

Universidad Nacional  
**Federico Villarreal**

Vicerrectorado de  
**INVESTIGACIÓN**

**ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO**

**MOTIVACIONES QUE EXPRESAN LOS MÉDICOS  
PARA RECETAR MEDICAMENTOS DE MARCA**

Tesis para optar el grado académico de  
**DOCTOR EN SALUD PÚBLICA**

**AUTOR**

**PALACIOS SOLANO, JACINTO JESÚS**

**ASESOR**

**DR. LA ROSA BOTONERO, JOSÉ LUIS**

**JURADO**

**DR. BERNUY BARRERA, FÉLIX ALBERTO**

**DR. GHEZZI HERNÁNDEZ, LUIS ANDRÉS**

**DR. TAMBINI ACOSTA, MOISÉS ENRIQUE**

**Lima – Perú**

**Año 2019**

**AGRADECIMIENTO:**

A la Universidad Nacional Federico Villarreal, por darme la oportunidad de obtener el grado de Doctor en Salud Pública, que llevaré con pundonor.

**DEDICATORIA:**

A todos los ciudadanos que luchan por la libertad, la igualdad y la fraternidad.

## ÍNDICE

	página
Resumen	3
Abastract	4
Resumo	5
<b>I. Introducción</b>	6
1.1. Planteamiento del problema	6
1.2.Descripción del problema	7
1.3.Formulación del problema	12
1.4.Antecedentes	15
1.5.Justificación de la investigación	22
1.6.Limitaciones de la investigación	23
1.7.Objetivos	24
1.8.Hipótesis	26
<b>II. Marco teórico</b>	28
2.1.Marco conceptual	28
<b>III. Método</b>	49
3.1.Tipo de investigación	49
3.2.Población y muestra	50
3.3.Operacionalización de variables	51
3.4.Instrumentos	56
3.5.Procedimientos	59
3.6.Análisis de datos	59
3.7.Consideraciones éticas	59
<b>IV. Resultados</b>	60
<b>V. Discusión de resultados</b>	89
<b>VI. Conclusiones</b>	98
<b>VII. Recomendaciones</b>	99
<b>VIII. Referencias</b>	100
<b>IX. Anexos</b>	110
Ficha técnica del instrumento utilizado	110
Definición de términos	112

## **RESUMEN**

**Objetivo:** Determinar las principales motivaciones que expresan los médicos para recetar medicamentos de marca en un Hospital General del Ministerio de Salud del Perú

**Material y métodos:** Teniendo como población objetivo los médicos prescriptores del Hospital General de Huacho, se seleccionó aleatoriamente una muestra de 54 médicos, a quienes se aplicó una encuesta estructurada. Los datos fueron registrados en el programa EpiInfo, obteniéndose luego las tablas que fueron sometidas al análisis estadístico, contrastación de hipótesis e interpretación.

**Resultados:** Los médicos señalan entre sus principales motivaciones para recetar medicamentos de marca: la no existencia de la combinación farmacológica en genéricos (79.6%, IC95: 66.5-89.4), la no existencia del fármaco en genéricos (75.9%, IC95: 62.4-86.5), el paciente lo solicita (63%, IC95: 48.7-75.7), desconocimiento de su disponibilidad como genérico en la farmacia del hospital (50%, IC95: 36.1-63.9). Factores que cuando están presentes influyen mucho en la posibilidad de que un médico incluya algún medicamento de marca en su receta son: la convicción de que el medicamento de marca es superior al genérico (OR= 13, IC95: 1.55-108.99) y que el médico se haya titulado el año 2000 o después (OR = 11.76, IC95: 1.40-98.63). El análisis sistémico del problema muestra que la Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas del Perú (DIGEMID) incumple con la ley de medicamentos (Ley 29459) que le ordena promover la fabricación, importación y prescripción de medicamentos genéricos y no sólo de medicamentos esenciales.

**Conclusiones:** Tres de las cuatro motivaciones más frecuentes que declaran los médicos para recetar medicamentos de marca corresponden a la percepción, verdadera o falsa, de falta de disponibilidad del medicamento como genérico en la farmacia del hospital. La convicción de que el fármaco de marca es mejor que el genérico y ser médico titulado a partir del año 2000 son factores que aumentan la posibilidad de que el médico incluya algún medicamento de marca en su receta. Las correspondientes autoridades peruanas están incumpliendo la ley que les ordena promover el uso de genéricos.

**Palabras clave:** Motivaciones, prescripción, medicamento, marca, genérico.

## **ABSTRACT**

**Objective:** To determine the main motivations expressed by doctors to prescribe brand-name drugs in a General Hospital of the Ministry of Health of Peru.

**Material and methods:** The prescribing physicians of the General Hospital of Huacho were selected as target population. A sample of 54 physicians was randomly selected, to whom a structured survey was applied. The data were recorded in the EpiInfo program, obtaining the tables that were then subjected to statistical analysis, hypothesis testing and interpretation.

**Results:** The doctors point out among their main motivations to prescribe brand name drugs: the non-existence of the pharmacological combination in generics (79.6%, 95%CI: 66.5-89.4), the non-existence of the drug in generics (75.9%, 95%CI: 62.4- 86.5), the patient requests it (63%, IC95: 48.7-75.7), ignorance of its availability as a generic in the hospital pharmacy (50%, IC95: 36.1-63.9). Factors that when they are present greatly influence the possibility that a doctor includes a brand-name medication in his prescription are: the conviction that the brand-name drug is superior to the generic one (OR = 13, 95%CI: 1.55-108.99) and that the doctor has been titled the year 2000 or later (OR = 11.76, 95%CI: 1.40-98.63). The systemic analysis of the problem shows that the Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas del Perú ( DIGEMID) fails to comply with the drug law that mandates the promotion of manufacture, import and prescription of generic drugs and not only essential medicines.

**Conclusions:** Three of the four most frequent motivations that physicians declare to prescribe brand name medications correspond to the perception, true or false, of the lack of availability of the medication as generic in the hospital pharmacy. The conviction that the brand-name drug is better than the generic one and that it is a certified doctor from the year 2000 are factors that increase the possibility that the doctor includes a brand-name medication in his prescription. The corresponding Peruvian authorities are breaking the law that orders them to promote the use of generics.

**Keywords:** Motivations, prescription, medication, brand, generic.

## RESUMO

**Objetivo:** Determinar as principais motivações expressas pelos médicos para prescrever medicamentos de marca em um Hospital Geral do Ministério da Saúde do Peru

**Material e métodos:** Os médicos prescritores do Hospital Geral de Huacho foram selecionados como população-alvo e uma amostra de 54 médicos foi selecionada aleatoriamente, a quem foi aplicada uma pesquisa estruturada. Os dados foram registrados no programa EpiInfo, obtendo-se as tabelas que foram submetidas à análise estatística, teste de hipóteses e interpretação.

**Resultados:** Os médicos dizem que as suas principais motivações para prescrever medicamentos de marca são: inexistência da combinação de drogas em genéricos (79,6%, IC95: 66,5-89,4), a ausência de medicamentos genéricos (75,9%, IC95: 62,4- 86,5), os pedidos de pacientes (63%, IC95: 48,7-75,7), a falta de disponibilidade como um genérico na farmácia do hospital (50%, IC95: 36,1-63,9). Os fatores que quando estão presentes influenciam muito a possibilidade de um médico incluir um medicamento de marca em sua prescrição são: a convicção de que o medicamento de marca é superior ao genérico (OR = 13, IC95: 1,55-108,99) e ser um médico com direito a partir do ano 2000 (OR = 11,76, IC95: 1,40-98,63). Uma análise sistêmica do problema mostra que a Direção-Geral de Medicamentos, Suprimentos e Drogas do Peru (DIGEMID) não cumpre com a Medicines Act (Lei 29459) que ordena que ela promova a fabricação, importação e prescrição de medicamentos genéricos e não apenas os medicamentos essenciais.

**Conclusões:** Três das quatro motivações mais frequentes que os médicos declaram prescrever medicamentos de marca correspondem à percepção, verdadeira ou falsa, da falta de disponibilidade da medicação como genérica na farmácia hospitalar. A convicção de que o medicamento de marca é melhor que o medicamento genérico e ser licenciado partir de 2000 são fatores que aumentam a chance de que o médico incluí uma medicação de marca em sua receita. As autoridades peruanas correspondentes estão infringindo a lei que ordena que promovam o uso de genéricos.

**Palavras-chave:** Motivações, prescrição, medicação, marca, genérico.

## I. INTRODUCCIÓN

Enfermarse es un acontecimiento aciago en la vida de cualquier persona, que frecuentemente demanda y convoca la solidaridad de los demás. Ya entre los mamíferos inferiores se ven atisbos de solidaridad ante lesiones o enfermedades de los vecinos, que sin embargo solo llega a fugaces expresiones colectivas de sufrimiento y a acercamientos y lamidas, porque su escasa racionalidad no les da para que la solidaridad sea permanente y eficiente como se pretende y es posible ahora entre los humanos. Para el autor, la solidaridad no es sólo “la identificación personal con un compromiso colectivo para asumir los costes (financieros, sociales, emocionales o de otro tipo) de ayudar a los otros” como lo han señalado varios (Puyol, 2017) sino además uno de los dos componentes mensurables de la fraternidad, componente que requiere un espacio organizativo, ahora desarrollado por los Estados para mantener su legitimidad (Palacios, 2010, p. 29-30).

Frente a la enfermedad, los medicamentos son el principal recurso con que cuentan la sociedad y la ciencia modernas para ayudar a la naturaleza en la recuperación de la salud de las personas. Pero, los medicamentos de marca son muy costosos, a veces hasta con precios prohibitivos para las familias pobres, porque deben pagar la inversión de sus inventores y el comprensible afán de lucro de sus fabricantes, mientras que internacionalmente los medicamentos genéricos, aquellos que se comercializan solo con su Denominación Común Internacional, tienen precios comparativamente muy económicos, con eficacia biológica similar y no protestada.

¿Por qué, si los medicamentos genéricos son muy cómodos económicamente y los medicamentos de marca variablemente muy costosos, los médicos de los hospitales del Estado recetan con alguna frecuencia medicamentos de marca; cuáles son sus motivaciones prácticas e influencias? Para encontrar respuestas a esta pregunta, y luego proponer algunas posibles soluciones, es que hemos realizado la presente investigación que exponemos como tesis.

### 1.1. Planteamiento del problema

Los medicamentos son mercancías imprescindibles; el principal recurso que la sociedad y ciencia modernas tienen para ayudar a la naturaleza en la recuperación de la salud de las personas. En cada país, las sociedades y los gobiernos se enfrentan a la necesidad de conciliar el afán de lucro de los inventores y fabricantes de medicamentos con la necesidad pública de que los medicamentos lleguen oportunamente a todos quienes lo necesitan.

Para lograr que los medicamentos lleguen oportunamente a todos los que lo necesitan los gobiernos más perspicaces impulsan la adquisición de medicamentos genéricos, los cuales tienen precios muy inferiores a los medicamentos de marca. Decía la Directora de la Organización Mundial de la Salud en el 2011 “se calcula que los países podrían ahorrarse alrededor de un 60% de sus gastos farmacéuticos si en lugar de medicamentos originales comprasen productos genéricos. Pero esto solo lo hacen unos pocos países ricos y de ingresos medianos. Un problema crónico es la carencia de capacidad de compras y reglamentación en muchos países en desarrollo” (Chan, Margaret, 2011)

La prescripción de medicamentos de marca puede resultar un acto con efectos muy dispendiosos en los sistemas de salud, y, para las personas con moderados o escasos recursos, un formidable obstáculo que les dificulta acceder a medicamentos eficaces de manera oportuna (Borges Luz, de Loyola Filho y Lima-Costa, 2009).

¿Entonces por qué en nuestro país los médicos de los hospitales públicos siguen recetando medicamentos de marca? Desconocemos cuales son las motivaciones actuales que impulsan a los médicos a recetar con frecuencia medicamentos de marca, que tienen precios comparativamente muy elevados respecto a los genéricos y también desproporcionado respecto a otros costos de la vida diaria. Averiguar en esas motivaciones, e interpretarlas razonablemente y humanamente, es la finalidad de la presente tesis.

## **1.2. Descripción del problema**

El problema es que no conocemos cuáles son las motivaciones que tienen los médicos para recetar medicamentos de marca en los hospitales estatales de nuestro país.

En muchos países, y específicamente en el nuestro, los medicamentos según su nombre comercial pueden ser medicamentos de marca registrada y medicamentos genéricos (aquellos que solo se comercializan con Denominación Común Internacional, DCI); y según su prioridad nacional reconocida, medicamentos dentro del petitorio nacional y medicamentos fuera del petitorio nacional.

