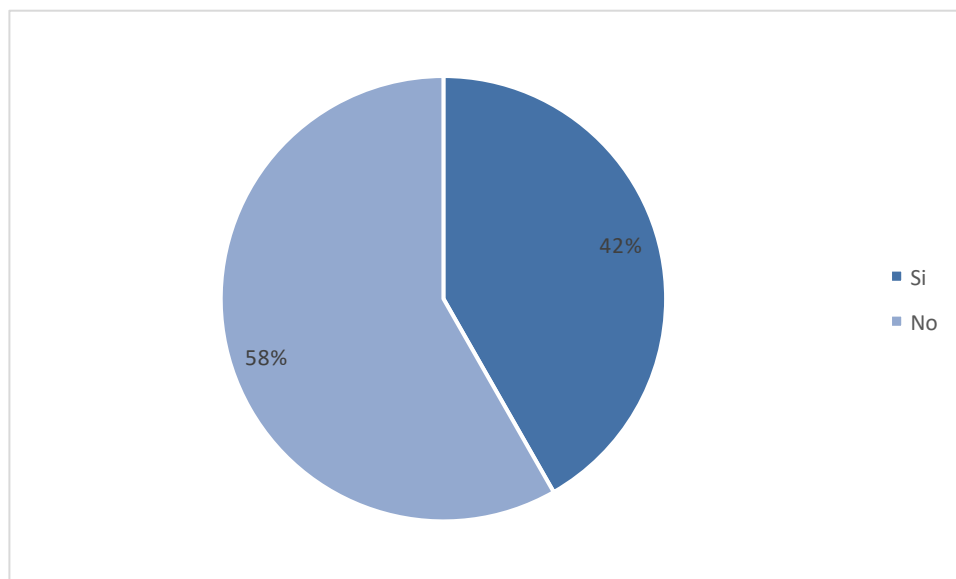
Producto de la anterior correlación podemos afirmar que existe un vínculo directo entre el NSE y la tasa de afiliación a medicina prepagada, cuando existe un mayor estrato socioeconómico, se presenta una más alta probabilidad de afiliación a planes complementarios de salud.

**Tabla 7** Afiliaciones a medicina prepagada por nivel socioeconómico

NSE	Compañía de Medicina Prepagada							Total
	Axa-Colpatría	Colmédica	Colsanitas	Cooemeva	Medplus	Sura	No responde	
3	1	8	3		1	1	3	17
4	5	12	14	1	3	8	3	46
5	1	10	16	1	2	2	2	34
6	4	7	5			8		24

Nota. Elaboración propia basada en 121 encuestas

A continuación, se analiza el número de personas que para la fecha en que se realizó la encuesta (febrero de 2021) confirmaron estar en tratamiento para alguna enfermedad, y los tratamientos de respuesta para las patologías que presentaban.

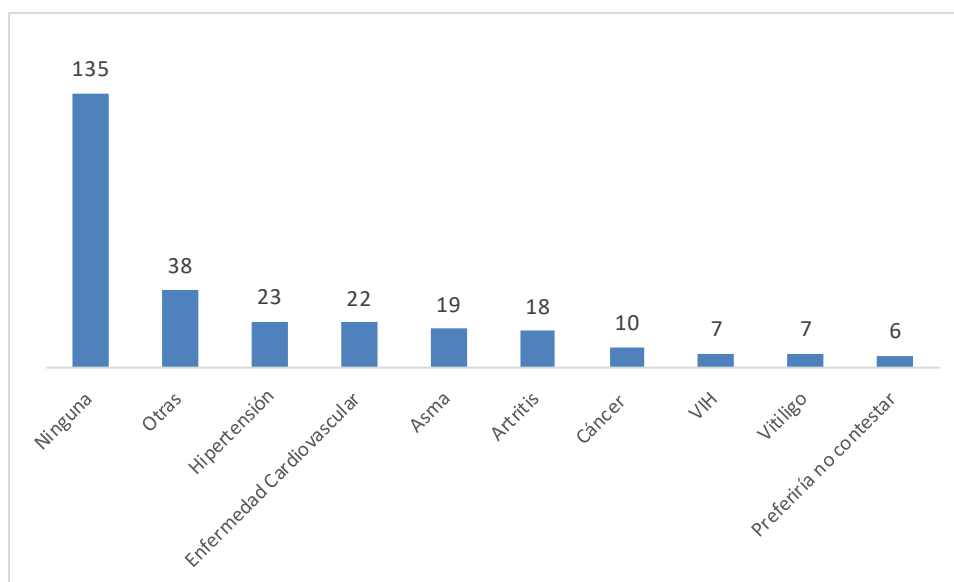
**Figura 8** Porcentaje de encuestados actualmente en tratamiento por alguna enfermedad

Nota. Elaboración propia basada en 272 encuestas.

Al analizar la figura 8 se observa que, del 100% de los individuos encuestados el 42% (124) confirmaron estar actualmente en tratamiento médico por alguna condición de salud, desagregando las respuestas expuestas a la pregunta y de acuerdo a la figura 9, las enfermedades de mayor prevalencia son hipertensión (23), enfermedad cardiovascular (22), asma (19), artritis

(18) y cáncer (10), también es representativa la cifra de pacientes que aseguran tener otras enfermedades no mencionadas en la encuesta (38), finalmente el 49% (135) de los individuos reportaron estar sanos.

**Figura 9** Enfermedades que padecen o han padecido en algún momento de la vida



Nota. Elaboración propia basada en 272 encuestas, opción de múltiples respuestas.

Se encuentran pacientes que presentan múltiples enfermedades y comorbilidades, razón por la cual la pregunta acerca de enfermedades actuales o padecidas previamente permitía elegir todas las opciones necesarias, dicho resultado se correlaciona a continuación con los grupos de edad en la tabla 8.

**Tabla 8** Relación entre patologías y grupo etario

Patologías seleccionadas	Grupo Etario					Total general
	De 18 años a 27 años	De 28 años a 37 años	De 38 años a 47 años	De 48 años a 57 años	Más de 58 años	
Otras	4	4	3	4	5	20
Enfermedad cardiovascular		1	3	5	6	15
Artritis			2	6	5	13
Asma	1	8	1	1		11
Cáncer		1		3	4	8

VIH	2	3	2			7
Vitíligo		1	4	1	1	7
Hipertensión; Diabetes		1	3	2	1	7
Hipertensión			1	3	3	7
No responde		4	1	1		6
Preferiría no contestar		2	4			6
Diabetes		1	2	1	1	5
Artritis; Otras				2	2	4
Enfermedad cardiovascular; Otras			2		2	4
Asma; Otras	1		1	1		3
Hipertensión; Diabetes; Asma			1	1		2
Hipertensión; Otras			1	1		2
Asma; Enfermedad cardiovascular				1		1
Otras; Diabetes					1	1
Hipertensión						1
Hipertensión; Asma			1			1
Hipertensión; Enfermedad cardiovascular		1				1
Diabetes; Otras		1				1
Cáncer; Hipertensión					1	1
Enfermedad cardiovascular; Artritis				1		1
Cáncer; Otras					1	1
Otras; Asma			1			1
Diabetes; Hipertensión; Otras					1	1
<b>Total general</b>	<b>8</b>	<b>28</b>	<b>33</b>	<b>34</b>	<b>34</b>	<b>137</b>

Nota. Elaboración propia basada en 137 encuestas. Otras, hace referencia a las patologías no relacionadas en la encuesta.

De acuerdo con estos registros, se observa que aquellos individuos entre 18 y 27 años son la población con la menor carga de enfermedad, sólo 8 casos de 47 encuestados (17,0%) manifestaron presentar alguna patología, mientras que la mayor carga se encuentra en la población mayor de 58 años donde 34 casos de 36 respuestas (91,8%) expusieron tener alguna condición clínica, seguido de las personas de 38 a 47 años donde 34 casos de 42 que contestaron (80,9%) arrojaron resultados de enfermedad, con esta información puede concluirse que entre

más entra en edad una persona es más alta la probabilidad de que presente alguna enfermedad que requiera atención médica.

En la siguiente tabla y en la figura 10, se analiza la entrega oportuna de medicamentos bajo prescripción por parte de las EPS, dejando ver también cuáles son las barreras más frecuentes para la entrega efectiva.

**Tabla 9** Entrega oportuna de medicamentos por parte de las Entidades Prestadoras de Salud - EPS

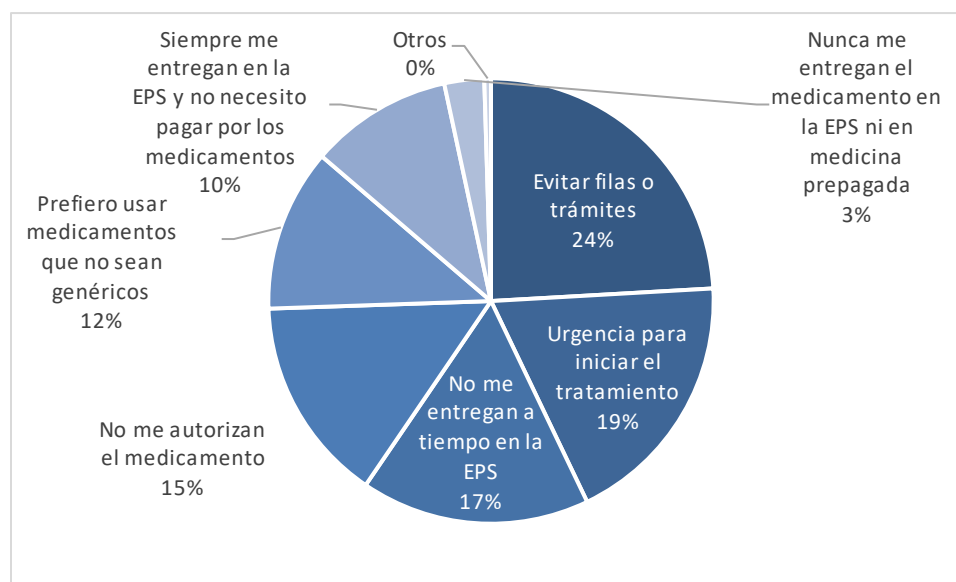
Entrega inmediata después de la prescripción	Total	Porcentaje
No	114	41,9%
Si	112	41,2%
Los obtengo por medicina prepagada	24	8,8%
No me entrega ni la EPS, ni la medicina prepagada	22	8,1%
<b>Total</b>	<b>272</b>	<b>100,0%</b>

Nota. Elaboración propia basada en 272 encuestas.

Nótese que la percepción de los usuarios de las EPS está dividida en partes iguales, el 50% responde que sus medicamentos de prescripción no los entrega ni su prestador de salud ni su entidad de medicina prepagada, mientras que los otros 50% refieren lo contrario, razón por la cual no hay una tendencia concluyente en este aspecto.

Independiente de la respuesta anterior, se consultó las principales barreras por las cuáles los usuarios deciden o han decidido en algún momento adquirir sus medicamentos bajo la modalidad gasto de bolsillo.

**Figura 10** Principales barreras que motivan la compra de medicamentos



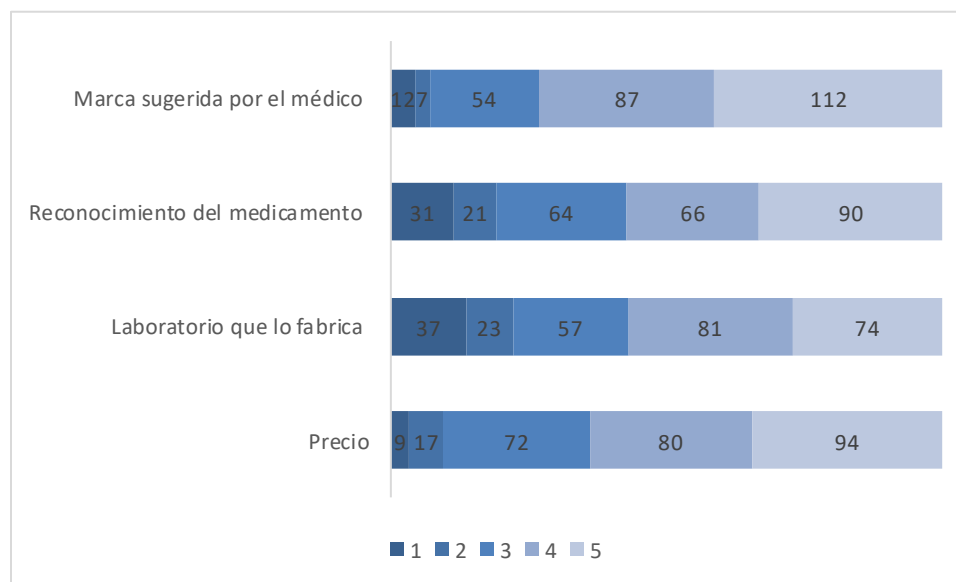
Nota. Elaboración propia basada en 272 encuestas

El porcentaje de pacientes que realizan la compra de medicamentos por la no autorización de estos por parte de los prestadores de salud (15%) es significativo, sumado a las demoras en el proceso de entrega (17%) y la urgencia de los pacientes para iniciar el tratamiento (19%), estos tres motivos suman en total 51%, siendo la evidencia de un problema de acceso en el cual el paciente debe intervenir haciendo la compra de las terapias farmacológicas para preservar y mejorar la salud.

Comprendiendo los motivos anteriores, en la siguiente figura se relacionan los 4 atributos calificados por los encuestados en orden de importancia al instante de tomar la decisión de compra de los medicamentos, donde 1 es nada importante y 5 es muy importante.



**Figura 11** Atributos al momento de elegir un medicamento



Nota. Elaboración propia basada en 272 encuestas para cada atributo. Calificación de 1 a 5, donde 1 es poco importante y 5 muy importante.

Como se evidencia en la figura 11, para las personas continúa siendo de alto valor la recomendación farmacológica del médico tratante, siendo el atributo con mayor porcentaje de relevancia 41%, seguido de precio con 34%, reconocimiento del medicamento con 33% y en última instancia el laboratorio que lo fabrica 27%; el atributo con menor importancia para los encuestados es el laboratorio que lo fabrica.

Al introducir en el análisis los medicamentos de marca y genéricos, se analizó la respuesta a la consulta acerca de si los encuestados conocían la diferencia entre ambos tipos de medicamentos y su tecnología subyacente, en la siguiente tabla se correlaciona las respuestas con la edad y el nivel socioeconómico.

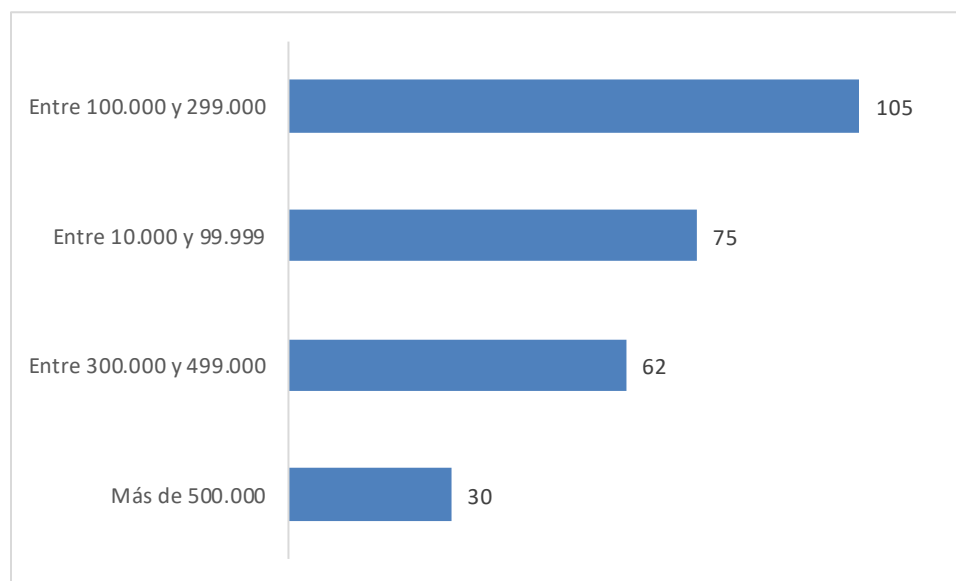
**Tabla 10** Relación del conocimiento de la diferencia entre medicamentos de marca y genéricos con las variables edad y NSE

Grupo Etario	Nivel Socioeconómico									
	Total No				Total Si					
	3	4	5	6		3	4	5	6	
De 18 a 27 años	3	2	3	1	9	9	16	6	7	38
De 28 a 37 años	2	4	8	1	15	21	20	19	9	69
De 38 a 47 años	9		5		14	11	24	6	7	48
De 48 a 57 años	3		10		13	11	9	6	3	29
Más de 58 años	12	1	5		18	1	7	9	1	18
<b>Total</b>	<b>29</b>	<b>7</b>	<b>31</b>	<b>2</b>	<b>69</b>	<b>53</b>	<b>46</b>	<b>76</b>	<b>27</b>	<b>202</b>

Nota. Elaboración propia basada en 271 encuestas

El 74,5% (202) de las personas dicen conocer la diferencia entre los medicamentos de marca y los genéricos, no hay una tendencia específica entre los que niegan encontrar dicha diferencia. Como se ha constatado, la población encuestada la conforman personas con altos niveles de formación académica, razón por la cual no es coincidencia el resultado hallado. Las principales ventajas destacadas sobre los medicamentos de marca son calidad (109), seguridad (51) y beneficio (32).

Finalmente, para cerrar el subcapítulo de variables en salud se consultó el gasto de bolsillo promedio ejecutado por los encuestados en los últimos 6 meses (al momento de realizar la encuesta), información que puede verse en la figura 12.

**Figura 12** Gasto de bolsillo en los últimos 6 meses

Nota. Elaboración propia basada en 272 encuestas

105 personas, lo cual corresponde al 38,6% del universo encuestado gastaron entre 100.000 COP y 299.000 COP en medicinas durante el periodo consultado (últimos 6 meses), el 22,7% entre 300.000 COP y 499.000 COP, y sólo el 11% de los encuestados gastaron más de 500.000 COP en modalidad gasto de bolsillo.

**Tabla 11** Gasto de bolsillo superior a COP 300.000

NSE	Gasto de Bolsillo en medicina (últimos 6 meses)		Total
	Entre 300.000 y 499.000	Más de 500.000	
3	12	3	15
4	26	10	36
5	16	4	20
6	8	8	16

Nota. Elaboración propia basada en 87 encuestas.

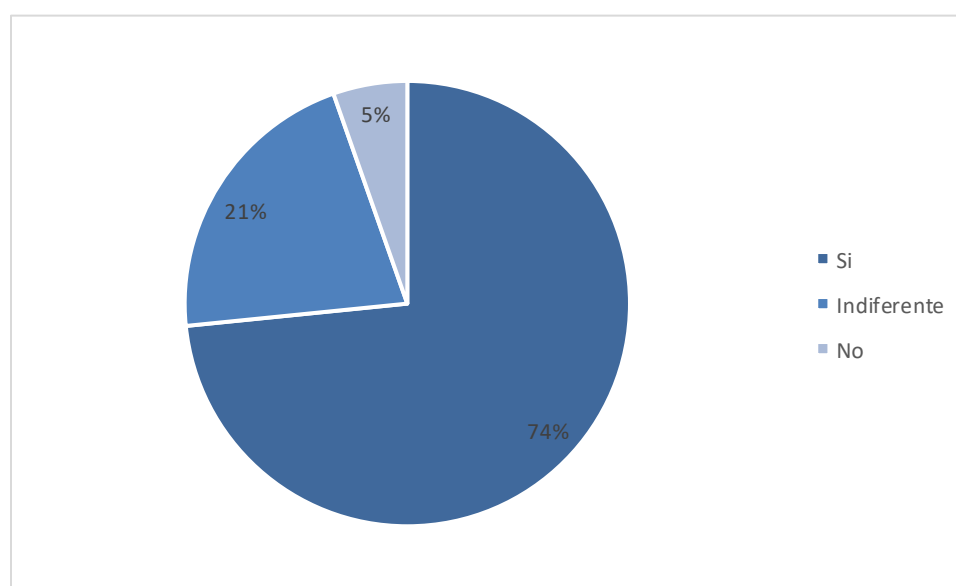
Abriendo el abanico de respuestas de los pacientes que gastaron más de 300.000 COP en medicinas durante los últimos meses, se encuentra que el NSE 4 es el grupo poblacional que aparentemente presentó mayor gasto, aunque al hacer los cálculos correspondientes a la proporción de encuestados es el NSE 6 el que mayor gasto representa dado que en este grupo

fueron consultadas un total de 29 personas y de estas el 55,1% hicieron transacciones para la compra de medicamentos en los valores mencionados, llegado a este punto, se deduce que por capacidad económica las personas con más altos ingresos tienden a realizar más gastos en salud cuando se encuentran con algún tipo de barrera al acceso en sus tratamientos farmacológicos por parte del sistema de afiliación a seguridad social.