Los medicamentos de marca, se prescriben y dispensan con un nombre comercial particular que les parece atractivo o mnemotécnico a los fabricantes para su mercadeo, en general tienen precios que resultan muy onerosos para el sector no rico de la población, e incluyen a los medicamentos originales (con patente vigente o vencida) y a las copias registradas con nombre comercial particular, que comienzan a producirse luego de que se ha vencido la patente del original. Por otro lado, los medicamentos genéricos son aquellos que se prescriben y dispensan sólo con su Denominación Común Internacional (DCI), precios muy inferiores a los de marca y son promovidos por la acción de los gobiernos que apoyan



a laboratorios productores de estos medicamentos o por la abierta competencia internacional.

A lo largo del mundo existen variadas definiciones de lo que es un medicamento genérico dadas por organismos reguladores como la Organización Mundial de la Salud, la Administración de Alimentos y Drogas (FDA) de USA, la Agencia Europea de Medicinas (EMA) pero también por los Ministerios de Salud y los estudios según lo reportan varias investigaciones (Dunne SS y Dunne , 2015; Cristancho RA , Andía T, Barbosa T y Watanabe JH, 2015, Chittaranjan y Sathyanarayana, 2017). La OMS llama genéricos a las copias, con nombre de marca o no, fabricadas sin la licencia del original luego de la fecha de vencimiento de la patente, mientras que la FDA exige que los genéricos contengan no sólo la misma sustancia sino que tengan la misma fuerza, vía de administración e indicaciones de uso del original, y la EMA enfatiza la necesaria demostración de la bioequivalencia; por lo que los gobiernos tienen que dar sus propias definiciones (Cristancho et al, 2015). En base a la definición de la FDA los fabricantes originales recurren a diversas prácticas administrativas, como por ejemplo retiro oficial del medicamento cuando se acerca la fecha de vencimiento de la patente y luego re introducción con nuevas asociaciones, vías de administración o nuevos usos, consiguiendo en muchos casos una nueva patente (Beall RF, Kesselheim AS y Sarpatwari A, 2019). Esta posibilidad no está disponible en nuestro país ya que no está permitida la extensión de la patente por la Decisión N° 486 de la Comunidad Andina de Naciones (Miranda Montero, 2004). Este dispositivo fue dado el 14 de setiembre del año 2000 y su revisión cuidadosa muestra que el artículo 50 da un plazo de 20 años de vigencia a las patentes y el art 21 señala: “no serán objeto de nueva patente, por el simple hecho de atribuirse un uso distinto al originalmente comprendido por la patente inicial” (Comunidad Andina de Naciones. Decisión 486).

La Organización Mundial de la Salud ha señalado: “Los precios de las versiones genéricas que se registran después del vencimiento de la patente generalmente disminuyen rápidamente, a menudo en más del 90% en comparación con la marca original” (WHO, 2018, párrafo 3). Obsérvese que la Organización Mundial de la Salud denomina “versiones genéricas” a aquellas “que se registran” después del vencimiento de la patente, es decir incluye a las copias con marca y sin marca, denominación que no corresponde exactamente a la usada en nuestro país y otros países donde “genérico” significa el medicamento que se comercializa sólo con su Denominación Común Internacional.

En América Latina Denominación Genérica es sinónimo de Denominación Común Internacional. Así un estudio en países latino americanos señala: “Algunos medicamentos,

tanto en países desarrollados como en desarrollo, utilizan la denominación común internacional (DCI), también llamada denominación genérica, para su comercialización, en vez de una marca comercial o nombre de fantasía” (Tobar y Sánchez, 2007, p 30). Estas copias con marca registrada en realidad representan “la renuencia de la industria a fabricar drogas genéricas (con patentes expiradas)” (Bunge, 2012, p. 106), tratando de ser así los que más se aprovechan del vencimiento de la patente que tenía el laboratorio inventor. En nuestro país en la vida diaria y en las publicaciones se usa “el término *medicamento genérico* para hacer referencia al medicamento genérico DCI, es decir, el nombre que ha recomendado la Organización Mundial de la Salud (OMS) para referirse a su principio activo” (Aravena et al, 2008, p 17). “Un medicamento genérico es aquel que no se distribuye con un nombre comercial y posee la misma concentración y dosificación que su equivalente de marca. Los medicamentos genéricos producen los mismos efectos que su contraparte comercial, ya que poseen el mismo principio activo” (Wikipedia).

La Ley 29459 (26 de noviembre de 2009), Ley de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios, que tiene el cuidado de definir varios términos relacionados con los medicamentos, menciona a los medicamentos herbarios en cuatro ocasiones y a los medicamentos genéricos sólo en dos, pero sin definirlos conceptualmente, siendo que con anterioridad las publicaciones universitarias e incluso estudios ordenados por el Ministerio de Salud ya habían diferenciado los medicamentos en tres tipos: originales, genéricos de marca y genéricos DCI (Valladares, Gerardo et al, 2005) y el Manual de Buenas Prácticas de Dispensación aprobado por RM 013-2009/MINSA del 15 de enero de 2009 en su punto V.1.r. ya había definido: “Medicamento genérico.- Es el producto farmacéutico cuyo nombre corresponde a la “Denominación Común Internacional” del principio activo, recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y no es identificado por un nombre de marca.” , y en su punto V.1.s: “Medicamento de marca o Especialidad Farmacéutica.- Es aquel producto farmacéutico que se comercializa bajo un nombre determinado por el fabricante, diferente a la Denominación Común Internacional.”

Las “nuevas versiones registradas” de medicamentos que ya han vencido su patente tienen el efecto de bajar rápidamente el precio de los medicamentos, principalmente porque, siendo muy difícil argumentar una mejor calidad que la marca original, su más frecuente estrategia competitiva es el menor precio; aunque algunos invierten mucho en propaganda entre los profesionales prescriptores y dispensadores buscando lograr una diferenciación y preferencia artificiales, incluso a precios más altos que el original.

En muchos casos, siguen siendo muy elevados los precios con los que las nuevas marcas son ofrecidas al público. En realidad, los verdaderos genéricos, esos que se comercializan con su Denominación Común Internacional, que invierten sólo en calidad o en sustentar la calidad, para aprobar los controles nacionales, pero no en propaganda, y que obtienen

ganancias razonables, tienen precios que pueden llegar a una disminución de 10 a 100 veces respecto al anterior precio del original e incluso respecto al actual precio ya disminuido. Por ejemplo, comparando precios de la Farmacia del Hospital General de Huacho con aquellos que aparecen en el Observatorio Peruano de Productos Farmacéuticos, una tableta de fluoxetina de 20 mg se vende a S/.0.06 en la Farmacia del Hospital, mientras que en la marca original su precio actual es S/. 7.20, esto es 120 veces mayor. Una tableta de metronidazol de 500 mg se vende a S/. 0.06 en el Hospital General de Huacho, y actualmente a S/. 1.00 en la marca original, 16 veces mayor. Una ampollita de 100 mg de hierro sacarato intravenoso se vende a S/. 2.50 mientras que cuesta actualmente S/. 123.89 en la marca original, 49 veces más.

Existe un índice llamado Índice Mediano de Precio (IMP) que se usa para indicar la diferencia entre el precio de los medicamentos en un país y el precio en el mercado internacional. La publicación del Ministerio de Salud de nuestro país, en colaboración con la OPS y OMS, “Perfil Farmacéutico de la República del Perú”, de abril de 2012, señala:

“Los precios en las adquisiciones públicas fueron superiores a los precios de referencia internacionales: el IMP para el equivalente genérico de menor precio (EGMP) fue 1.28. En cuanto a los precios pagados por los pacientes, el IMP en el sector público fue 1.4 para los medicamentos genéricos, mientras que el sector privado tuvo un índice muy superior (27.79) para los de marca de origen y 5.61 para los genéricos” (Ministerio de Salud del Perú, 2012, p. 39).

La legislación de nuestro país confiere potestad al médico para que, al prescribir medicamentos, luego de consignar obligatoriamente su Denominación Común Internacional, pueda consignar un nombre de marca (Ley 26842, Ley General de Salud, Art. 26) pero faculta al químico farmacéutico a ofrecer al usuario alternativas de medicamentos química y farmacológicamente equivalentes al prescrito en la receta, en igual forma farmacéutica y dosis (Ley 26842, Art. 33). El DS 019-2001-SA en su artículo 2° estipulaba que los profesionales prescriptores “se encuentran facultados a señalar en la receta respectiva que el medicamento prescrito no deberá ser sustituido o cambiado por uno distinto”, lo que, por colisionar con el referido Art 33 de la Ley General de Salud, después ha sido enmendado precisándose que los profesionales prescriptores “se encuentran facultados a señalar en la receta respectiva que el principio activo prescrito no deberá ser sustituido o cambiado por uno distinto” (DS 015-2009-SA), precisándose así que se puede sustituir al medicamento pero no al principio activo. Sobre esta base las cadenas de farmacia crean ahora sus propias marcas para efectuar la sustitución. El DS 015-2009-SA señala también que constituye infracción sancionable con amonestación o multa de 2 UIT el realizar la prescripción consignando solo el nombre de marca sin mencionar explícitamente la Denominación Común Internacional. Algunos médicos, proponiéndoselo o no, sin consignar una marca, terminan recetando de marca porque recetan combinaciones inexistentes en genéricos.

El actual Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú, vigente desde el año 2007, estipula adicionalmente que “Al prescribir un medicamento, el médico debe considerar la posibilidad de que el paciente elija una alternativa económica e igualmente eficaz, sea el medicamento genérico o de marca” (Art. 86). Abiertamente esta consideración es eliminada en los casos en que el médico expresamente imprime en su receta que no debe efectuarse ningún cambio, o cuando en la farmacia no le ofrecen la alternativa más económica. Aunque no se haga esa anotación la demanda de medicamentos es una demanda inducida por cada médico prescriptor y puede ser muy inelástica por la enorme asimetría que generalmente existe entre el paciente y los profesionales prescriptores y dispensadores respecto a los conocimientos farmacológicos, y también por la asimetría que existe entre el médico prescriptor y la empresa fabricante de medicamentos (Miranda Montero, 2004). “La equidad solo se produce cuando es un objetivo político explícito” (Chan, 2010, párrafo 47). “Mejorar el acceso a los medicamentos es una forma fundamental y factible de mejorar la equidad y distribuir más uniformemente los beneficios del progreso” (Chan, 2011). La prescripción de medicamentos de marca les causa perjuicio económico a las familias y pone en riesgo la oportuna atención al paciente. Ese daño debe ser minimizado todo lo que científica, técnica y políticamente sea posible.

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática de nuestro país (INEI, 2014) sólo 42.6 % de los usuarios de consulta externa de los establecimientos de salud del Ministerio de Salud, tuvo acceso en la farmacia del establecimiento a todos los medicamentos que el médico le recetó, 17.5% tuvo acceso a la mayoría de medicamentos, 17.7% a alguno de los medicamentos, 7% a ninguno de los medicamentos, y 15.2% no hizo el trámite de obtener el medicamento en la farmacia del establecimiento, por razones que no se señalan, pero que necesariamente en muchos casos implican la información o presunción, acertada o errónea, de que allí no había. Esas cifras muestran que existe desencuentro entre los medicamentos ofertados en las farmacias de los establecimientos y los medicamentos recetados por los médicos. No parece justo, ni técnicamente adecuado, que, pacientes con escasos recursos tengan que gastar en fármacos costosos, o que retrasen, omitan o no completen su tratamiento por dificultades financieras evitables.

Un estudio en un país de Europa ha mostrado que, en una época de moderada crisis financiera nacional, 51% incumplió la medicación por presencia de razones financieras, 38% por razones exclusivamente financieras, siendo que de los que incumplían 84% era retraso en la compra, 46% ausencia de compra, 44% aumento de espaciamiento de las tomas, 38% disminución de dosis; de ellos apenas 30% informó a su médico. 41% del total abdicó de comprar otros bienes para poder atender esa emergente necesidad (Chin et al, 2012). Muchas de las familias de nuestro país viven en crisis financiera permanente.

El famoso juramento hipocrático señala como compromiso del médico respecto al paciente “apartaré de él todo daño y toda injusticia”; y la versión anglosajona redactada en 1964 por el médico farmacólogo Louis Lasagna, que actualmente es la más usada en esa lengua, es más explícita en los aspectos económicos y dice: “I will remember that I do not treat a fever chart, a cancerous growth, but a sick human being, whose illness may affect the person's family and economic stability. My responsibility includes these related problems” (Wikipedia, Hippocratic Oath), esto es: “Recordaré que no trato un cuadro de fiebre, un crecimiento canceroso, sino un ser humano enfermo, cuya enfermedad puede afectar la estabilidad familiar y económica de la persona. Mi responsabilidad incluye estos problemas relacionados”. Es decir, con el juramento el médico proclama asumir algunas responsabilidades en relación con la estabilidad económica del paciente que ya puede estar afectada por la enfermedad. En realidad, el peor momento para afrontar gastos emergentes inesperados es cuando la propia persona enferma; por eso a nivel mundial se desarrollan los seguros de salud que tienen el compromiso de lograr que los pacientes accedan a los medicamentos..