### 5.2.3 Variables en educación al paciente

El enfoque del tercer y último capítulo de la encuesta son los programas orientados a pacientes (PSP), examinando cómo estos son percibidos por los individuos y si tienen incidencia en la decisión de compra de medicamentos innovadores, un ejercicio interesante se encuentra en confirmar con el siguiente resultado, que esta estrategia en definitivo puede cambiar la decisión de un paciente al momento de escoger entre dos terapias que clínicamente le ofrezcan el mismo beneficio y donde uno de los medicamentos sea innovador (de marca).

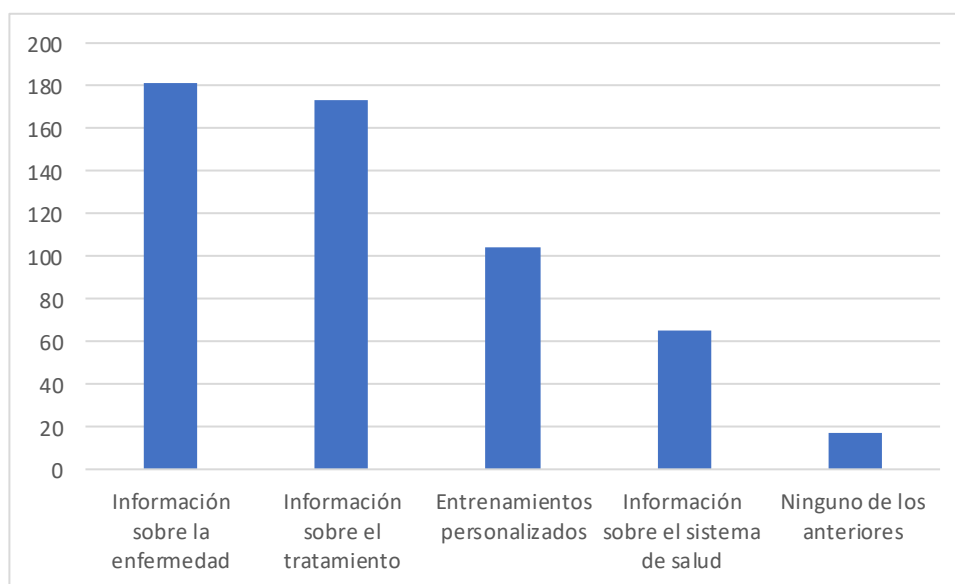
**Figura 13** *Influencia de los Programas de Educación al Paciente en la decisión de compra de medicamentos innovadores*



*Nota. Elaboración propia basada en 272 encuestas*

Un contundente 74% de la población responde positivamente, reflejando una necesidad insatisfecha por parte de los pacientes cuando reciben un diagnóstico; este es un momento de muchas dudas para el paciente, las cuales no siempre son resueltas por el médico tratante el cual en ocasiones se limita a emitir un diagnóstico omitiendo las inquietudes que el paciente puede tener al desconocer aspectos básicos de su condición. Se encontró que para un 21% de los encuestados resulta indiferente la oferta de un programa PSP como valor agregado al medicamento innovador y se encuentra un comportamiento en el que depende de la orientación del regente de farmacia cambiar dicha decisión el instante de la transacción.

**Figura 14** Áreas de interés a cubrir a través de los programas de educación al paciente



Nota. Elaboración propia basada en 272 encuestas, opción de múltiples respuestas

No es una coincidencia que los autores en los cuales se soporta esta tesis, como: Stenberg, Hardon y Luengas hagan un constante llamado a trabajar por el empoderamiento de los pacientes, por medio del cual se conocen los diferentes aspectos e implicaciones de una enfermedad: concepto, signos y síntomas, señales de alerta, autocuidado etc.

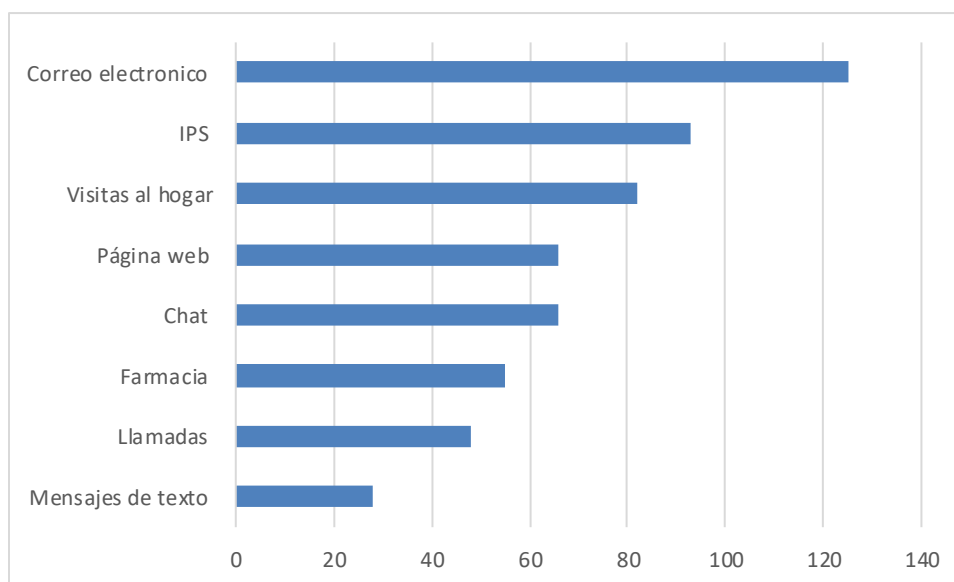
En la figura 14, se observa que 181 personas ven relevancia en un programa de pacientes que ofrezca información relacionada con sus patologías, seguido de datos acerca del tratamiento, siendo algo razonable ya que estas inquietudes hacen parte del proceso que atraviesan las personas para enfrentar su enfermedad, entender el tratamiento tiene una directa incidencia sobre la adherencia y los resultados clínicos esperados.

Es apremiante una estrategia que defina los canales a través de los cuales se va a ejecutar el relacionamiento con los clientes, en este escenario los pacientes o cuidadores; y es algo, que no puede imponerse meramente bajo un ejercicio de percepción, se requiere conocimiento por parte del usuario, de tal manera que su experiencia y disposición a recibir información sean óptimas.

Hoy nos enfrentamos a un escenario donde lo digital y la presencialidad, deben formar un híbrido, y que por supuesto, esta multicanalidad haga parte del portafolio de posibilidades para el paciente; factores como la edad, el nivel socioeconómico o el nivel educativo harán que se escoja una de las dos modalidades de atención e independientemente de la que se prefiera, el servicio debe cumplir con las expectativas, en aras de sostener el relacionamiento a largo plazo.

En la figura 15, se revelan los medios que prefieren los pacientes encuestados para recibir comunicación de los programas educativos:

**Figura 15** Canales preferidos para la comunicación con los programas educativos

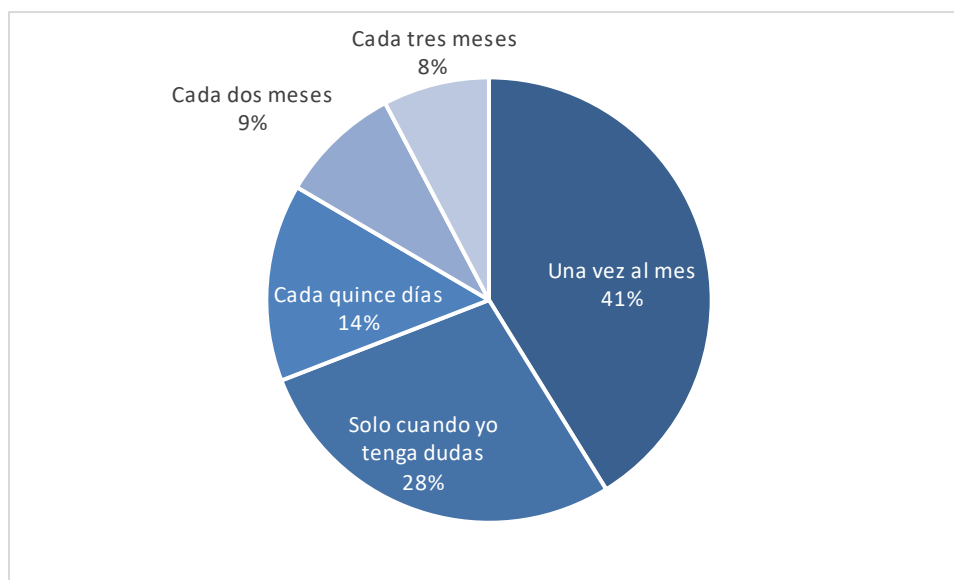


Nota. Elaboración propia basada en 272 encuestas, opción de múltiples respuestas

El correo electrónico, se posiciona como la herramienta preferida por los usuarios para ser contactados, seguido por un punto informativo directamente en la IPS (clínica u hospital) y en tercer lugar las visitas directas en el hogar, los métodos menos preferidos son las llamadas y mensajes de texto.