El costo de algunos medicamentos se puede convertir en una traba muy limitante para el cumplimiento satisfactorio de un ciclo de atención por alguna enfermedad y la demanda posterior de servicios. Por eso, siguiendo recomendaciones de la OMS, el Estado Peruano provee a las farmacias de los establecimientos de salud estatales con medicamentos genéricos de bajo costo. En la actualidad, el Estado Peruano adquiere el 50% de los medicamentos que llegan al mercado nacional para su distribución en los establecimientos de salud (Diario El Comercio, 2017.07.17).

### **1.3. Formulación del Problema**

El problema está extendido a nivel mundial, su vigencia tiene varias décadas y puede ser analizado desde varios puntos de vista. Como corresponde en toda investigación, aquí precisamos su extensión temática, espacial y temporal para el caso de nuestro estudio.

#### **Delimitación temática y unidad de análisis**

La temática de nuestro estudio es el conjunto de motivaciones que tienen los médicos para recetar medicamentos de marca, según ellos lo expresan al señalarlas en una lista de motivaciones ofrecida que forma parte de un cuestionario sobre el tema, elaborado en base a los antecedentes y a la realidad problemática que he expuesto en las respectivas partes precedentes. La unidad de análisis está constituida por la declaración de cada médico sobre el tema, que es el conjunto de respuestas que da a las preguntas de ese cuestionario.

## **Delimitación geográfica**

Nuestro estudio lo hemos realizado en el Hospital General de Huacho, el más importante de la ciudad de Huacho, capital de Gobierno Regional, y el que cuenta con el mayor número de médicos entre todos los hospitales de esta región.

## **Delimitación temporal**

Nuestro estudio abarca el año 2018, aplicándose la encuesta en noviembre de 2018.

## **Problema General**

¿Cuáles son las motivaciones que más frecuentemente tienen los médicos para recetar medicamentos de marca, según ellos lo declaran?

## **Problemas Específicos**

Problema específico 1: ¿Cuál es la distribución de frecuencias con las que los médicos incluyen por lo menos un medicamento de marca en las recetas que emiten, según ellos lo declaran?

Problema específico 2: ¿Con qué frecuencia el Departamento de Farmacia les hace llegar a los médicos información sobre disponibilidad y precios de los medicamentos genéricos, según ellos lo declaran?

Problema específico 3: ¿Con qué frecuencia los representantes de los medicamentos de marca les hacen llegar a los médicos propaganda, información, muestras médicas de sus productos?

Problema específico 4: ¿Con qué frecuencia cuando recetan medicamentos de marca los médicos lo hacen en una receta adicional?

Problema específico 5: ¿Cuál es la consideración gnoseológica en que los médicos basan su juicio de que los medicamentos de marca son mejores que los medicamentos genéricos?

Problema específico 6: ¿Cuál es el nivel de acuerdo de los médicos con el enunciado: “Al prescribir medicamentos, el médico debe consignar obligatoriamente primero su Denominación Común Internacional (DCI) y sólo después si lo cree conveniente un nombre de marca”?

Problema específico 7. ¿Cuál es el nivel de acuerdo de los médicos con el enunciado: El químico-farmacéutico está facultado para ofrecer al usuario alternativas de medicamentos química y farmacológicamente equivalentes al prescrito en la receta, en igual forma farmacéutica y dosis (sustitución)?.

Problema específico 8. ¿Cuál es el nivel de acuerdo de los médicos con el enunciado: Al prescribir un medicamento, el médico debe considerar la posibilidad de que el paciente elija una alternativa económica e igualmente eficaz, sea el medicamento genérico o de marca?.

Problema específico 9. ¿Cuál es el nivel de acuerdo de los médicos con el enunciado: La responsabilidad del médico como médico tratante cesa si la prescripción o receta es sustituida?

Problema específico 10. ¿Cuál es el nivel de acuerdo de los médicos con el enunciado: “Aceptar incentivos de las empresas que promocionan medicamentos constituye falta ética”?

Problema específico 11: ¿Cuál es la ideología de los médicos respecto a la libertad de prescribir genérico o de marca y el tipo de financiamiento de las medicinas (privado familiar o colectivo)?

Problema específico 12: ¿Las variables: Década de titulación y Tipo de Universidad de titulación son factores relacionados con la presencia o ausencia de inclusión de medicamentos de marca en las recetas?

Problema específico 13: ¿Las variables correspondientes a la apreciación del médico de su propio bagaje motivacional y del entorno conceptual, informativo, normativo y político de la prescripción son factores relacionados con la presencia o ausencia de inclusión de medicamentos de marca en las recetas?

Problema específico 14. ¿Qué observaciones ontológicas, metodológicas, aplicativas, gnoseológicas pueden hacerse respecto a los hallazgos desde un punto de vista de salud pública?

#### 1.4. Antecedentes

Las variables principales de nuestro estudio son las motivaciones que tienen los médicos para recetar medicamentos de marca, según lo expresan los propios médicos prescriptores. Algunas de esas motivaciones, como es la opinión de que el fármaco de marca es mejor que el fármaco genérico, han sido mencionadas en estudios que se refieren a las percepciones o conocimientos de los médicos en relación con la bondad farmacológica y economía de los medicamentos genéricos (García A, Martos F, Leiva F y Sánchez de la Cuesta F, 2003; Priego Álvarez, Heberto et al, 2017), sin que se pregunte directamente la influencia de esos conocimientos en las motivaciones que declaran tener los médicos para prescribir.

La motivación es un concepto básico en el estudio del comportamiento individual y social (Tamayo, 1991), y se da por sentado que existe una “gran variedad de motivaciones de la acción humana” (Bunge, 1999); sin embargo las motivaciones que tienen los médicos prescriptores para recetar medicamentos de marca han sido muy poco estudiadas a nivel internacional. Cuando se busca en Google Académico con operadores booleanos combinando las frases “motivación” o “motivaciones” y “prescripción de medicamentos de marca” o “prescripción de medicamentos de patente” se obtiene como respuesta “su consulta no ha obtenido ningún artículo como resultado”. Sólo se obtienen 8 artículos eliminando “motivación” o “motivaciones” y quedándonos con la frase de búsqueda “prescripción de medicamentos de marca”, y ninguno con la frase “prescripción de medicamentos de patente”. Con la frase “prescripción de medicamentos genéricos” se obtienen 160 resultados, que se reducen a sólo 6 cuando se le cruza con “motivaciones”, pero que al revisarlos se observa que se refieren a otras motivaciones no relacionadas con la prescripción (motivaciones de compra, motivaciones para informar al paciente).

En Google Académico, con la frase “buenas prácticas de prescripción” se obtienen 366 artículos que se reducen a 96 si se agrega “motivación”, constatándose que se refieren a motivaciones para consultar por medicamentos o para prescribir medicamentos en general, o en la mayoría de casos, motivaciones para hacer y publicar el artículo, pero ninguno si se agrega la frase “motivaciones para la prescripción”.

En Pubmed, que es la más grande librería científica en línea sobre temas de salud, cuando se busca con las frases "motivation" "prescription of brand name drugs" solo se obtienen 4 resultados y otros conexos que corresponden a bases y circunstancias históricas específicas muy diferentes a nuestro país, como explicamos seguidamente.



En los países industrializados, en los cuales la gente goza de un seguro social universal antiguo, con financiación colectiva, sea ésta contributiva o impositiva, por razones económicas las prescripciones están cambiando de medicamentos de marca a medicamentos genéricos, con dificultades por esto en la aceptación del público usuario, y entonces las investigaciones y explicaciones se han dirigido a estudiar las motivaciones del público usuario para aceptar medicamentos genéricos en lugar de los de marca. En los países asiáticos los médicos son prescriptores pero a la vez dispensadores de medicamentos, por lo que, sin ser únicas, prevalecen las motivaciones económicas en su accionar. Realidades muy distintas a la nuestra.

En nuestro país, el público ha estado pasando de la adquisición de medicamentos de marca a la adquisición de genéricos y, después con la instalación del Seguro Integral de Salud, SIS, a la provisión bastante estable de medicamentos genéricos por el Estado, pero con resistencia y sobrevivencia de los antiguos modelos que agregan compra de bolsillo y medicamentos de marca.

Una extensa revisión internacional sobre lo que la gente (médicos generales, farmacéuticos y usuarios) piensa sobre los medicamentos genéricos, después de explorar más de mil artículos encontró que sólo 16 eran relacionados con los médicos y de ellos solo tres eran cualitativos: “Es notable que solo se encontraron tres trabajos de investigación cualitativa específicos para médicos: estudios sobre los puntos de vista de los médicos en Pakistán, Australia e Irlanda, que describieron el resultado de las entrevistas con 11, 10 y 34 participantes, respectivamente” (Dunne SS y Dunne CP, 2015).

#### Investigaciones Internacionales recientes

Es posible mencionar como antecedentes de la presente investigación las siguientes:

Hassali MA, Wong ZY, Alrasheedy AA, Saleem F, Mohamad Yahaya AH y Aljadhey H (2014), en Malasia, en un estudio de tipo revisión internacional de revistas, titulado “Perspectivas de los médicos que ejercen en países de bajos y medianos ingresos hacia los medicamentos genéricos : una revisión narrativa.”, después de una búsqueda en 9 bases electrónicas revisaron 11 artículos provenientes de países de altos ingresos y 5 de países de bajos ingresos. Señalan que la principal diferencia entre los países de altos ingresos y los países de bajos ingresos es que los médicos de los países de altos ingresos generalmente tienen puntos de vista positivos, mientras que los de países de bajos ingresos tienden a tener puntos de vista mixtos con respecto a los medicamentos genéricos. Se identificaron pocas similitudes entre los diferentes grupos de ingresos del país: bajo nivel de conocimiento de los médicos sobre las pruebas de bioequivalencia, costo de los medicamentos genéricos como factor alentador para la prescripción de medicamentos genéricos, preocupaciones de los médicos sobre la seguridad y calidad de los

medicamentos genéricos y el efecto del representante de ventas farmacéuticas en la prescripción de medicamentos genéricos. Concluyen que su revisión de la literatura reveló que los médicos de los países de ingresos bajos y medianos tienden a tener puntos de vista mixtos con respecto a los medicamentos genéricos. Esto puede deberse a diferencias en el sistema de atención médica y el sistema de financiamiento farmacéutico, las políticas de medicamentos, el nivel de intervenciones educativas y las fuentes de información sobre medicamentos en países de diferentes niveles de ingresos.

Huda O.Salhia, Anna Ali , Naser L.Rezk y , Ashraf El Metwally (2015) , en Arabia Saudita, en una investigación titulada “Percepción y actitud de los médicos hacia los medicamentos genéricos locales en Arabia Saudita: un estudio basado en cuestionarios”, señalan como antecedentes que el mercado local de participación de medicamentos genéricos en Arabia Saudita es bajo en comparación con las estadísticas mundiales y regionales. El motivo de esta baja cuota de mercado y el papel de los médicos no se ha investigado previamente. El objetivo del estudio fue evaluar el nivel de conocimiento, las opiniones y las actitudes percibidas por el profesional de la salud sobre la medicación genérica local, e identificar los factores que influyen en la infrecuencia de las prescripciones genéricas. Métodos: se reclutó una muestra aleatoria de 231 médicos de dos hospitales en Riyadh (uno estatal, uno privado) y 178 (77%) respondieron. Se extrajo, analizó e interpretó información sobre el conocimiento, las opiniones y la actitud percibida de los médicos hacia la medicación genérica local. Se identificaron los factores que influyen en la prescripción infrecuente de medicamentos genéricos locales. Como resultado señalan que: entre los 178 participantes en la encuesta de médicos, el 76% y el 47% informaron que conocen los términos "genérico" y "bioequivalencia", respectivamente, mientras que el 44% informaron que son capaces de explicar la bioequivalencia a sus pacientes. Aproximadamente el 52% de los médicos informaron que los genéricos locales deberían ser sustituidos por las marcas si es adecuado para el caso, y el 21,9% informaron que creen que los genéricos locales aprobados por la SFDA (Saudi Food and Drug Authority) son terapéuticamente equivalentes a sus marcas. La efectividad clínica fue reportada por el 71.9% de los médicos como el factor más influyente que afecta la prescripción de la marca sobre la medicación genérica local. Los tres predictores independientes significativos para la prescripción infrecuente de genéricos locales entre los médicos: empleo en el sector público (OR = 3.74, [IC 95% 1.50-9.43]), nivel del consultor (OR = 3.94, [IC 95% 1.50-10.31]) y bajo nivel de conocimiento sobre los genéricos locales (OR = 4.11, [IC 95% 1.56-10.84]). Como conclusión señalan que: La baja participación de mercado de los medicamentos genéricos locales atribuidos a las bajas tasas de prescripción es significativamente mayor entre los médicos de alto nivel que trabajan en hospitales gubernamentales. El bajo nivel de conocimiento sobre medicamentos genéricos entre los médicos fue el factor predictivo más

fuerte para la baja prescripción. Se necesitan estudios futuros más grandes para confirmar estos resultados.

Čatić T , Avdagić L , Martinović I (2017), en Bosnia y Herzegovina, realizaron el estudio titulado “Conocimientos y actitudes de médicos y farmacéuticos con respecto al uso de medicamentos genéricos en Bosnia y Herzegovina”, con el objetivo Investigar y evaluar el conocimiento y las actitudes de farmacéuticos y médicos con respecto a la prescripción de medicamentos genéricos para evaluar las tendencias actuales, obstáculos para prescribir / dispensar genéricos y sugerir posibles mejoras de prescripción racional y económica teniendo en cuenta los escasos presupuestos públicos para medicamentos. Método: Se realizó una encuesta transversal entre 450 médicos de atención primaria (prescriptores) y farmacéuticos en cuatro ciudades principales de Bosnia y Herzegovina (Sarajevo, Banja Luka, Tuzla y Mostar) durante el período comprendido entre enero y marzo de 2016. La encuesta (cuestionario) fue desarrollada y la percepción de los médicos y farmacéuticos se examinó utilizando la escala de Likert de 5 puntos. Se usaron estadísticas descriptivas para examinar las características de los encuestados y sus respuestas a las preguntas de la encuesta. La percepción de los encuestados basada en diferentes características se evaluó mediante regresión logística ordinal. Resultados: En general, se encontraron actitudes positivas hacia los medicamentos genéricos. La mayoría de los encuestados, 392 (87.0%) consideraron los medicamentos genéricos lo mismo que los originales y podrían ser sustituidos mutuamente. Los médicos eran más propensos a recetar medicamentos de marca, 297/450 (66.6%), aunque 391/450 (86.8%) conocían las alternativas genéricas. Los encuestados creen que los pacientes consideran que los medicamentos genéricos son menos efectivos, 204 (45.4%); y 221 (49.0%) desapruueba la sustitución por genéricos. En conclusión señalan que sus hallazgos sugieren que se debe proporcionar más educación y más información sobre los beneficios de los medicamentos genéricos a las partes interesadas clave, incluidos los pacientes. Además, deberían introducirse políticas más claras de medicamentos genéricos para mejorar la prescripción genérica y potencialmente mejorar el acceso y optimizar el gasto público farmacéutico.

Iizuka, T y Kubo, K (2011), en Japón, en un estudio titulado “El mercado de medicamentos genéricos en Japón: ¿finalmente despegará?”, señalan que históricamente, los productos farmacéuticos de marca han disfrutado de largos períodos de exclusividad de mercado en Japón, dado el uso limitado de los genéricos después del vencimiento de la patente. Sin embargo, para mejorar la eficiencia del sistema de atención de la salud, el gobierno recientemente implementó varias políticas destinadas a aumentar la sustitución de genéricos. Aunque esto ha creado expectativas de que el mercado japonés de medicamentos genéricos finalmente pueda despegar, hasta la fecha, el uso genérico ha aumentado solo modestamente. Después de revisar los incentivos de los participantes clave del mercado

para elegir genéricos, argumentan que las políticas gubernamentales anteriores no ofrecían incentivos adecuados para que las farmacias impulsaran la sustitución genérica.

Shrank WH, Liberman JN, Fischer MA, Girdish C, Brennan TA y Choudhry NK, (2011) de la escuela de medicina de Harvard, realizaron el estudio “La percepción de los médicos sobre los medicamentos genéricos”, en que utilizaron escalas de Likert de 5 puntos para registrar las percepciones sobre la falta de adherencia a los medicamentos relacionada con los costos, la eficacia y la calidad de los medicamentos genéricos, las preferencias de uso genérico y las implicaciones de dispensar muestras de medicamentos, aplicando estadísticas descriptivas para evaluar las percepciones de los médicos. Sólo 30.4% de los invitados respondieron y 506 (18.3%) fueron elegibles e incluidos en la muestra final del estudio. Más del 23% de los médicos encuestados expresaron percepciones negativas sobre la eficacia de los medicamentos genéricos, casi el 50% reportaron percepciones negativas sobre la calidad de los medicamentos genéricos, y más de una cuarta parte no prefieren usar los genéricos como medicamentos de primera línea para ellos o para su familia. Los médicos mayores de 55 años tenían 3.3 veces más posibilidades de reportar percepciones negativas sobre la calidad genérica, 5.8 veces más posibilidades de informar que no usarían medicamentos genéricos por sí mismos y 7.5 veces más posibilidades de afirmar que no recomendarían medicamentos genéricos para los miembros de la familia ( $p < 0.05$  para todos). Los médicos informaron que los representantes de las compañías farmacéuticas son la fuente de información más común (75%) sobre la entrada al mercado de un medicamento genérico. Casi la mitad de los encuestados expresaron su preocupación de que las muestras gratuitas pueden afectar negativamente la accesibilidad posterior, sin embargo, dos tercios de los encuestados proporcionan muestras gratuitas. Los autores concluyen que una proporción significativa de los médicos expresaron percepciones negativas sobre los medicamentos genéricos, lo que representa una barrera potencial para el uso genérico. Los pagadores y los formuladores de políticas que intentan fomentar el uso genérico pueden considerar campañas educativas dirigidas a médicos de mayor edad.

Un estudio cualitativo denominado “Creencias, percepciones y conducta de los médicos generales hacia las medicinas genéricas”, realizado por Dunne SS, Shannon B, Cullen W y , Dunne CP (2014) en Irlanda, entrevistando a médicos generales, un año después de la introducción de una política de sustitución con genéricos y de precios referenciales, encontró resultados que difieren mucho de los señalados por Shrank WH et al (2011) para Boston (USA). Treinta de los 34 médicos participantes prescribían medicamentos genéricos activamente. Predominantemente, los participantes creían que los genéricos funcionaban con la misma eficacia y eran de la misma calidad que los medicamentos originales. Sin embargo, 32 médicos generales informaron haber recibido quejas de pacientes con respecto a los genéricos; casi un tercio reportó quejas de efectos secundarios aumentados o

alterados. Treinta y dos médicos declararon que tomarían un medicamento genérico, aunque uno de cada siete elegiría el original si se le ofreciera una opción. Una minoría de médicos generales opinó que los genéricos se fabrican con una calidad inferior a los originales y pueden ser un riesgo para la seguridad del paciente. Los autores concluyen que su estudio de las actitudes de los médicos generales hacia los medicamentos genéricos en Irlanda destaca que este grupo clave tiene actitudes generalmente positivas hacia los medicamentos genéricos y la nueva legislación. Sin embargo, se identificaron conocimientos variables sobre medicamentos genéricos, las preocupaciones con respecto a la experiencia del paciente, la eficacia clínica y la calidad de fabricación que podrían influir negativamente en las opiniones de los pacientes; la mejora de tales opiniones puede resultar importante para implementar con éxito la nueva legislación.

Iizuka, T (2007) en un artículo titulado “Problemas de la actuación de los expertos: evidencia del mercado de medicamentos recetados en Japón”, artículo que, según señala, está basado en el Capítulo 1 de su disertación doctoral en UCLA, examina la relación de la actuación médico-paciente en el contexto del mercado de medicamentos recetados en Japón. En este mercado, los médicos a menudo recetan y dispensan medicamentos y pueden obtener ganancias al hacerlo. Una preocupación es que, debido al incentivo creado por el mercado, las decisiones de prescripción médica pueden estar distorsionadas. Los resultados empíricos con medicamentos antihipertensivos sugieren que las opciones de prescripción médica están influenciadas por el mercado. Sin embargo, los médicos también son sensibles a los costos de bolsillo del paciente. En general, aunque el margen de beneficio afecta las opciones de prescripción, los médicos parecen más receptivos a los costos de bolsillo del paciente que a sus propias ganancias del margen de beneficio.

Skipper, Niels y Vejlin Rune (2015), en un estudio titulado “Determinantes de la elección del medicamento genérico frente a los de marca: Evidencia de datos daneses para toda la población” utilizaron datos daneses incluidas todas las prescripciones de siete medicamentos de gran éxito entre 1998 y 2008, lo que equivale a 13'415,012 recetas e investigaron si la demanda de medicamentos de marca recetados en los mercados posteriores al vencimiento de la patente es impulsada por el paciente o por el médico. Las estadísticas descriptivas sugieren una gran variación en la elección de medicamentos por los médicos. Las características del médico cuentan para menos del 1% de la variación observada en la elección del fármaco. Las características de los pacientes para el 28% de la variación observada. Cuando las patentes se vencen, la marca a menudo mantiene cuotas de mercado no despreciables. No obstante, utilizando un modelo de efectos fijos bidireccionales, encontró que los principales determinantes del uso de drogas de marca son las características de los pacientes y los efectos en los precios.

Ya-Ming Liu, Yea-Huei Kao Yang, Chee-Ruey Hsieh (2008) realizaron el estudio “Incentivos financieros y decisiones de prescripción médica sobre la elección entre medicamentos genéricos y de marca: evidencia de Taiwán”, para evaluar la hipótesis de si los incentivos financieros afectan o no la decisión de un médico en la prescripción eligiendo medicamentos genéricos versus medicamentos de marca dentro de un sistema en el que los médicos prescriben y dispensan drogas. Al utilizar datos obtenidos de Taiwán y enfocarse en pacientes diabéticos, sus resultados empíricos proporcionaron varios hallazgos consistentes en apoyo de la hipótesis de que los incentivos de ganancias sí afectan la decisión de prescripción del médico, lo que sugiere que los médicos actúan como agentes imperfectos. Una implicación importante de sus hallazgos es que la búsqueda de rentas en el margen de beneficio entre el reembolso y el precio de adquisición en lugar de reducir los costos del usuario es la principal fuerza impulsora detrás de la sustitución genérica. Como resultado, los proveedores en lugar de los pagadores o los consumidores obtienen los beneficios financieros de la sustitución genérica.

### **Investigaciones Nacionales Recientes**

En nuestro país las diversas profesiones han comenzado a investigar el tema de la motivación teniendo en cuenta sus propios intereses, principalmente en el sector financiero y en el sector industrial, reconociéndose la existencia de motivaciones intrínsecas y extrínsecas y motivadores financieros y no financieros, especialmente relacionadas con el incremento de la productividad (Gutierrez, Walter 2013). Nos referiremos aquí sólo a investigaciones relacionadas con las motivaciones existentes en la prescripción de fármacos de marca o genéricos. No hemos encontrado investigaciones específicas en nuestro país sobre el tema de las motivaciones que tienen los médicos para recetar medicamentos genéricos o de marca. Sin embargo, en el marco de investigaciones sobre buenas prácticas de prescripción existen algunos datos relacionados con nuestra investigación, que mencionamos seguidamente.

Jiménez Yovanna y Bazán Sandra, en 2017, han presentado una tesis para optar el Título de Químico Farmacéutico, titulada Cumplimiento de las Buenas Prácticas de Prescripción del Programa de Atención Ambulatoria de la Clínica Maison de Sante Mayo - Julio 2016, para lo que analizaron 400 recetas que fueron atendidas en la Farmacia de esa Clínica, informando que el 100% de las recetas consignan la Denominación Común Internacional (p. 26), sin proponerse averiguar el porcentaje de aquellas prescripciones en las que, además de la Denominación Común Internacional, DCI, está presente un nombre de marca.

Obando, Rocío y Herrera, Juan , en 2017, ha presentado una Tesis para optar el Título de Químico Farmacéutico, titulada Determinación del cumplimiento de las buenas prácticas de prescripción en el Servicio de Medicina General del Hospital “Los Olivos” del periodo setiembre-diciembre 2016, en la que analizaron 1250 recetas, encontrando que 54.5% cumplen con la Denominación Común Internacional (p.25), y en 45.5 esta DCI está ausente, lo que significaría que sólo está consignado el nombre de marca. No se determinó el porcentaje de aquellas recetas en las que, además de cumplir con la denominación DCI, se consignan nombres de marca.

Acero, Fiorella, en 2016, ha presentado la tesis titulada “Cumplimiento de buenas prácticas de prescripción en recetas médicas dispensadas en dos boticas del distrito de San Juan de Lurigancho durante el periodo Febrero – Marzo del 2016”; para optar el título profesional de Químico Farmacéutico, en la que analizó 96 recetas, reportando que sólo en 31% se cumplió con consignar la DCI de todos los medicamentos de la receta, en 11% se cumplió parcialmente y en 58% no se consignó la DCI de ningún medicamento de la receta, mencionándose en este porcentaje explícitamente que sólo se consignó el nombre comercial (p. 40).

En ninguna de estas tesis, sobre el cumplimiento de las buenas prácticas de prescripción, se determina en que porcentaje del total de las recetas está consignado un nombre de marca, probablemente porque recetar medicamentos de marca no es, desde luego, una mala práctica de prescripción, según la legislación peruana y desde el punto de vista bioquímico; pero debería considerarse que en muchos casos si puede ser perjudicial, y por tanto mala práctica, desde el punto de vista bio-social. La exigencia de que el médico consigne la DCI facilita que el paciente pueda optar por la alternativa más económica, y que el farmacéutico pueda efectuar sustituciones sin que el paciente lo solicite, pero la potestad de que adicionalmente pueda consignar un nombre de marca, o peor aún el abierto incumplimiento de la ley consignando solo el nombre de marca, pueden tener efectos muy definidos en contra de la economía del paciente, porque sucede que frecuentemente en las personas la escasez de recursos se acompaña de escasez de conocimientos.