Finalmente, los usuarios consideran que un contacto al mes es suficiente para entregar información (41%) por parte de los programas de salud, así como también es importante mantener los canales habilitados para cuando se presenten dudas (28%), es decir el paciente promedio espera que no se le atosigue con un exceso de información pero que exista respuesta ante sus dudas e inquietudes en el momento que estas aparecen.

**Figura 16** Frecuencia deseada de contacto



Nota. Elaboración propia basada en 272 encuestas, opción de múltiples respuestas

Estos hallazgos no deben ser pasados por alto por parte de las entidades prestadoras de servicios de salud, pues la saturación del cliente y la violación a su deseo de mantener la privacidad pueden generar resistencia a la labor que genuinamente se plantean los programas orientados a pacientes, es de recordar, que un paciente durante su diagnóstico y enfermedad necesita aprender del proceso, pero también espacio para asimilar la información y estar con quienes más necesita, las redes de apoyo pueden ser sugeridas como un factor clave en el procesos de asimilación de la enfermedad y sus implicaciones.

Como cada caso es particular, es importante considerar las respuestas del análisis aquí expuesto a la hora de customizar el relacionamiento de las farmacéuticas con los pacientes en relación con las áreas de interés de los mismos, teniendo en cuenta los canales disponibles para el contacto y una frecuencia adecuada en la gestión de herramientas CRM.



### 5.3 Extractos de entrevistas a participantes de la investigación

Fueron entrevistadas seis personas con diferentes roles en la cadena de atención en salud, para conocer desde su ámbito y/o experiencia profesional y personal, la percepción en relación con la importancia de los programas educativos que son fomentados por la industria farmacéutica y cuyo consumidor final son los pacientes.

#### 5.3.1 Entrevista 1- Médico en EPS

- **Dr. Alex Ruiz Basto**

**Pregunta:** ¿Cuál es su opinión en relación con los Programas para Pacientes?

**Respuesta:** Pienso que, a través de la investigación, la industria farmacéutica logra poner en marcha prácticas que educan al paciente para evitar la menor cantidad posible de eventos adversos; estos programas deben incluir al médico y a los familiares de los pacientes; es un derecho de los pacientes conocer ampliamente tanto el tratamiento, beneficios y potenciales riesgos.

**Pregunta:** ¿Deben participar los pacientes en el proceso de prescripción del tratamiento?

**Respuesta:** Indudablemente es un derecho, debe ser así, desde la base de la medicina velando por el principio de la no maleficencia, el paciente es quien debe decidir el tratamiento a llevar, pueden existir una o varias opciones, y para ello el médico hace sus recomendaciones, manifestando los riesgos para que el paciente pueda escoger la opción que desea, sin embargo nuestras recomendaciones no se hacen mencionando marcas, sino principios activos o nombre genérico que identifica el medicamento; es de recordar que el tratamiento debe ser personalizado, no se puede generalizar.

### 5.3.2 Entrevista 2- Médico en IPS

- **Dra. Tatiana Barrera**

**Pregunta:** ¿Cuál es su opinión en relación con los Programas para Pacientes?

**Respuesta:** Esos programas son muy poco conocidos, creo que es un gran punto de mejora, que independiente de la EPS o la medicina prepagada a la cual se encuentren afiliados, sea la industria farmacéutica que se encargue de visibilizar y fomentar el beneficio de los programas educativos; incluso se me ocurre que pueden llegar a acuerdos con los programas de crónicos que manejan las EPS/IPS, así trabajar de la mano.

**Pregunta:** ¿Deben participar los pacientes en el proceso de prescripción del tratamiento?

**Respuesta:** Es difícil, es de recordar que cada medicamento es para un perfil de paciente diferente, y eso es algo que uno como médico si conoce, es más, esto puede ser mal interpretado por el paciente y pensar que uno no sabe una cosa es que el paciente llegue con algún tipo de información y se le brinde asesoría.

### 5.3.3 Entrevista 3 - Paciente con enfermedad crónica

- **Emilio Jaramillo**

**Pregunta:** ¿Qué ha sido lo más difícil desde el momento del diagnóstico?

**Respuesta:** Tener miedo, tener muchas preguntas y no tener a quién preguntarlas, en realidad cuando el médico me dio la noticia estaba en blanco, no pensé mucho, pero después empecé a buscar información sobre la enfermedad y el tratamiento que me mandaron, y era difícil de procesar, tenía muchas dudas, que nadie me podía resolver.

**Pregunta:** ¿Pertenece a algún programa de pacientes?

**Respuesta:** Si

**Pregunta:** ¿Qué beneficios tiene pertenecer a un programa de pacientes?

**Respuesta:** Yo pertenezco al programa de la EPS y también del laboratorio que me entrega el medicamento, ambos son muy buenos, están pendientes si me entregan el medicamento, si soy adherente y ahora por el Covid me llaman para preguntar si estoy bien.

**Pregunta:** ¿Le ha tocado alguna vez comprar su medicamento? En caso de que la respuesta sea afirmativa, ¿Cuál fue la razón?

**Respuesta:** Si algunas veces, yo no entiendo porque si estoy afiliado a la EPS y quiero reclamar el medicamento en otra ciudad me ponen problema, entonces, por la urgencia me ha tocado comprarlo, pero eso me descuadra muchísimo, y si no tengo la plata me toca esperar; esas EPS le ponen a uno mucho problema y eso que estoy en una que es buena.

#### **5.3.4 Entrevista 4 – Cuidador**

- **Amanda Serrano**

**Pregunta:** ¿Cuál es la mayor responsabilidad al cuidar un paciente?

**Respuesta:** ¡Uy es muy difícil!, para uno recibir el diagnóstico de un familiar es igual de duro que para ellos, pero además uno tiene que sacar fortaleza para poder acompañar a su ser querido y mostrarle que todo estará bien; aprender lo que recomiendan los médicos de la clínica, las enfermeras y los de las farmacias.

**Pregunta:** ¿Cuál ha sido su experiencia con los trámites administrativos de la EPS para solicitar los medicamentos de su familiar?

**Respuesta:** Es una pesadilla cada mes, tengo que hacer filas largas en la EPS, luego me toca ir a otro lugar por el medicamento, hay que esperar la aprobación, otras veces toca volver a pedir cita con el médico por que la orden ya tiene tres meses, y no hay nadie que esté pendiente de uno, si uno no va y está pendiente de las fechas, nadie llama.

**Pregunta:** ¿Cuál es tu percepción sobre los programas de pacientes?

**Respuesta:** Ellos son muy amables, el medicamento de mi esposo requiere una aplicación semanal y le han enseñado a él y a mi todo sobre el dispositivo, y si tengo alguna duda puedo llamar o escribirles; pero no me ayudan con los temas que le comenté de tramites.

### ***5.3.5. Entrevista 5 - Paciente y Ejecutiva de cuenta en farmacia online***

- **Luisa Villaneda**

**Pregunta:** ¿Qué ha sido lo más difícil desde el momento del diagnóstico?

**Respuesta:** No conocer cómo funciona el sistema de salud, no tenía claro que hacer, los médicos no tienen tiempo para explicarme todo en 20 minutos, sólo registrando historia clínica se acaba el tiempo.

**Pregunta:** ¿Qué beneficios tiene pertenecer a un programa de pacientes?

**Respuesta:** Su intención es buena, pero son estándar, me dan la misma información que encuentro en Google, tienen un discurso aprendido, yo necesito que me adviertan todo sobre mi tratamiento y el sistema de salud, un flujo que es muy lento; les agradezco, pero no me generan un valor agregado.

**Pregunta:** ¿Cómo funcionan los modelos de farmacias online?

**Respuesta:** Por el decreto 677, los medicamentos de prescripción no pueden poner imágenes, ya que se considera promoción, si el paciente tiene su fórmula simplemente busca el medicamento, lo agrega a la canasta y se lo hacemos llegar a la casa.

**Pregunta:** ¿Cómo innovar y permitir que el paciente participe en el proceso de prescripción?

**Respuesta:** Justamente estamos desarrollando nuevas líneas de negocio (Care24), donde a través de telemedicina o consulta domiciliaria el paciente consulta desde médico general, hasta médicos especialistas, estos le hablan de las diferentes opciones de tratamiento según aplique, se hace monitoreo a pacientes con enfermedades crónicas mejorando calidad de vida y somos más eficientes en la dispensación.

### ***5.3.6 Entrevista 6 - Enfermera de Programa Orientado a Pacientes***

- **Jurani Carreño**

**Pregunta:** ¿Por qué son importantes los programas orientados a pacientes en la industria farmacéutica?

**Respuesta:** La industria farmacéutica es un actor fundamental del Sistema General de Salud. Cada vez es más visible su participación en el objetivo común de propender por la salud para la población. Todo el esfuerzo que hace la industria en materia de investigación y de avances para poder mejorar la calidad de vida de los pacientes hace necesaria una participación más amplia y es ahí que surgen los programas de pacientes como complemento a este aporte a la salud. Los programas de pacientes actúan en un vacío que queda en el sistema referente a la educación del paciente, cada actor tiene una parte de responsabilidad, pero la educación al paciente siempre ha tenido una zona gris donde ninguno de los actores es directamente responsable, por tanto, ha quedado descuidada. Los programas de pacientes facilitan la educación del paciente en aspectos

propios de la patología y fortalecen su conocimiento del sistema de salud de Colombia, en consecuencia, aportan a la adherencia y éxito de un tratamiento.

**Pregunta:** ¿Qué deben mejorar los programas orientados a pacientes?

**Respuesta:** Lo que deben mejorar los programas es el conocimiento previo de la situación del paciente dado que de una región a otra o de un régimen al otro las necesidades cambian y ameritan conocerlo previamente para solventar lo que requiere un paciente. Considero que se debe hacer un esfuerzo para conocer anticipadamente la necesidad de los pacientes y esto facilita dar una orientación mucho más efectiva en la ruta que deben manejar. La estructura que generalmente manejan los programas es una sola y esto se debe repensar y procurar tener varias opciones que apunten a esas variantes.

**Pregunta:** ¿Deberían los programas orientados a pacientes hacer alianzas con las farmacias y/o puntos de dispensación?

**Respuesta:** Si, hacer alianzas de descuentos por adquirir más de una unidad o de descuentos progresivos es decir que el primer mes le cuesta X valor al siguiente tiene un descuento de X% y así sucesivamente, o que por compras de 2 unidades seguidas la tercera tiene un porcentaje significativo de descuento o acumula puntos para que una unidad le resulte en valor cero. Si hay una alianza que represente al paciente un beneficio o una ganancia permite que él se adhiera más fácilmente a una terapia además se garantiza la adquisición por X cantidad de meses seguidos lo que según estudios forma la adherencia a un tratamiento.

## 5.4 Análisis de entrevistas

Estas entrevistas evidenciaron, que hay concordancia y similitud en el mensaje entregado por los diferentes grupos de interés en relación con los programas educativos orientados a pacientes, los cuales tienen como propósito resolver tres aspectos clave en la ruta de atención: conocimiento de la enfermedad, tratamiento y hábitos de vida saludable.

Un paciente que encuentra las herramientas educativas y dispone del acompañamiento de profesionales de la salud para resolver los interrogantes que despierta un diagnóstico y el curso de una enfermedad, es un paciente que estará empoderado y como consecuencia será adherente, y participará con criterio y objetividad en las decisiones que implique su tratamiento.

En el escenario ideal, debe haber interoperabilidad entre todos los actores: médico, enfermera, EPS, IPS, farmacia, laboratorios (...), de tal manera, que cualquiera de estos pueda atender las dudas que presenten el paciente, sus familiares y/o cuidador. Sin embargo, como expresan Luisa Villaneda y Jurani Carreño, actualmente, existe una brecha en el modelo de atención colombiano que no brinda la posibilidad al paciente de resolver inquietudes posteriores a la consulta médica, por lo menos no de forma oportuna. Este argumento responde muy bien a la oportunidad para formular estrategias que satisfagan la necesidad del enfermo para tener accesibilidad a información confiable y servicios clínicos, incluyendo la formulación y dispensación de medicamentos.

No existe una fórmula única al momento de diseñar un programa de pacientes; pero todos deben tener a manera de común denominador poner en el centro al usuario, buscar la mejoría de su salud y maximizar las experiencias positivas respecto a la atención; algunas de las ideas

nombradas por los entrevistados van desde generar alianzas directamente con las IPS (clínicas y hospitales), fortalecer la venta de medicamentos bajo la figura de E-commerce y telemedicina, hasta generar estrategias de descuentos en los puntos de dispensación.

Las anteriores, son propuestas posibles de ejecutar para la industria farmacéutica, como estrategias para sumar esfuerzos para mejorar la salud de la población y robustecer el acceso a los medicamentos. Fácilmente, se pueden establecer tácticas para que los pacientes que tengan la posibilidad de hacer gastos en salud con sus propios ingresos encuentren una alternativa adicional para iniciar sus terapias, cuando los pacientes que disponen del poder adquisitivo suficiente para acceder a sus tratamientos farmacológicos toman esta decisión ayudan a liberar recursos públicos del sistema que pueden mejorar la calidad de vida de personas que se encuentran en condiciones precarias.

Los programas de la industria pueden combinar tácticas de descuento y de educación, generando adherencia y ahorros directos e indirectos para el paciente mismo y el sistema de seguridad social, estos modelos de salud complementaria que integran a entidades privadas en alianza con empresas farmacéuticas, y que incluyen atención con especialistas, descuentos en la compra de la prescripción médica y educación a través de canales presenciales o virtuales, no son una novedad y han demostrado funcionar adecuadamente en Estados Unidos, e incluso en países latinoamericanos como Chile y Argentina.

Profesionales de la salud, pacientes, y actores de industria ven los PSP como un aporte para mejorar la experiencia de los pacientes, y brindar opciones adicionales a las que tiene el sistema de salud mismo permitiendo la participación del paciente en su proceso de atención y mejora según lo consienta la norma.



## 6. Conclusiones

El análisis de los resultados comprueba la hipótesis previamente planteada, la cual propone que los programas orientados a pacientes implementados por la industria farmacéutica son un factor diferenciador en la decisión y compra de medicamentos por parte de los usuarios, lo cual es una oportunidad para ofrecer valor agregado a los pacientes y cuidadores que adquieran medicamentos innovadores (de marca) *ver anexo 4*.

El estudio, demostró que los pacientes confían en el médico tratante a la hora de elegir un medicamento, sin embargo, el precio es también un factor de evaluación, y por ello los valores agregados enfocados en la educación y adherencia del paciente son una estrategia que incide de forma determinante en la decisión final de compra, ya que en el mercado se evidencia la diferencia en precio entre medicamentos de marca y genéricos (estos últimos son menos costosos).

Tener más información acerca de la enfermedad, el tratamiento y el sistema de salud, son los ejes principales que captan la atención de los pacientes, y es apenas normal, ya que en las consultas con los médicos el usuario suele no tener suficiente tiempo para resolver las dudas y preguntas que suscita el diagnóstico.

Por otra parte, se halló que los pacientes a fin de maximizar su experiencia buscan obtener información de forma multicanal, haciendo uso desde el espacio mismo de las clínicas, hospitales y farmacias, hasta medios digitales como páginas web, chats, e-mail, y canales tradicionales como centros de llamada.

Indistinto del medio que el paciente, familiar y/o cuidador elijan, la información ofrecida por los PSP debe ser personalizada y atender el momento de la enfermedad en que la persona se

encuentre. Es equivocado generalizar la información, ya que además el tipo de enfermedad y su estadio, también influye en la manera de abordar al paciente, factores demográficos como: edad, género, nivel socioeconómico y educativo.

Pasando a otra instancia, es claro que la industria farmacéutica debe cumplir a cabalidad el marco regulatorio vigente en Colombia en materia de publicidad de medicamentos, actualmente el decreto 677 de 1995, no permite que se haga promoción de tecnologías en salud que requieren prescripción, no obstante, debe quedar claro que, la intención de los programas es educativa y no promocional, son garantes en este proceso los mandatos de los códigos de ética de AFIDRO y ANDI.

Las farmacias resultan ser, entonces, un aliado clave para asegurar el éxito de los programas educativos; en primera instancia porque ayudan con el cumplimiento de la normatividad y por consiguiente cuando el paciente llega al punto de dispensación para la compra del medicamento ya debe tener una prescripción, asimismo, la farmacia puede ser considerada como el lugar decisivo para asesorar al usuario en el proceso de elección del medicamento, dado que por lo general estos son formulados por el médico haciendo uso de la denominación común internacional (DCI), es decir por el principio activo, tal y como establecido en el Decreto 2200 de 2005.

Otro de los valores agregados que se puede ofrecer en el punto de dispensación son los programas de fidelización y descuento, de esta manera, los pacientes pueden hacer frente a los medicamentos genéricos, y poder adquirir medicamentos de marca, las personas en su mayoría reconocen la diferencia entre estas dos opciones de terapia, y resaltan que los medicamentos innovadores son más seguros y eficaces, encontrando en ellos una mayor ventaja.

Es posible concluir este capítulo, reconociendo que Colombia, tal y como demuestran las cifras tiene un sistema de salud que, a diferencia de muchos otros países del mundo, le permite a la población estar asegurada y contar con servicios de salud en caso de ser requeridos. El problema radica en la sostenibilidad financiera, entendiéndose la llegada al mercado de nuevos medicamentos, el crecimiento de la población, cambios epidemiológicos, y eventos no esperados como la Covid-19.

En consecuencia, de estas condiciones las EPS han desbordado su nivel de gastos, y la unidad de pago por capitación (UPC) que reconoce el sistema de seguridad social por paciente es insuficiente, así como los presupuestos máximos asignados para el reconocimiento de los medicamentos que no hacen parte del plan de beneficios; y por esta razón pese a existir un alto nivel de aseguramiento en el país, los pacientes se ven expuestos a negaciones o demoras de sus tratamientos.

Y aunque el gasto de bolsillo, que frecuentemente se mencionó en este documento, no es la solución idónea para el problema de financiamiento del sistema de salud que deriva en la no entrega o demora para los tratamientos farmacológicos (lo cual es respuesta a la situación económica de un país en el que la mayor parte de su población cuenta con un nivel de ingresos medio-bajos) es importante asimilar que existe una porción de la población que está dispuesta a asumir los costos propios en la decisión de adquirir los medicamentos para tratar sus patologías.

La intención de compra de medicamentos como gasto de bolsillo se presenta principalmente entre las personas de estratos 4, 5 y 6 es de anotar que incluso parte de estos grupos socioeconómicos adquieren servicios adicionales de salud como medicina prepagada, lo

cual se puede considerar como la evidencia de que a mayor poder adquisitivo mayor posibilidad de inversión en salud, esto no significa que exista desinterés en el tema de salud por parte de los estratos inferiores, más bien revela que la desigualdad social genera como una de sus afectaciones principales las carencias en salud.

Incluso, de una forma arriesgada, es posible decir que un país que no atiende la salud de los estratos inferiores está generando una situación económica insostenible para el sistema de salud subsidiado, dado que un paciente que requiere sólo prevención resulta mucho más económico que un paciente que ha llegado a instancias mayores de una enfermedad por el descuido propio de la imposibilidad de acceder al sistema de salud o tratamiento de marca para su enfermedad cuando está empezando, esto pone otro tema sobre la mesa, la importancia de la del diagnóstico oportuno como un factor íntimamente relacionado con los tratamientos que puedan ser prescritos en los tiempos ideales.

Al llegar a este punto, adquiere sentido que según proyecciones de IQVIA (2020) del mercado farmacéutico en Colombia, las ventas en el canal retail (privado) tienen proyectado crecer en 2021 un 4%, como también sucederá en el canal institucional, comprobando que los gastos en salud del país continuarán creciendo como fue proyectado por la OCDE.