### **1.5. Justificación de la investigación**

El elevado precio de los medicamentos de marca puede incrementar mucho los efectos, algunas veces catastróficos, que la enfermedad causa en la estabilidad emocional, social y económica de la familia del paciente, irguiéndose como difícil barrera para la oportunidad de la medicación, para la continuidad del tratamiento, la recuperación de la salud y para la demanda de posteriores servicios, convirtiéndose en una fuente de insatisfacción con el sistema de salud y sus profesionales. Siendo los medicamentos de marca muy costosos para las débiles economías de muchos hogares y proporcionalmente onerosos para las divisas de

nuestro país, era y es muy necesario conocer y evaluar las motivaciones que tienen los médicos para recetar medicamentos de marca.

En un estado democrático liberal como el nuestro, que proclama que la defensa de la persona humana es su fin supremo (Artículo primero de nuestra Constitución), se requiere de decisiones para, en defensa de la persona humana, lograr que todos los medicamentos, - que son la principal esperanza de sanación de esas personas y símbolo de la igualdad biológica en el trance de la enfermedad-, lleguen a los pacientes cuando los necesitan.

Es prudente y necesario, estudiar las motivaciones de estas prescripciones financieramente problemáticas, para disminuir el riesgo de errar en la propuesta de soluciones. Como señala Bunge, la descripción, el análisis y la teorización deben preceder a las prescripciones y proscripciones políticas, pues sin eso se corre el riesgo de elaborar políticas ineficaces en los mejores casos y desastrosas en los peores; concluyendo: “primero aprenda, luego actúe. Después de todo, así es como procede la medicina moderna: para encontrar una cura a cualquier enfermedad, empieza por intentar develar su mecanismo” (Bunge 1999, p 329), método que es válido no sólo para enfrentar las enfermedades sino para enfrentar los problemas sociales de la salud pública.

## **1.6. Limitaciones de la investigación**

La investigación propuesta busca explorar y describir las motivaciones que declaran los médicos para prescribir medicamentos de marca, la percepción que tienen de la labor informativa que al respecto cumplen la industria farmacéutica internacional y el departamentos de farmacia de un hospital, el nivel de acuerdo con normas de prescripción existentes en nuestro país y con las alternativas de financiamiento de los medicamentos, para establecer posibles relaciones entre esos aspectos y plantear explicaciones que permitan comprender el problema. Por tanto, su alcance es principalmente descriptivo con algunos alcances relacionales y explicativos.

Al respecto es conveniente recordar lo que señala un conocido texto de Metodología de la Investigación: “¿Cuál de los cuatro alcances para un estudio es el mejor?. (...) la respuesta es muy simple: *todos*. Los cuatro alcances del proceso de la investigación son igualmente válidos e importantes y han contribuido al avance de las diferentes ciencias. Cada uno tiene sus objetivos y razón de ser. En este sentido, un estudiante no debe preocuparse si su estudio va a ser o iniciarse como exploratorio, descriptivo, correlacional o explicativo; más bien, debe interesarse por hacerlo bien y contribuir al conocimiento de un fenómeno” (Hernández Sampieri, R, Fernández Collado, C y Baptista Lucio, P; 2014, p 99).



Los datos de nuestra investigación fueron recogidos mediante una encuesta estructurada personal supervisada anónima. No fueron recogidas mediante una entrevista, que podría permitir captar el lenguaje corporal e intuir si el declarante duda o miente en algún aspecto pero que, por eso mismo, tendría un alto componente subjetivo que queríamos disminuir, ni mediante la observación de la práctica prescriptora, porque eso no nos daría información sobre las motivaciones que expresan los médicos para recetar medicamentos de marca que es lo que queremos investigar. Nuestra investigación se basa en lo que expresan los prescriptores y ello consta claramente en el título. El carácter anónimo de la encuesta puede animarlos a declarar exactamente la verdad pero también puede brindarles la ocasión de mentir en algunos aspectos; es un riesgo, quedando claro que nos basamos en lo que expresan los prescriptores en una encuesta anónima.

Sus limitaciones de ámbito geográfico no parecen demasiado importantes porque no nos proponíamos aportar datos numéricos que luego se podrían comparar y sumar para describir una realidad permanente. Buscamos, en el espíritu de la Salud Pública, - que es la ciencia de la acción social en torno a los problemas de la salud-, detectar la actual importancia relativa de las motivaciones que expresan los médicos para prescribir medicamentos de marca, principalmente con la finalidad de efectuar una discusión doctrinaria sistémica al respecto y plantear acciones simples y viables que permitan disminuir la prescripción de medicamentos de marca tan onerosa para los pacientes.

## **1.7 . Objetivos**

### **Objetivo General**

Determinar cuáles son las motivaciones que más frecuentemente tienen los médicos del Hospital General de Huacho para recetar medicamentos de marca, según ellos lo expresan.

### **Objetivos Específicos**

Objetivo específico 1: Determinar cuál es la distribución de frecuencias con las que los médicos incluyen por lo menos un medicamento de marca en las recetas que emiten, según ellos lo declaran

Objetivo específico 2: Determinar la distribución de las frecuencias con que el Departamento de Farmacia les hace llegar a los médicos información sobre disponibilidad y precios de los medicamentos genéricos, según ellos lo declaran

Objetivo específico 3: Determinar la distribución de las frecuencias con que los representantes de los medicamentos de marcas les hacen llegar a los médicos propaganda, información, muestras médicas de sus productos

Objetivo específico 4: Estimar la frecuencia con la que los médicos cuando recetan medicamentos de marca lo hacen en una receta adicional

Objetivo específico 5: Determinar cuál es la principal consideración gnoseológica en que los médicos basan su juicio de que los medicamentos de marca son mejores que los medicamentos genéricos.

Objetivo específico 6: Determinar cuál es el nivel de acuerdo de los médicos con el enunciado: “Al prescribir medicamentos, el médico debe consignar obligatoriamente primero su Denominación Común Internacional (DCI) y sólo después si lo cree conveniente un nombre de marca

Objetivo específico 7. Determinar cuál es el nivel de acuerdo de los médicos con el enunciado: “Al prescribir medicamentos, el médico debe consignar obligatoriamente primero su Denominación Común Internacional (DCI) y sólo después si lo cree conveniente un nombre de marca”

Objetivo específico 8. Determinar cuál es el nivel de acuerdo de los médicos con el enunciado: “Al prescribir medicamentos, el médico debe consignar obligatoriamente primero su Denominación Común Internacional (DCI) y sólo después si lo cree conveniente un nombre de marca”

Objetivo específico 9. Determinar cuál es el nivel de acuerdo de los médicos con el enunciado: “La responsabilidad del médico como médico tratante cesa si la prescripción o receta es sustituida”

Objetivo específico 10. Determinar cuál es el nivel de acuerdo de los médicos con el enunciado: “Aceptar incentivos de las empresas que promocionan medicamentos constituye falta ética”

Objetivo específico 11: Estimar la frecuencia de opiniones ideológicas, respecto a la libertad de prescribir genérico o de marca y el tipo de financiamiento de las medicinas (privado familiar o colectivo público)

Objetivo específico 12: Determinar si es que las variables: Década de titulación y Tipo de Universidad de titulación son factores relacionados con la presencia o ausencia de inclusión de medicamentos de marca en la receta

Objetivo específico 13: Determinar si es que las variables referentes a la apreciación del médico del entorno conceptual informativo, normativo y político de la prescripción son factores relacionados con la presencia o ausencia de inclusión de medicamentos de marca

Objetivo específico 14: Hacer observaciones ontológicas, metodológicas, aplicativas y gnoseológicas al sistema de prescripción de medicamentos del Hospital General de Huacho

## **1.8 . Hipótesis**

### **Hipótesis General**

Los médicos tienen algunas motivaciones más frecuentes que otras para recetar medicamentos de marca

### **Hipótesis Específicas**

Hipótesis específica 1: La frecuencia con la que los médicos incluyen por lo menos un medicamento de marca en las recetas que emiten, según ellos lo declaran, es polarizada bimodal con las mayores frecuencias de médicos que con poca frecuencia recetan medicamentos de marca y de médicos que con alta o mucha frecuencia recetan medicamentos de marca.

Hipótesis específica 2: La mayoría de médicos declara que nunca o casi nunca el Departamento de Farmacia les hace llegar a los médicos información sobre disponibilidad y precios de los medicamentos genéricos

Hipótesis específica 3: La mayoría de médicos manifiesta que siempre, casi siempre o normalmente los representantes de los medicamentos de marca les hacen llegar a los médicos propaganda, información, muestras médicas de sus productos

Hipótesis específica 4: Más de 30% de los médicos, cuando receta un medicamento de marca, siempre o casi siempre lo hace en una receta adicional.

Hipótesis específica 5: La principal consideración gnoseológica en que basa su juicio de que los medicamentos de marca son mejores que los medicamentos genéricos es la experiencia propia, según lo declaran los médicos

Hipótesis específica 6: La mayoría de médicos está de acuerdo con que al prescribir un medicamento obligatoriamente primero debe consignar la Denominación Común Internacional y sólo después si lo cree conveniente un nombre de marca.

Hipótesis específica 7: La mayoría de médicos está en desacuerdo o muy en desacuerdo con la sustitución de medicamentos por el químico-farmacéutico

Hipótesis específica 8: La mayoría de médicos está de acuerdo o muy de acuerdo con que al prescribir un medicamento, el médico debe considerar la posibilidad de que el paciente

elija una alternativa económica e igualmente eficaz, sea el medicamento genérico o de marca.

Hipótesis específica 9: La mayoría de médicos está de acuerdo o muy de acuerdo con que la responsabilidad del médico como médico tratante cesa si la prescripción o receta es sustituida

Hipótesis específica 10: La mayoría de médicos está de acuerdo o muy de acuerdo con que aceptar incentivos de las empresas que promocionan medicamentos constituye falta ética.

Hipótesis específica 11: La mayoría de médicos expresa que en nuestro país la ley debería establecer que los médicos deberían prescribir libremente medicamentos genéricos o de marca, financiados totalmente por un sistema colectivo (seguro social o estatal)

Hipótesis específica 12: Las variables: Década de titulación y Universidad de titulación son factores relacionados con la presencia o ausencia de medicamentos de marca en sus prescripciones

Hipótesis específica 13: Las variables referentes a la apreciación del médico del propio bagaje motivacional y la apreciación del entorno informativo, normativo y político de la prescripción son factores relacionados con la presencia o ausencia de inclusión de medicamentos de marca

Hipótesis específica 14: En el sistema prescriptor de medicamentos, existen empirismo ontológico, metodológico, aplicativo y gnoseológico, propiciando la prescripción de medicamentos de marca.

## II MARCO TEÓRICO

### 2.1 Marco conceptual

Tres son, como veremos, las principales teorías generales relacionadas con nuestro tema: la teoría de la motivación, la teoría de sistemas y la teoría de la comunicación.

#### La teoría de la motivación

En 1838, cuando todavía no existía el premio Nobel, pero ya se buscaba premiar los mejores aportes al desarrollo de la ciencia, la Real Sociedad Noruega de las Ciencias, anunció un premio por única vez para quien diera mejor respuesta a la pregunta “¿Puede demostrarse la libertad de la voluntad humana a partir de la autoconciencia?”. El premio fue otorgado al año siguiente a Arthur Schopenhauer por el texto “Sobre la libertad de la voluntad”, en el que explicaba que: “un motivo no puede nunca ser en sí mismo irresistible, nunca puede tener una violencia incondicionada, sino que siempre queda la posibilidad de que un contramotivo más fuerte prevalezca sobre él” (Schopenhauer, 2002, p 39) y después agregaba: “la mayor parte, con mucho, de nuestra conciencia total, no es la autoconciencia sino la conciencia de otras cosas que es la facultad de conocer” (Ib., p 44) y “la autoconciencia contiene meramente el querer y no las razones determinantes del querer, que se encuentran en la conciencia de otras cosas, es decir, en la facultad de conocer. Es en cambio la posibilidad objetiva la que decide: pero esta se encuentra fuera de la autoconciencia, en el mundo de los objetos, a los que pertenecen el motivo y el hombre en cuanto objeto” (Ib, p 50). “Es la voluntad del hombre la que constituye su propio yo, el verdadero núcleo de su ser” (p.54). En resumen: El yo es la voluntad, que en cada momento es estimulada por diversos motivos resistibles de variada intensidad, que surgen más de su conocimiento de las cosas que de su autoconciencia, siendo finalmente la posibilidad objetiva, que incluye el conocimiento de los objetos y de los motivos, la que decide. Clara visión sistémica, que en su tiempo fue premiada.

Más de un siglo después, en 1943, Abraham Maslow desarrolló una teoría sobre la motivación humana que ha tenido gran fama y ulteriores modificaciones, en la que planteó que las necesidades son las que motivan a los humanos existiendo cinco niveles de necesidades que surgen prepotentemente una sobre la otra, lo que después ha sido graficado como una pirámide. En el primer nivel están las necesidades fisiológicas destinadas a mantener la homeostasis de nuestro organismo (comer, dormir, respirar, coitar, etc). Si esas necesidades fisiológicas son relativamente bien satisfechas entonces emerge un nuevo grupo de necesidades las cuales gruesamente caracteriza como necesidades de seguridad (física, de espacio, de recursos, de empleo) que pueden llegar a subestimar a las necesidades fisiológicas. Si las necesidades fisiológicas y de seguridad están bastante bien satisfechas, entonces surgirán las necesidades de dar y recibir amor y afecto y pertenencia, y todo el ciclo ya descrito se repetirá con este nuevo centro. Ahora la persona sentirá con

fuerza, como nunca antes, la ausencia de amigos, un amor, una esposa o niños. Tendrá hambre de relaciones afectivas con la gente en general. Después surge la necesidad de estima; de autoestima y estima por los demás, de logro y respeto, de libertad, de reputación y prestigio. Finalmente están las necesidades de auto realización, de vigencia y desarrollo de la propia obra, de creatividad e invención. Maslow percibió que estas necesidades no son suficientes para explicar la motivación humana, y por eso en su propio escrito original planteó que existen también necesidades cognitivas: el deseo de conocer y comprender, mencionando que tiene certezas sobre la presencia de estas motivaciones cognitivas entre la gente inteligente pero que no tenía datos para asegurar que están presentes en lo que llama la gente no inteligente, y que el deseo de conocer es prepotente sobre el deseo de comprender (Maslow, 1943). “Esta teoría está, pienso, en la tradición funcionalista de James y Dewey, y se fusiona con el holismo de Wertheimer, Goldstein y la Psicología Gestalt, y con el dinamismo de Freud y Adler. Esta fusión o síntesis puede ser arbitrariamente llamada una teoría 'dinámica general’ “ (Ib., p.3). En su escrito, de 21 páginas, Maslow menciona a otros varios autores y es sorprendente que no haya citado el laureado texto de Schopenhauer, ni para criticarlo.

Antes de Maslow existieron varias teorías para explicar la motivación humana. En su famoso La Riqueza de las Naciones (1776), Adam Smith había planteado que lo que motiva a los seres humanos es el afán egoísta del propio bienestar. Freud había sostenido que era el instinto sexual, y su discípulo Adler el instinto de poder. Una seguidora de ambos, Karen Horney planteó que la gente era motivada no por fuerzas sexuales ni de agresión sino por las necesidades de protección y seguridad (Tamayo, 1991 p 29). Lo útil de la teoría de Maslow fue romper con explicaciones mono causales, integrando en un todo multi causal, jerárquico (lo que también estaba sucediendo en otros campos de las ciencias) las explicaciones de la motivación. La teoría de Maslow fue llamada después teoría de la Jerarquización de necesidades, y es muy claro que apologiza la jerarquización de la sociedad; desde entonces han aparecido varias otras. Navajo (2012) plantea la existencia actual de 8 teorías principales sobre la motivación, y en nuestro país López Mas (2005) plantea la existencia de muchas teorías y la relevancia de seis de ellas: de las necesidades, de la equidad, de los refuerzos, de las expectativas, de las metas, cada una de ellas con ramas, encomiando finalmente la teoría bifactorial de Herzberg, la cual sostiene que las personas tienen dos tipos de necesidades, la necesidad animal de evitar el sufrimiento y la necesidad humana de logro, que nos parece bastante acertada pero general. Varias de ellas tienen notable sesgo insistiendo en la mayor importancia de algún aspecto particular, ignorando el sistemismo de Schopenhauer.

En realidad la formulación de teorías únicas, unificadoras o reduccionistas en las ciencias biosociales es una práctica tomada irreflexivamente de un paradigma de la ciencia física que buscaba una explicación unificada, reducida a una sola fuerza, de todo el universo. Como advierte Popper, aun “en la ciencia física tenemos que tratar con al menos cuatro

tipos de fuerzas muy diferentes y todavía irreductibles: gravitación, interacción débil, fuerzas electromagnéticas y fuerzas nucleares” (Popper, 2012, p 55) y luego agrega “el reduccionismo ha fracasado como filosofía. Pero desde un punto de vista metodológico, los intentos reduccionistas han conducido en detalle a un desconcertante éxito tras otro, y para la ciencia incluso los fracasos fueron extraordinariamente fructíferos” (p 60). Ante la complejidad de las fuerzas que intervienen en la motivación humana, psicólogos modernos que han revisado el tema señalan “La primera conclusión (...) es que los motivos son muchos y muy variados, por lo que la motivación se define como un proceso multideterminado” (Barberá, 1997, párrafo 13).

Es claro que “Las personas son impulsadas o motivadas por intereses. (...) Sin embargo, hay intereses de diversas clases: no sólo económicos sino también ambientales, biológicos, políticos y culturales (...) todo adulto responsable posee intereses de las cinco clases, aunque en proporciones diferentes” (Bunge, 2009, p 137-138). A las cinco clases de intereses mencionadas por Bunge habría que agregar los intereses psicológicos (satisfacción por el deber cumplido, dar y recibir amor y amistad) y tener en cuenta que las proporciones de esos intereses y sus intensidades varían no sólo respecto a cada individuo sino de acuerdo a las circunstancias racionales e irracionales de cada individuo, e interactúan entre si bloqueando o modificando sus potencias. No toda nuestra actuación es racional intelectual, bien informada y libre como imagina erróneamente la teoría de la elección racional, tenemos un cerebro emocional, el sistema límbico, que produce e introduce en nuestro razonamiento a las emociones, algunas de las cuales son “emociones morales, tales como la empatía y la compasión” (Bunge, 2009, p 155).

## **La Teoría de sistemas**

En 1947, el biólogo austríaco Ludwig von Bertalanffy planteó la teoría general de sistemas propiamente dicha, exponiendo sus fundamentos, su desarrollo y sus aplicaciones, lo que anunció entonces la revolución que ha venido ocurriendo en el enfoque de todas las ciencias incluyendo el surgimiento de la cibernética (Mele, C, Pels, J y Polese, F, 2010). En la edición de su libro del año 1968, el propio Von Bertalanffy decía que la filosofía de su teoría era “la reorientación del pensamiento y la visión del mundo resultante de la introducción del < sistema > como nuevo paradigma científico (en contraste con el paradigma analítico, mecanicista, unidireccionalmente causal, de la ciencia clásica)” (Bertalanffy, 1968). Han aparecido enfoques sistémicos cuyas tesis principales son que, todas las cosas y fenómenos del mundo son sistemas o subsistemas, que son abiertos, formados por varios componentes que interactúan no siempre de manera jerárquica sino en variadas asas de retroalimentación y que el cambio de un componente afecta a los demás con resultados que la ciencia busca predecir (Bunge 2005, p 196). Algunos autores de gran audiencia internacional, propugnan este enfoque como una forma de pensamiento que debe enseñarse para resolver los problemas de las empresas y de la sociedad. El libro La Quinta Disciplina (Senge, 1998) está dedicado en su totalidad a explicar el pensamiento

sistémico: “La naturaleza (que nos incluye) no está constituida por partes dentro de totalidades. Está constituida por totalidades dentro de totalidades” (Ib. p 455). “Cuando hay problemas, en una familia o una organización, un maestro del pensamiento sistémico los ve automáticamente como originados en estructuras subyacentes y no en errores individuales o en mala voluntad” (Ib. p 459). Hoy el enfoque sistémico se ha extendido en las organizaciones exitosas de tal manera que muchos lo dan por sentado, casi ni se nota, y omiten estudiarlo, dominarlo y aplicarlo. En nuestro estudio desarrollamos un enfoque sistémico específico en relación con la prescripción de medicamentos y veremos su deficiente aplicación en nuestro país.

## **La Teoría de la comunicación**

La comunicación es la “Transmisión de señales mediante un código común al emisor y al receptor” (DRAE). Ese código común suele ser el lenguaje, pero hay códigos ocultos y otros tácitos. Se denomina información, del latín “informatio” que significa “concepto”, “explicación de una palabra” a aquella “comunicación de conocimientos que permiten ampliar o precisar los que se poseen sobre una materia determinada” (DRAE); por eso, en ambientes laborales, comunicación e información se usan generalmente como sinónimos. Por nuestra parte en un opúsculo para trabajadores de un hospital hemos señalado: “Principio de la comunicación. El hombre es un ser simbolista por excelencia, lo que alguien haga o no haga, lo que diga o no diga, tiene un significado para cualquiera que observe. Es imposible dejar de comunicar; nuestro rostro, nuestra actitud, hasta nuestra ausencia o nuestro silencio hablan por nosotros” (Palacios, 2006).

En su famoso libro “La tercera ola”, Alvin Toffler, hace ya casi 40 años, señalaba: “la información se ha convertido quizás en el asunto más importante y de crecimiento más rápido del mundo” (Toffler, 1981, p. 162). Aunque ya, una década antes, se había inventado la Internet, apenas empezaba a conocerse y su uso recién comenzó a hacerse masivo en la década de los 90. “En los 20 años desde 1995, el uso de internet se ha multiplicado por 100, cubriendo en 2015 a la tercera parte de la población mundial” (Wikipedia). En el 2009 apareció wasap (WhatsApp en inglés), aplicación de mensajería que usa la plataforma tecnológica de la Internet, que permite el intercambio inmediato de textos, fotos, videos, libros, música, usando sólo el teléfono celular, con altísima privacidad, lo que ha convertido a esa aplicación en el medio de comunicación más usado entre los grupos profesionales y en los centros laborales. Dada su enorme capacidad para transmitir información convertible inmediatamente en conocimientos, es indudable que la nueva tecnología de comunicación se ha convertido en un componente imprescindible de cualquier grupo humano que no quiera mantenerse al margen de la civilización actual. Lamentablemente como lo señalan Alvin Toffler y Heidi Toffler en su libro “La revolución de la riqueza”: “El cuidado de la salud es el campo donde las nuevas tecnologías más avanzadas conviven con las instituciones más obsoletas, desorganizadas, contraproducentes y, a menudo, letales (...) Ciertamente es que ni siquiera en los países más ricos sabemos cuánta



gente muere por falta de asistencia sanitaria (...), los costes de la salud crecen fuera de control” (Toffler A y Toffler H, 2006).

Ya en 1985 la Conferencia de Nairobi de la OMS reconocía en el punto 17 del Resumen del Director que en los países avanzados se están desarrollando sistemas de telecomunicaciones para los médicos mediante información farmacéutica por computadora y que era de esperarse que eso se extienda a los países en desarrollo (OMS, 1985). Por nuestra parte, ejerciendo en el año 2001 la Dirección Ejecutiva del Hospital Regional de Huacho, implementamos un sistema informático de Farmacia con lo que se mejoró la información bidireccional entre los consultorios y la farmacia, y se logró al cabo de sólo 6 meses incrementar un 27% el porcentaje mensual de recetas atendidas, con el correspondiente alivio económico para los usuarios, lo que fue seleccionado entre las 16 experiencias más exitosas en modernización hospitalaria entre 101 hospitales e institutos especializados que fueron convocados y 60 trabajos que fueron evaluados ( Ministerio de Salud, 2002); lamentablemente el sistema al cabo de algunos años fue desmantelado. Hoy en nuestro país cada médico tiene una computadora portátil en su bolsillo, su Smartphone, pero, parece ser que los médicos perciben como ausente o inexistente la información de los Departamentos de Farmacia.

En los sistemas de prescripciones de medicamentos y conocimientos relacionados, como en todo sistema o subsistema de la cultura, un aspecto conceptual moderno que debe tenerse muy en cuenta es la existencia de los memes. En 1976 el biólogo Richard Dawkins propuso, en su libro *El gen egoísta*, el nombre de meme para la “unidad de transmisión cultural” (sea verdadera o falsa) o la “unidad de imitación”, “un nuevo replicador”, que se registra en nuestros cerebros, muta y pugna por transmitirse a otros cerebros y prevalecer, de manera similar a los genes en los seres vivientes (Dawkins, 1993). Perspicaz observación, algo secundaria en el libro, pero que abre una nueva visión de la cultura porque implica, como programa científico y como método, identificar las unidades de cultura y diseccionar y simplificar el estudio de la evolución de las ideas científicas y tecnológicas y de los paradigmas, pero también de las ideologías religiosas y políticas, y de la propaganda, que tanta fuerza tienen como motivadores en la conducta humana, incluyendo las actuales graves tensiones interculturales, pero sin confundir esas ideas con las personas, ni con las supuestas escuelas, razas y naciones que parcial o totalmente las comparten. “Nuestros pensamientos y nuestro modo de aferrarnos a ellos son los que están en conflicto, no nosotros” (Senge, 1998, p. 303). El nombre de meme en la Internet se ha popularizado para unidades de transmisión cultural muy simples, generalmente burlonas, sobre acontecimientos diarios de la vida de los famosos, mostrados en fotos, pero tales memes son sólo alternativas muy vulgares, frágiles y efímeras de los memes importantes de la cultura humana. La existencia de una realidad memética de la cultura humana parece innegable: patria, pueblo, dios, justicia, democracia, libertad, solidaridad, rueda, palanca,

formas de fabricar un instrumento o realizar una operación quirúrgica, consignas, tonadas, refranes, conceptos correctos, prejuicios, supersticiones, etcétera son memes que pasan de una persona a otra, mutan y continúan transmitiéndose.