## **7. Recomendaciones**

Para los gremios de la industria farmacéutica es importante participar en el proceso de actualización del artículo 79 del decreto 677, ya que serán directamente afectados por las decisiones una vez sea implementada esta actualización, de tal manera que la regulación de publicidad de medicamentos se diferencie del entorno educativo y no dé lugar a una

interpretación equivocada, especialmente cuando se mencionen los programas a pacientes y la puesta en marcha de modelos E-commerce.

Esta actualización debería permitir entre otras cosas, que los materiales educativos de los programas muestren el nombre comercial del medicamento que el paciente ha elegido (una vez el paciente ya esté inscrito a los programas), de tal manera que el usuario lo pueda diferenciar frente a las demás opciones terapéuticas, siendo esta una forma de robustecer la farmacovigilancia del producto, es obligatorio que se haga el respectivo monitoreo de eventos de seguridad, velando por el bienestar del paciente.

Los PSP deben traducir una visión de compañía, y no debe quedar únicamente a criterio de los gerentes de producto, ya que desde una perspectiva individual pueden ver o no el valor sobre estos; tampoco pareciese equitativo que sólo se prioricen con estrategias educativas las moléculas de alto costo, ya que estos medicamentos generalmente son únicamente de entrega institucional, y en realidad pocas personas tendrían capacidad adquisitiva para comprarlos.

Es recomendado, para las compañías farmacéuticas crear un área enfocada a la experiencia del paciente (idealmente de forma regional) para organizar estrategias transversales, maximizar recursos y generar alianzas institucionales con asociaciones de pacientes, de tal manera que bajo una cultura colaborativa se enfoquen los esfuerzos hacia la necesidad del paciente.

Dentro de este marco ha de considerarse, la implementación de un sistema CRM robusto que permita la ejecución efectiva de los programas, en aras de identificar los perfiles de los pacientes, para diferenciarlos y customizar el programa de acuerdo con las características demográficas, estadio de la enfermedad, régimen de afiliación etc. Todo esto previo

consentimiento de un habeas data por parte del paciente, según lo estipulado en la ley 1581 de 2012.

También es de considerarse fundamental en la etapa del diagnóstico la importancia de un trato humano por parte de los especialistas y el equipo de PSP, ya que al comprender esta dimensión se logra generar un vínculo de confianza con el paciente el cual llevará a que sus recomendaciones (incluso las relacionadas con la prescripción de medicamentos) sean recibidas con mejor disposición, por otra parte asegurarse en la etapa de diagnóstico de brindar claridad acerca de las características de una enfermedad puede evitar que el paciente se informe mal acerca de la misma con fuentes no profesionales como motores de búsqueda.

Los PSP deben abordar temáticas que incluyan la relación médico-paciente, síntomas de alarma, derechos y deberes en relación con el sistema de salud, así como nutrición, mindfulness, autoestima y por supuesto la profundización sobre cada etapa de la enfermedad, el tratamiento y los trámites administrativos propios los aseguradores. Los programas educativos de la industria farmacéutica deben contar permanentemente con la asesoría de médicos, enfermeras y químicos farmacéuticos de tal manera que la información brindada sea actualizada y pertinente.

Idealmente se debe llegar a acuerdos con las IPS y farmacias para compartir esfuerzos y lograr construir una relación de confianza con los usuarios, para conocer sus perspectivas, expectativas y comprometerlo para formar redes de apoyo entre pacientes.

Para cerrar las recomendaciones, podemos dejar claro, que los medicamentos de prescripción y sus estrategias de valor agregado no deben ser promocionados abiertamente al público en general, ya que esto va en contra de la ley colombiana, los programas deben estar

diseñados para responder a las necesidades de los pacientes que ya tienen una enfermedad de base y que han sido previamente valorados y formulados por un médico.

Así las cosas, es importante reconocer el contexto y el momento en el cual se encuentra el sistema de salud en el país, las posibles reformas que se tengan en materia y el rol de la industria farmacéutica para responder a los pacientes que no están satisfechos con los beneficios institucionales.

Hay que reconocer que Las personas que no pueden acceder a la compra de sus medicamentos como gasto de bolsillo pueden ser vistas como una posibilidad de mercado y no como una carga al sistema, toda vez que al lograr generar consciencia en las entidades prestadoras del servicio de salud con respecto a cómo la prevención es rentable en el tiempo existe la oportunidad para las farmacéuticas de llegar a acuerdos comerciales con las aseguradoras para que promuevan el uso de terapias de marca que eviten complicaciones posteriores en los pacientes, en ese orden de ideas, los programas de educación no deberían estar enfocados sólo a los pacientes, se puede explorar la posibilidad de educar a quienes toman las decisiones en las entidades.

Finalmente, y aunque no hace parte de un problema que deba ser resuelto por la industria farmacéutica, el fortalecimiento de las entidades de medicina prepagada y aseguramiento privado voluntario, pueden ser opciones que contemplar para garantizar la sostenibilidad del sistema (sin necesidad de aplicar una reforma a la salud) así como promover la concientización y prevención de enfermedades.

## Bibliografía

- Allard , R. (2018). La colisión de derechos y su impacto en el acceso a medicamentos esenciales: desafíos para Suramérica. *Revista Derecho del Estado*, 41, 15. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rdes/n41/0122-9893-rdes-41-3.pdf>
- Arbaiza Fermini, L. (2019). *Cómo elaborar una tesis de grado*. Bogotá D.C.: Esan Ediciones.
- Arboleda , A. (Noviembre de 2012). *Atlantis Healthcare*. Obtenido de PM Farma: <http://www.pmfarma.com.mx/articulos/293-como-afecta-la-no-adherencia-a-la-industria-farmaceutica.html>
- Asociación Nacional de Empresarios de Colombia - ANDI . (2021). *Flujo de recursos No PBS a noviembre 2020 / Prescripción de medicamentos a diciembre 2020* . Bogotá D.C. : Sectorial .
- Bardey, D., & Buitrago, G. (2017). Macroeconomía de los gastos en salud en Colombia. *Desarrollo y Sociedad*, 11. Obtenido de <https://www.afidro.org/sites/default/files/Estudio-Universidad-de-los-Andes-Junio-de-2017.pdf>
- Bardey, D., Harker , A., & Zuluaga, D. (2018). Precios máximos de venta en el mercado de medicamentos colombiano: una evaluación de impacto. *Centro de Estudios sobre Desarrollo Económico (CEDE)*, 45, Pág 3. Obtenido de <https://repositorio.uniandes.edu.co/handle/1992/41044>
- Barragán , J., & Reyes , T. (2020). Conocer el comportamiento del consumidor es un punto inicial para el éxito del marketing dentro de la organización. *International Journal of Good Conscience*, 15, 171.
- Báscolo, E., Houghton, N., & Riego, A. (2018). Lógicas de transformación de los sistemas de salud en América Latina y resultados en acceso y cobertura de salud. *Pan American Journal of Public Health*, 42. Obtenido de <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49472/v42e1262018.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Benito , C., & López , I. (2016). Las patentes farmacéuticas como una herramienta para la garantía del derecho al acceso de medicamentos de calidad en Colombia. *Revista de Derechos, Comunicaciones y Nuevas Tecnologías*, 16. Obtenido de [https://derechoytics.uniandes.edu.co/components/com\\_revista/archivos/derechoytics/ytics243.pdf](https://derechoytics.uniandes.edu.co/components/com_revista/archivos/derechoytics/ytics243.pdf)
- Bernal, O., & Barbosa, S. (2015). La nueva reforma a la salud en Colombia:El derecho, el aseguramiento y el sistema de salud. *Salud Pública de México*, 57, 2. Obtenido de <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v57n5/v57n5a15.pdf>
- Cano, O., Lagunes, I., Aragón, S., & Corona , R. (2020). Bienestar subjetivo y su estudio con redes semánticas en análisis lineal y no lineal. *Inter disciplina*, 8. Obtenido de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2448-57052020000100153&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2448-57052020000100153&script=sci_arttext)



- Caro Dougnac, D. (2014). *Impacto Económico de las Enfermedades*. Universidad de Chile (Tesis de pregrado), Santiago de Chile. Obtenido de <http://repositorio.uchile.cl/handle/2250/115335>
- Congreso de Colombia. (1990). *Ley 10*. Obtenido de <http://www.suin-juricol.gov.co/viewDocument.asp?id=1566690>
- Congreso de Colombia. (2012). *Ley 1581*. Obtenido de <http://www.suin-juricol.gov.co/viewDocument.asp?id=1684507>
- De la Fuente , L. (2017). La situación del e-commerce en la farmacia. *Farmacia Profesional*, 31, 17. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-profesional-3-pdf-X0213932417612210>
- Defensoría del Pueblo. (2018). *La tutela y los derechos a la salud y la seguridad social*. Obtenido de <http://www.defensoria.gov.co/public/pdf/Tutela-los-derechos-de-la-salud-2018.pdf>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE. (2018). *Censo Nacional de Población y Vivienda*. Obtenido de <https://sitios.dane.gov.co/cnpv/#!/>
- Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE. (2020). *Encuesta nacional de calidad de vida (ECV)*. Encuesta, Bogotá D.C. Obtenido de [https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones\\_vida/calidad\\_vida/2019/Presentacion\\_ECV\\_2019.pdf](https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/calidad_vida/2019/Presentacion_ECV_2019.pdf)
- Dreyfuss, R., & Rodríguez Garavito, C. (2014). *Balancing Wealth and Health: The Battle over Intellectual Property and Access to Medicines in Latin America*. Oxford.
- Eye for Pharma & S3 Connected Health. (2018). *Patient Support Programs: Now, Near and Next*.
- Gutierrez , J., & Manrique , R. (2015). Estructuración y formulación de la política pública farmacéutica regional y territorial en Colombia. *Gerencia y Políticas de Salud*, 14, 44. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v14n29/v14n29a04.pdf>
- Gutierrez , J., & Manrique, R. (2016). Estructura del consumidor, la frontera de producción y el marco de bienestar creado por la interacción del consumidor, productor y el mercado vinculado a la oferta y demanda de medicamentos. *Investigación en enfermería*, 18, 157. Obtenido de <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/imagenydesarrollo/article/view/10652>
- Hardon , A., Hodgkin, C., & Fresle , D. (2004). Cómo investigar el uso de medicamentos por parte de los consumidores. (U. d. Amsterdam, Ed.) *Organización Mundial de la Salud*, 19-20. Obtenido de <https://www.who.int/medicines/publications/WHOEDMPAR2004.2spa.pdf>
- Hernández , A., & Martínez , J. (2014). *Marketing Sanitario*. Madrid: ESIC Business School.
- Hernández , R., Fernández , C., & Baptista , M. (2017). *Metodología de la Investigación*. México DF : The McGraw-Hill .