Otra cosa, que muchas veces se confunde es considerar si es que existe actualmente una ciencia memética, como la genética. Aunque filósofos como el argentino Mario Bunge dan poca importancia a la observación de Dawkins y atacan la posibilidad de que pueda llegar a existir tal ciencia, mencionándolos como planteamientos pseudocientíficos, junto con la rabadomancia, la parapsicología y la propia genética sostenida en *El gen egoísta* (Bunge, 2009, p 419), otros como el costarricense Claudio Gutierrez dedican libros a explorar y desarrollar esta nueva concepción memética de la cultura (Gutierrez, 2006). Sin embargo, como muestra de que tal concepción ha revolucionado también a la comunidad científica, en una encuesta entre los actuales miembros de la Real Sociedad de Londres, en el 2017, con ocasión del 30 Aniversario de su prestigioso Premio de la Real Sociedad al Mejor Libro de Ciencia, el libro “*El gen egoísta*” de Dawkins (del año 1976) ha sido reconocido como el libro de difusión científica más inspirador de toda la historia de la nación inglesa y miembros de la Mancomunidad de Naciones, dejando en el segundo puesto a “*Una breve historia de casi todo*” de Bill Bryson (del año 2003) y en tercer puesto a “*El Origen de las Especies*” de Charles Darwin (del año 1859); más atrás quedaron libros como “*Breve historia del Tiempo*” de Stephen Hawking (1988), “*Principia Mathematica*” de Isaac Newton, “*Cosmos*” de Carl Sagan (Royal Society, 2017), por lo que no parece adecuado soslayar la concepción que plantea el carácter memético de la cultura humana y de su comunicación.

## **Bases teóricas especializadas sobre el tema**

### **Las medicinas genéricas**

Algunas de las prácticas de convivencia en los primates consisten en que los individuos se ayudan a acicalarse, desparasitarse o lamer sus heridas, para mantener la salud. Tales prácticas, que razonablemente pueden ser vistas como un mercado de favores, son gratuitas (sin costo) y genéricas (sin marca), y contribuyen mucho a la paz y a la cohesión social. Los humanos hemos agregado a nuestros cuidados mutuos bebidas medicinales, que después de siglos se han concentrado en comprimidos e inyectables, los medicamentos industriales, y otros diversos procedimientos, extendiéndolos a poblaciones cada vez más grandes desarrollándose así la práctica social y ciencia llamada salud pública.

Ese desarrollo de los medicamentos, que ha sido enorme en los últimos 80 años, sin embargo, ha tenido un correlato económico conflictivo, que ha causado exclusión de los más pobres en cada sociedad y de los pueblos menos desarrollados a nivel internacional, lo

que, al persistir actualmente, resulta ominoso en un contexto en el que paralelamente se declaran numerosos derechos humanos. En la lucha contra las enfermedades, la humanidad ha llegado a un punto en el que es criterio común admitir que los Estados no deben ni pueden desentenderse de intervenir en los aspectos financieros y administrativos de la salud. Uno de esos aspectos es el acceso financiero y administrativo a los medicamentos, y la existencia del personal adecuado para lograrlo (OMS, 2006).

Lograr que el paciente tome los medicamentos que se le prescribe, ha sido desde siempre, cometido principal del médico. “Como los egipcios, también los médicos hipocráticos preparaban personalmente sus fármacos” (Albarracín, 1985, p 66). Durante toda la antigüedad los médicos eran sobre todo farmacólogos, prescriptores y dispensadores de medicamentos. En toda la antigüedad “Médico no es quien diagnostica sino quien cura (...) En la medicina clásica el médico se define propia y formalmente como farmacólogo” (Gracia, 1985, p 90). En la edad media es que la profesión de farmacólogo va adquiriendo identidad propia, los medicamentos se separan del médico y este va perdiendo información de muchos aspectos de los fármacos, entre ellos sus costos, con la excepción de los países orientales donde, hasta la actualidad, se conserva la tradición de que los médicos dispensan, aunque no preparan, los modernos medicamentos que prescriben; lo que genera algunos problemas relacionados con el lucro (Iizuka Toshiaki, 2007; Ya-Ming Liu et al, 2008).

La ideología del libre mercado absoluto proclama la libre competencia sin restricciones, pero en la realidad histórica la industrialización de los medicamentos ha conllevado la práctica política de limitaciones legislativas a la competencia y a otros aspectos del libre mercado, a través de barreras a la entrada de nuevos productores, como son las patentes, establecidas para fomentar la invención (Samuelson y Nordhaus, 1996).

A inicios del siglo XIX, Friedrich Wilhelm Adam Sertürner (1783-1841), logró aislar, del opio, cristales de un alcaloide, que después fue llamado morfina (en alusión a Morfeo, dios griego del dormir y de los sueños), demostrando que era el principio activo causante de los principales efectos del opio. Con eso, la medicina pasó de su etapa alquimista, basada en infusiones, extractos y algunas sales, a su etapa científica (Goerig M y Schulte am Esch J., 1991, Chandrasekhar Krishnamurti y SSC Chakra Rao, 2016) ) basada en el estricto conocimiento de sustancias específicas llamadas principios activos, que fueron usados a dosis seguras para el tratamiento de diversas enfermedades. Había surgido el fármaco industrial estandarizado, pilar fundamental de la medicina moderna. Desde luego, inmediatamente los industriales se interesaron en obtener otros diversos principios activos de otras plantas, minerales y animales, y después principalmente por síntesis química, con comprensible afán de obtener y asegurarse un lucro mediante el resguardo de patentes, lo que, al crear un monopolio transitorio, durante años o décadas, suspende la vigencia del libre mercado y tiene diversas enormes repercusiones en los aspectos económicos de la salud individual y colectiva.

En respuesta a los desmedidos afanes de lucro monopólico de las transnacionales, los movimientos sociales y la opinión pública internacional presionaron para que los estados se interesaran en moderar las ganancias de los productores de fármacos y estos estuvieran accesibles a los sectores con más bajos recursos, principalmente mediante el mecanismo de ponerle plazo al derecho de patente, condición legal imprescindible para caducar el monopolio y dar paso al surgimiento de genéricos. Ha sido accidentada la historia de implantación del derecho de patente en los medicamentos, estableciéndose inicialmente una negativa de los países actualmente industrializados a admitir las patentes, para luego, frente a emigraciones y amenazas de emigraciones de los laboratorios productores, admitir las patentes con variantes (patentes de procesos y patentes de productos), flexibilizaciones y exclusividades, anulaciones, grandes variaciones en los plazos de vencimiento, ampliaciones, progresivo endurecimiento e internacionalización de las patentes a mediados del siglo XX mediante condicionamientos financieros (Lobo, 1989); sin poder evitar el inexorable vencimiento de los plazos, con el consiguiente desarrollo de las copias, lo que incluye después a los medicamentos genéricos.

La historia de la patente de los medicamentos en nuestro país es más reciente, porque durante varias décadas ha habido resistencia a otorgar patentes a fármacos esenciales, en el marco de la Comunidad Andina. Un Informe (Boulet, 2001) promovido por Médicos sin Fronteras decía:

La introducción de patentes para proteger los productos farmacéuticos, que data de 1991, podría reducir en los próximos años el acceso de la población con menor poder adquisitivo a los medicamentos. (...) la Comunidad Andina es una de las pocas regiones del mundo donde los políticos han resistido intensas presiones por parte de la industria farmacéutica y de los países industrializados que buscan un sistema de patentes que proteja, en gran medida, a los propietarios de las patentes a expensas del interés público (p 1)

La ley 29316 (año 2009), que modifica diversos dispositivos legales a fin de implementar el acuerdo de promoción comercial suscrito entre Perú y los Estados Unidos de América, enumera varias causales entre ellas “razones de interés público” para otorgar las llamadas licencias obligatorias, una forma de licencia para la producción o comercialización de medicamentos en nuestro país sin el permiso del dueño de la patente, reconociéndole a éste un pago proporcional (Molina, 2015), lo que permite negociar con las transnacionales por precios menores o dar paso a otros proveedores.

Lo cierto es que, la patente de la mayoría de fármacos de mayor demanda se ha vencido hace mucho tiempo, y en los últimos años se están venciendo muchas otras más, de fármacos considerados recientes, muy exitosos y muy rentables, con el consiguiente auge de la industria farmacéutica de genéricos (López, 2011). Muchos de esos fármacos, sean antiguos o más recientes, son de enorme utilidad por lo que la Organización Mundial de la Salud los reconoce como fármacos esenciales y recomienda que los estados aseguren su disponibilidad en cada país. En nuestro país el número de principios activos reconocidos en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales (PNUME) pasó de 346 (con 513 presentaciones) en el año 2002 a 442 (con 722 presentaciones) en el año 2012. (R.M. N° 599-2012/MINSA). En el año 2015 ya se incluía 738 presentaciones (RM 399-2015/MINSA); en ninguna parte del documento se menciona el número de principios activos. En diciembre de 2018, en nuestro país se han aprobado dos petitorios, uno de medicamentos esenciales que tampoco menciona el elemental dato de número de principios activos ni el número de presentaciones, y otro más reducido, de medicamentos vitales que comprende 114 principios activos. Mientras tanto el Petitorio de Medicamentos Esenciales y Especializados de Panamá del año 2017 cuenta con 712 principios activos (de los cuales 535 son esenciales y 177 especializados), en 1250 presentaciones farmacéuticas (La Estrella de Panamá, 2017).

La oferta real de los Medicamentos Esenciales tiene sin embargo un desabastecimiento de 2% a nivel nacional en los Establecimiento de Salud del Ministerio de Salud, del primer nivel de Atención (Puestos de Salud, Centros de Salud y Hospitales no Ejecutores) en diciembre de 2017 según la Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas del Ministerio de Salud (DIGEMID). No informa la DIGEMID sobre el desabastecimiento en aquellos Hospitales que son Unidades Ejecutoras de Presupuesto, pero en este caso el periodismo difunde información que contrasta. El diario El Comercio en su edición del 5 de febrero de 2018 expresa:

Sin embargo la escasa disponibilidad de medicamentos en el sector público obliga a los usuarios a comprarlos en las boticas privadas. A mayo del 2017, según un informe de la Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas (**Digemid**), solo el 1,2% de los hospitales e institutos especializados de salud públicos presentaba un óptimo nivel de disponibilidad de medicamentos.

Mientras tanto, un 42% y un 48% reportaban niveles de disponibilidad regular y bajo, respectivamente. Ninguno de los 25 hospitales e institutos públicos de Lima Metropolitana cuenta con un óptimo abastecimiento de medicinas” (Medicamentos: ¿importa más la disponibilidad o el precio?, 2018, párrafos 5 y 6)

La oferta de genéricos en los hospitales de nuestro país se observa, por tanto, deficiente y al complementarse con las recetas de marca evitables constituyen un plano inclinado para los pacientes que les dificulta la accesibilidad a los medicamentos.

La entrega de muestras médicas convierte al médico en el ejecutor de la propaganda de los medicamentos de marca

En la cultura occidental, desde hace varios siglos, el médico ha dejado de ser dispensador de medicamentos, labor que cumplen ahora la industria y los servicios farmacéuticos. En nuestro país el actual Código de Ética y Deontología del Colegio Médico, vigente desde 2007, no prohíbe que el médico intervenga directamente en la venta de medicamentos ni de insumos de salud, como sí lo prohibían los códigos anteriores. Sin embargo, la Ley General de Salud en su artículo 65 establece que, con la excepción de los medicamentos de venta libre, “el comercio de productos farmacéuticos sólo podrá efectuarse en establecimientos farmacéuticos, los que deben estar bajo la responsabilidad de un profesional químico farmacéutico”, lo que excluye a los médicos. Por su parte, los laboratorios productores y comercializadores de medicamentos de marca, con gran frecuencia, dan pequeñas cantidades de diversos medicamentos al médico para que éste los entregue gratuitamente a los pacientes y así difunda la correspondiente marca (muestra gratis le llaman). Por lo que, en las localidades donde existen establecimientos de venta de medicamentos (farmacias y boticas), moralmente es muy mal apreciado, como lucro indebido, además de ser ilegal, que el médico venda directamente medicamentos a sus pacientes. El médico receta para que el paciente adquiera los medicamentos en la farmacia de su elección, pero cuando se convierte en ejecutor de la propaganda de los medicamentos de marca, para que el paciente no se equivoque le entrega algunas muestras, que el paciente agradecerá pero que difícilmente podrá adquirir luego para continuar, salvo que el médico le explique que puede continuar con el genérico correspondiente porque es la misma sustancia. Eso ha llevado a que en varias ciudades del Brasil las municipalidades hayan iniciado la prohibición de la entrega de estas muestras médicas, con el consiguiente surgimiento de prácticas ocultas que propician otras, como cobros indebidos, que degradan la moral y el respeto a las normas (Buscato y Simoes, 2017).