- Instituto Nacional de Salud. (2015). *Observatorio Nacional de Salud*. Carga por enfermedades crónicas no transmisibles y discapacidad en Colombia, Bogotá D.C. Obtenido de <https://www.ins.gov.co/Direcciones/ONS/Informes/5.%20Carga%20de%20enfermedad%20ECNT.pdf>
- Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos - INVIMA. (1995). *Decreto 677*. Obtenido de [https://www.invima.gov.co/documents/20143/453029/decreto\\_677\\_1995.pdf](https://www.invima.gov.co/documents/20143/453029/decreto_677_1995.pdf)
- Invest in Bogotá. (Enero de 2021). Obtenido de <https://es.investinbogota.org/sectores-de-inversion/servicios-salud-en-bogota>
- IQVIA. (2020). *Comportamiento del mercado farmacéutico en Colombia*. Bogotá.
- Jaramillo, M., & Chernichovsky, D. (2015). Información para la calidad del sistema de salud en Colombia: una propuesta de revisión basada en el modelo israelí. *ELSERVIER*, 31. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-estudios-gerenciales-354>
- Jimenez, L. (2018). La política nacional de medicamentos en el contexto de América Latina. *Rivista Cubana de Salud Pública*, 44, 400. Obtenido de <https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2018.v44n2/398-421/es>
- Jimenez, L. (2019). El acceso a medicamentos en Latinoamérica, una mirada al caso de Costa Rica. *Revista Cubana de salud pública*, 45, 4,12. Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v45n4/1561-3127-rcsp-45-04-e1635.pdf>
- Langlois, E., Mancuso, A., Elias, V., & Reveiz, L. (2019). Embedding implementation research to enhance health policy and systems: a multi-country analysis from ten settings in Latin America and the Caribbean. *Health Research Policy and Systems*. Recuperado el 15 de Febrero de 2020
- Londoño, E. (2017). Las enfermedades crónicas y la ineludible transformación de los sistemas de salud en América Latina. *Revista Cubana de salud pública*. Recuperado el 15 de Febrero de 2020
- Luengas, L. (2009). Proceso de Educación al Paciente y su Familia. *Actualizaciones en enfermería*, 2.
- Manzuoli, J. P. (2005). Una visión renovadora sobre el proceso de decisión de compra. *Revista FCE*, 46.
- Martinez, M. (2016). Inequidad en los sistemas de salud de América Latina: análisis para Colombia, Argentina y México.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2005). *Decreto 2200*. Obtenido de <http://suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?ruta=Decretos/1417516>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Decreto 2462*. Obtenido de <http://www.suin-juriscol.gov.co/viewDocument.asp?id=1453277>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Ley Estatutaria*. Obtenido de [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf)

- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). *Cifras del aseguramiento en salud*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). *Circular 11*. Obtenido de <https://www.minsalud.gov.co/RID/circular-11-de-2020.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2020). *Resolución 205, 206*. Obtenido de [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resolucion%20205%20%20de%20feb%202020.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolucion%20205%20%20de%20feb%202020.pdf)
- Moreno-Serra, R., Anaya-Montes, M., & Smith, P. (10 de 2019). Potential determinants of health system efficiency: Evidence from Latin America and the Caribbean. (U. o. Centre for Health Economics, Ed.) *PLOS ONE*, 1,2. Obtenido de <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0216620>
- OCDE. (2019). *El gasto en salud superará el crecimiento del PIB en 2030*. Ciudad de México. Obtenido de <https://www.oecd.org/centrodemexico/medios/elgastoensaludsuperaraelcrecimientodelpiben2030.htm>
- Ordoñez, K., Feinstein, M., Reyes, S., Hernández, C., Pallares, C., & Villegas, M. (2019). Clinical and economic impact of generic versus brand name meropenem use in an intensive care unit in Colombia. *The Brazilian Journal of Infectious Diseases*, 23. Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31344357/>
- Organización Mundial de la Salud. (2008). Recuperado el Abril de 2020, de [https://www.who.int/topics/chronic\\_diseases/es/](https://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/)
- Organización Mundial de la Salud. (Diciembre de 2017). *Salud y derechos humanos*. Recuperado el 07 de Octubre de 2019, de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>
- Pechansky, R., & Thomas, W. (1981). The concept of access. *Medical Care*, 128-129.
- Peral, B., Rondán, J., & Díez, E. (2011). La elección de marca en productos de compra frecuente. *Revista de Economía Aplicada*, 55, 102. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/969/96918878004.pdf>
- Pérez, A., Flórez, K., & Giraldo, F. (2017). Regulación de la salud en Colombia: un problema de información secuestrada. *Papel Político*. Recuperado el 18 de Febrero de 2020
- Pérez, Gerson Javier; Silva, Alejandro. (Abril de 2015). *Banco de la República, Centro de estudios económicos regionales (CEER). Una mirada a los gastos de bolsillo en salud para Colombia*. Recuperado el 07 de Octubre de 2019, de [http://www.banrep.gov.co/sites/default/files/publicaciones/archivos/dtser\\_218.pdf](http://www.banrep.gov.co/sites/default/files/publicaciones/archivos/dtser_218.pdf)

- Pontificia Universidad Javeriana. (2015). ¿Cuáles el propósito de propósito de nuestro sistema de salud? *Revista Gerencia y Políticas en Salud*. Recuperado el 19 de Febrero de 2020
- Prada, S., Duarte, J., & Guerrero, R. (2015). Out-of pocket health expenditure for poor and non-poor older adults in Colombia: composition and trends. *International Journal of Consumer Studies*, 39, 365.
- Proteesh, R., & Vandana, R. (2015). Generic medicines: issues and relevance for global health. *Fundamental and Clinical Pharmacology*. Recuperado el 20 de Febrero de 2020
- Puig, J., & Peiró, S. (2009). De la utilidad de los medicamentos al valor terapéutico añadido y a la relación coste-efectividad incremental. *Revista Especializada en Salud Pública*, 61.
- Rodríguez Herrera, S. (2020). *Cómo ha transformado el marketing experiencial la decisión de compra del consumidor*. Bogotá: Universidad Sato Tomas. Obtenido de <https://repository.usta.edu.co/handle/11634/27993>
- Rodríguez, Ó. (02 de Abril de 2018). Conozca cómo funciona el sistema de salud en Colombia. *UN Periódico digital*. Obtenido de <https://unperiodico.unal.edu.co/pages/detail/conozca-como-funciona-el-sistema-de-salud-en-colombia/>
- S3 Connected Health. (2020). *Enabling patient self-management in patient support programs*.
- Sánchez, O., Mesa, G., Ruíz, A., Quintero, D., López, S., Serna, J., & Muñoz, P. (2016). Ahorro del sistema de salud por la regulación directa de precios de venta de medicamentos biotecnológicos en Colombia. *Revista Gerencia y Políticas en Salud*, 15, 122. Obtenido de <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/18222>
- Secretaría Distrital de Planeación. (2017). *Encuesta Multipropósito*. Alcaldía de Bogotá. Obtenido de [http://www.sdp.gov.co/sites/default/files/encuesta\\_multiproposito\\_2017\\_-\\_principales\\_resultados\\_bogota\\_region.pdf](http://www.sdp.gov.co/sites/default/files/encuesta_multiproposito_2017_-_principales_resultados_bogota_region.pdf)
- Stenberg, U., Vagan, A., Flink, M., Lynggaard, V., Fredriksen, K., Westermann, K. F., & Gallefoss, F. (2018). Health economic evaluations of patient education interventions a scoping review of the literature. *Patient Education and Counseling*, 101, 1007. Obtenido de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29402571/>
- Stenberg, U., Overby, M. H., Fredriksen, K., Westermann, K. F., & Kvisvik, T. (2016). A scoping review of the literature on benefits and challenges of participating in patient education programs aimed at promoting self-management for people living with chronic illness. *Patient Education and Counseling*, 99, 1761-1767. Obtenido de <https://www-sciencedirect-com.eu1.proxy.openathens.net/science/article/pii/S0738399116303226>
- Suárez, L., Puerto, S., Rodríguez, L., & Moreno, J. (2017). La crisis del sistema de salud colombiano: una aproximación desde la legitimidad y la regulación.

*Revista gerencia y politicas de salud*, 16, 40-41. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v16n32/1657-7027-rgps-16-32-00034.pdf>

Superintendencia Nacional de Salud. (2021). *Peticiones, quejas, reclamos o denuncias y solicitudes de información formuladas por los usuarios del Sistema Nacional de Salud*. Obtenido de <https://www.supersalud.gov.co/es-co/nuestra-entidad/cifras-y-estadisticas>

Universidad Internacional de Valencia. (Abril de 2018). *¿Enfermedad aguda o crónica? Diferencias y ejemplos*. Obtenido de <https://www.universidadviu.com/enfermedad-aguda/>

Villamañan, E., González, D., Armada, E., Ruano, M., Álvarez, R., & Herrero, A. (2016). Juego de patentes. Sobre medicamentos genéricos y biosimilares. *Revista de Calidad Asistencial*, 31, 100. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-pdf-S1134282X15001335>

## *Apéndices*

### *Anexo 1 Siglas y Abreviaturas*

<b>ADRES</b>	Administradora de los Recursos del Sistema General de Seguridad Social
<b>AFIDRO</b>	Asociación de laboratorios Farmacéuticos de Investigación y Desarrollo
<b>ANDI</b>	Asociación Nacional de Empresarios de Colombia
<b>BDUA</b>	Base de Datos Única de Afiliados
<b>DANE</b>	Departamento Administrativo Nacional de Estadística
<b>DCI</b>	Denominación común internacional
<b>ECV</b>	Encuesta Nacional de Calidad de Vida
<b>EPS</b>	Entidad Prestadora de Salud
<b>IPS</b>	Instituto Prestador de Salud
<b>INVIMA</b>	Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos
<b>MINSALUD</b>	Ministerio de Salud y Protección Social
<b>NSE</b>	Nivel Socioeconómico
<b>OCDE</b>	Organización Mundial para la Cooperación y el Desarrollo Económico
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>PIB</b>	Producto interno bruto
<b>PSP</b>	Programas de Soporte al Paciente
<b>SUPERSALUD</b>	Superintendencia Nacional de Salud
<b>UCI</b>	Unidad de Cuidado Intensivo
<b>UPC</b>	Unidad de Pago por Capitación
<b>VIH</b>	Virus de inmunodeficiencia humana

## **Anexo 2 Encuesta**

Nombre de la encuesta: Compra de medicamentos y programas educativos

La siguiente encuesta tiene un propósito académico con fines de investigación de tesis de posgrado del estudiante John Jaramillo del Colegio de Estudios Superiores de Administración en la ciudad de Bogotá D.C. Las respuestas son completamente anónimas y su análisis es de carácter estadístico. El formulario de preguntas no le solicita datos personales como nombres, apellidos, dirección, teléfono, número de documento o cualquier otro dato que permita identificarle. En caso de dudas por favor contactar: Correo: [john.jaramillo@cesa.edu.co](mailto:john.jaramillo@cesa.edu.co) Celular: 3204969101

Gracias,

1. ¿Cuál es su edad?

- De 18 años a 27 años
- De 28 años a 37 años
- De 38 años a 47 años
- De 48 años a 57 años
- Más de 58 años
- Preferiría no contestar

2. ¿Con qué género se identifica?

- Hombre
- Mujer
- Preferiría no contestar

3. ¿A cuál estrato socioeconómico pertenece?

- 1
- 2
- 3
- 4

- 5
- 6
- Preferiría no contestar

4. ¿Cuál es su nivel de escolaridad ya finalizado?

- Ninguno
- Primaria
- Secundaria
- Técnico
- Profesional universitario
- Posgrado

5. ¿A qué EPS (Entidad Prestadora de Salud) se encuentra afiliado?

- Sura
- Coomeva
- Sanitas
- Salud Total
- Nueva EPS
- Famisanar
- Compensar
- Aliansalud
- Otra

6. ¿Se encuentra afiliado a un plan de medicina prepagada?

- Si
- No

7. Si la respuesta anterior es si, ¿A cuál entidad de medicina prepagada se encuentra afiliado?

- Colsanitas
- Colmédica
- Medplus
- Coomeva
- Sura
- Axa-Colpatria

8. ¿Está actualmente en tratamiento por alguna enfermedad?



- Si
- No

9. ¿Padece o ha padecido alguna de las siguientes enfermedades? Puede elegir varias respuestas

- Cáncer
- VIH
- Artritis
- Diabetes
- Hipertensión
- Vitíligo
- Asma
- Enfermedad cardiovascular
- Otras
- Ninguna
- Preferiría no contestar

10. ¿Cuándo requiere medicamentos de prescripción médica, su EPS le entrega inmediatamente después de la formulación?

- Si
- No
- Los obtengo por medicina prepagada
- No me entrega ni la EPS, ni la medicina prepagada

11. ¿Por cuáles de las siguientes razones usted decide o ha decidido comprar con su dinero, medicamentos que han sido formulados en su EPS? Puede elegir varias respuestas

- Nunca me entregan el medicamento en la EPS, ni en la medicina prepagada
- No me entregan a tiempo en la EPS
- No me autorizan el medicamento
- Urgencia para iniciar tratamiento
- Evitar filas o tramites en la EPS/Farmacia
- Prefiero usar medicamentos que no sean genéricos
- Siempre me entregan en la EPS y no necesito pagar por los medicamentos

12. Califique en una escala de 1 a 5 (Donde 1 es nada importante y 5 es muy importante) atributos que usted tiene en cuenta a la hora de comprar un medicamento

	1	2	3	4	5
Precio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Laboratorio que lo fabrica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reconocimiento del medicamento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Marca sugerida por el médico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13. En los últimos 6 meses, ¿Aproximadamente cuánto ha gastado en compra de medicamentos?

- Entre 10.000 y 99.999
- Entre 100.000 y 299.000
- Entre 300.000 y 499.000
- Más de 500.000

14. ¿Reconoce usted la diferencia entre un medicamento de marca y un medicamento genérico?

- Si
- No

15. ¿Cuál es la principal ventaja que usted considera tiene un medicamento de marca sobre un medicamento genérico?

- Seguridad
- Beneficio
- Calidad
- No veo diferencias
- No conozco del tema

16. Si por la compra de un medicamento de marca, le ofrecieran un programa educativo de forma gratuita para enseñarle sobre la enfermedad y su tratamiento, ¿escogería el medicamento que le ofrece esta opción?

- Si
- No
- Indiferente

17. ¿Qué le gustaría que le ofrezca un programa educativo para su salud? Puede elegir varias respuestas

- Información sobre la enfermedad
- Información sobre el tratamiento
- Información sobre el Sistema de Salud
- Entrenamientos personalizados
- Ninguno de los anteriores

18. ¿A través de que medio le gustaría recibir información educativa sobre su enfermedad y tratamiento? Puede elegir varias respuestas

- Visitas al hogar
- Directamente en la IPS (Clínica, Hospital)
- En la farmacia
- Correo electrónico
- Mensajes de texto
- Llamadas telefónicas
- Página Web
- Chat

19. ¿Con qué frecuencia le gustaría recibir información sobre su enfermedad y/o tratamiento?

- Cada quince días
- Una vez al mes
- Cada dos meses
- Cada tres meses
- Solo cuando yo tenga dudas

*Anexo 3 Políticas y regulaciones en salud*

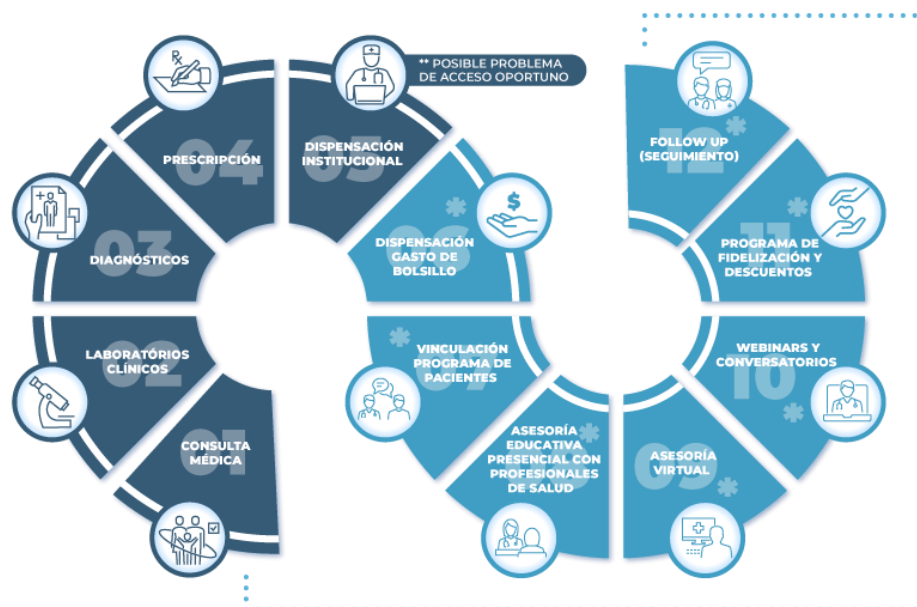
**Tabla 12 Normatividad**

Leyes y regulaciones	Descripción
Ley 10 de 1990	Por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud y se dictan otras disposiciones (Congreso de Colombia, 1990)
Decreto 677 del año 1995	Por el cual se reglamenta parcialmente el Régimen de Registros y Licencias, el Control de Calidad, así como el Régimen de Vigilancia Sanitaria de Medicamentos, Cosméticos, Preparaciones Farmacéuticas a base de Recursos Naturales, Productos de Aseo, Higiene y Limpieza y otros productos de uso doméstico y se dictan otras disposiciones sobre la materia (INVIMA, 1995).
Decreto 2200 de 2005	Mediante el cual se establece que toda prescripción de medicamentos deberá hacerse por escrito, previa evaluación del paciente y registro de sus condiciones y diagnóstico en la historia clínica, utilizando para ello la Denominación Común Internacional (MINSALUD, 2005).
Ley 1581 de 2012	Por la cual se dictan disposiciones generales para la Protección de Datos Personales (Congreso de Colombia, 2012).
Decreto 2462 de 2013	Mediante el cual se modifica la estructura y responsabilidades de la Superintendencia de Salud (MINSALUD, 2013).
Ley estatutaria 1751 del año 2015	Por la cual se garantiza el derecho fundamental a la salud y se establecen mecanismos de protección (MINSALUD, 2015).
Resoluciones 205 y 206 de 2020	Se adopta la metodología para definir el presupuesto máximo (MINSALUD, 2020)
Circular 11 de 2020	Mediante la cual se unificó y adicionó el listado de medicamentos sujetos al régimen de control directo de precios (MINSALUD, 2020).

Nota: Elaboración propia

*Anexo 4 Ruta del paciente*

## RUTA DEL PACIENTE



**VISITA MÉDICA EXTENDIDA A MÉDICOS,  
ENFERMERAS Y REGENTES DE FARMACIA**

\*IMPACTO DEL PSP POR DISPENSACIÓN PRIVADA

### RESULTADOS PARA EL PACIENTE

**PACIENTE EMPODERADO  
ACCESO OPORTUNO  
ADHERENCIA CLÍNICA**

### RESULTADO DE COMPAÑÍA

**MAYOR PARTICIPACIÓN DE  
MERCADO  
INCREMENTO EN VENTAS  
REPUTACIÓN POSITIVA**

Nota: Elaboración propia