### **Las motivaciones económicas**

Sin duda, son muy importantes las teorías que remarcan las motivaciones económicas. Es muy conocido que los laboratorios internacionales asedian con vistosas propagandas, amables visitantes, obsequios, y premios (por ejemplo financiamiento de asistencia a congresos nacionales e internacionales) a aquellos médicos que con mayor eficacia inducen o pueden inducir la demanda de determinados productos de marca (Belmonte, Eva y Bernardo, Ángela, 2018). No podemos mostrar cifras al respecto pero es un secreto a voces, y en una investigación con poder político o judicial no sería difícil probar que algunos médicos viajan a congresos, con gran componente turístico, con costos financiados

por los laboratorios transnacionales o sus representantes; mientras que el propio montaje del programa y estanterías de los congresos cuenta con el financiamiento de las transnacionales (Lucio, 2011, Ioannidis, John, 2012). La necesidad de la industria de mercadear sus productos y de los médicos de obtener glamour, prestigio y certificaciones conlleva tales prácticas que mezclan motivaciones económicas, sociales y culturales. En eso, la industria calcula bien su influencia sobre los médicos pero muchas veces los médicos no dimensionan el impacto de sus prescripciones en la población (Nascimento y Gonzaga e Castro, 2012)

La documentación procedente de los países asiáticos muestra que los propios médicos pueden tener motivaciones económicas directas para la prescripción de medicamentos de mayor precio. En esos países es lícito que el médico venda medicamentos a sus pacientes, sucediendo que, con frecuencia, los médicos recetan y venden a sus pacientes medicamentos genéricos a precios mayores que los previstos por los proveedores, pero menores que los medicamentos de marca, para así aumentar su propio margen de utilidad en el ciclo de atención (Ya-Ming Liu et al, 2008). Por otro lado no todos buscan maximizar sus ganancias, siendo más bien sensibles al costo de bolsillo de los pacientes (Iizuka, 2007), el deseo de servir al prójimo, que posiblemente le da satisfacciones psicológicas, domina a la necesidad personal de lucrar, que le da dinero para financiar sus necesidades y deseos materiales.

### **La información puede ser un motivador muy importante.**

Čatić T et al (2017) en Bosnia y Herzegovina señalan que sus hallazgos sugieren que se debe proporcionar más educación y más información sobre los beneficios de los medicamentos genéricos a las partes interesadas clave, incluidos los pacientes. . La investigación de Hassali MA et al (2014) señala que en los países de altos ingresos hay una opinión positiva de los médicos por los medicamentos genéricos, siendo que en los países de ingresos medianos y bajos los médicos tienen una opinión mixta en relación con los medicamentos genéricos, que el conocimiento del costo de los medicamentos es un factor alentador para la prescripción de medicamentos genéricos, y que la diferencia entre países de altos ingresos y bajos ingresos respecto a la opinión de los médicos sobre los fármacos genéricos puede deberse a las políticas de medicamentos, y al nivel de intervenciones educativas y las fuentes de información sobre medicamentos.

Por su parte, la industria farmacéutica en nuestro país aplica las anteriormente mencionadas teorías de la motivación económica y de la información, pero muchas veces con algunos visos de corrupción, para lograr la mayor prescripción de sus fármacos de marca (Jave, Oswaldo, 2011),

## **Las intervenciones educativas**

Las intervenciones educativas buscan mejorar el nivel de conocimiento, que, como lo ha señalado Schopenhauer es el que contiene las razones determinantes de la motivación o querer. Existen numerosas clasificaciones del tipo y nivel de conocimiento (Segarra y Bou, 2005). Una clasificación planteada por Spender (1996) tiene la virtud de su sencillez y su utilidad en un contexto organizacional como es el de la salud pública. Plantea que los conocimientos organizacionales tienen dos dimensiones, una con eje individual-social y otra con eje explícito-implícito, las que cruzándolas en una matriz 2x2 da como resultado cuatro tipos de conocimientos: consciente (individual y explícito), automático (individual e implícito), objetivizado (social y explícito) y colectivo (social e implícito), tipología que se combina y que va cambiando en diversos momentos de una organización o sociedad. La escasez de intervenciones educativas que busquen explicitar y socializar el conocimiento sobre los efectos farmacológicos y sociales de las prescripciones, propicia la escasez del conocimiento objetivizado (social y explícito). Por su parte los médicos ante la necesidad de tener destreza en la prescripción y mostrarla al paciente y sus acompañantes desarrollan necesariamente el conocimiento automático (individual e implícito) dentro de lo que algo incide la actividad de los representantes de marca, y es escasa la actividad de los órganos de farmacia del estado.

## **La influencia motivadora que ejercen las normas**

El cumplimiento de las leyes y normas también puede tener una gran influencia motivadora. La obediencia a las leyes o a los reglamentos es una característica de toda organización, sea un estado o una empresa:

“por la costumbre, de un modo puramente afectivo, por intereses materiales o por motivos ideales (con arreglo a valores) ... significa que la acción del que obedece transcurre como si el contenido del mandato se hubiera convertido, por sí mismo, en máxima de su conducta; y eso *únicamente* en méritos de la relación formal de obediencia, sin tener en cuenta la propia opinión sobre el valor o desvalor del mandato como tal.” (Weber, 2002, p. 170-172) ..

El Manual de Buenas Prácticas de Prescripción (Ministerio de Salud, 2005) reconoce que existen Factores que Influyen en la Prescripción mencionando en primer lugar: 1. Regulatorios, que son la Ley General de Salud y otros dispositivos. En nuestro estudio hemos encontrado que los médicos cumplen de manera estricta algunos aspectos de la ley y de manera desigual otros, pero la DIGEMID y los Departamentos de Farmacia incumplen



aspectos decisivos de la Ley 29459, “Ley de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios”. Desarrollaremos el punto en la discusión.

### **La ética y la política en la prescripción de medicamentos**

Según conceptos aceptados en la cultura occidental desde Aristóteles pero con más énfasis desde Kant, la persona ilustrada, que en este caso es el médico, al obrar, que en este caso es prescribir medicamentos de marca o genéricos, tiene razones prácticas, las que adquieren su racionalidad en su ideología ética y política. “Definimos la ideología como un sistema de creencias compuesto por (a) enunciados muy generales –verdaderos o falsos- (...) (b) juicios de valor bien fundados o sin fundamento, (...), (c) metas sociales alcanzables o inalcanzables, (...) y (d) medios sociales realistas o no realistas” (Bunge 2009, p 205). Tienen pues, las ideologías, componentes gnoseológicos (creencias y enunciados), axiológicos (valores) y políticos (metas y medios). Karl Popper tiene una opinión más tenebrosa y menos neutra de las ideologías; así señala “nuestra peligrosa propensión a las ideologías y dogmas” y “nuestras abominables ideologías” (Popper Karl, 2012, p 106); pero no podemos prescindir de las ideologías porque son las que dan convicciones al ser humano para interpretar la realidad y actuar.

Podemos considerar que existen tres tipos de éticas: 1) egoístas, 2) altruistas y 3) altruistas recíprocas (o de ayuda mutua, solidarias o cooperadoras) (Dawkins, 1976). El filósofo Mario Bunge, en la necesidad de destruir el subjetivismo y el relativismo, bases del cinismo, que se propugna como ética postmoderna, y teniendo como punto de partida que espontáneamente “los niños humanos son empáticos y altruistas” (Bunge, 2009, p. 127 y 157), identifica explícitamente moral con actividad prosocial y nos dice que “La conducta prosocial es moral, en tanto que la conducta antisocial es inmoral” (p195) y que “la moral (es): el arte de (disfrutar la vida y) ayudar a otros a disfrutar de la vida” mientras que “La política (...) es el arte de afrontar o bien rehuir los problemas sociales, vale decir los problemas que exceden las dificultades puramente personales” (Bunge, 2009, p 24-27), “la política es la acción social que se propone o bien llevar a la práctica o bien bloquear cierto sistema de valores” (Ib, p 136). Se puede considerar que existen tres tipos básicos de políticas: progresistas, conservadoras y reaccionarias (Ib., p 217). Los conocimientos y prejuicios se combinan con los valores y las metas y medios políticos para dar origen a una gran variedad de ideologías.

Una de esas ideologías es el neoliberalismo que tiene en la actualidad una enorme influencia entre las personas instruidas en el ámbito internacional y en nuestro país. Sus características son “Libertad personal, derechos civiles, gobierno del mercado, sin red de seguridad, Estado mínimo” (Bunge, 2009, p 218). “Los neoliberales afirman que la democracia es la tiranía de la mayoría, de allí que estén dispuestos a sacrificarla en el altar del libre mercado” (Ib, p.164). Otra ideología extendida, antecesora del neoliberalismo, es

el liberalismo, cuyas características son: “Libertad personal, derechos civiles, capitalismo junto con una red de seguridad y democracia política” (Ib. p. 219). Más progresista o solidaria es la socialdemocracia, cuyas características son “Libertad personal, derechos civiles, capitalismo regulado, Estado de bienestar, democracia política” (Ib. p. 218). Aunque algunos postmodernistas y esnobistas despistados traten de soslayarlo y preterirlo, todavía vivimos, desde hace casi 250 años, la época de la revolución ciudadana que proclama libertad, igualdad y fraternidad (Palacios, 2010, p. 30).

No hemos encontrado investigaciones sobre la influencia de estas ideologías en las prácticas prescriptoras en nuestro país o en otros países. Por eso en nuestro estudio nos propusimos explorar la presencia de estas ideologías en los médicos, a través de aspectos específicos de la prescripción como son a) la libertad para recetar genéricos o de marca, b) el sistema de financiamiento que propugnan, c) el acuerdo con otras normas que buscan regular la acción prescriptora de los médicos.

### **Normas sancionadoras versus capacidad de reflexión**

El DS 015-2009-SA señala que constituye infracción sancionable con amonestación o multa de 2 UIT el realizar la prescripción consignando solo el nombre de marca sin mencionar explícitamente la Denominación Común Internacional, sin embargo hemos señalado antes que hay estudios que muestran que un elevado porcentaje de médicos omite consignar la DCI en sus recetas (Obando y Herrera 2017; Acero, 2016) sin que la autoridad actúe al respecto; lo que configura negligencia en la aplicación de las normas. Lo más importante es que muestra que ni la declaración de estímulos económicos negativos, como son las multas, ni la obediencia burocrática, a determinadas normas empíricas amenazantes, son motivaciones suficientes para un porcentaje importante de los médicos que omiten la Denominación Común Internacional en sus prescripciones. Cuando la autoridad no hace que se cumplan las normas, entonces se deterioran la autoridad y las normas. Sin embargo el mecanismo más eficiente para el cumplimiento de las normas no es la imposición coercitiva sino mejorar la manera de pensar: “Mientras las organizaciones tradicionales requieren sistemas de administración que controlan la conducta de la gente, las organizaciones inteligentes invierten en mejorar la calidad del pensamiento, la capacidad de reflexión y el aprendizaje en equipo, así como la aptitud para desarrollar visiones compartidas y un entendimiento compartido de problemas complejos” (Senge, 1998, p360).

### **La promoción de medicamentos genéricos**

Promoción es la acción de promover que es “impulsar el desarrollo o la realización de algo” (DRAE). La ley de medicamentos (29459) ordena “promover y difundir los conceptos y el uso de los medicamentos esenciales y genéricos” y la “Promoción y fortalecimiento de la

fabricación, la importación y la prescripción de medicamentos genéricos, como parte de la Política Nacional de Medicamentos”, sin embargo, como hemos señalado en el resumen de la presente investigación, el Ministerio de Salud de nuestro país omite la promoción de los genéricos y reduce su accionar a los medicamentos del petitorio.

Por nuestra parte tenemos la experiencia de que en el año 2006 con un enfoque sistémico, mediante pocas acciones múltiples, entrelazadas, de información general y la visita de profesionales seleccionados de farmacia a los colegas médicos, se logró cumplir un objetivo de elevar, en el Hospital Huacho-Huaura-Oyón, el porcentaje de prescripciones en Denominación Común Internacional pasando de una base de 45% del año 2005 a más de 65% en el trimestre final del año 2006 (Palacios, 2010, p 105), lo que muestra las modificaciones que se pueden lograr en el sistema de prescripción de medicamentos según diversos estímulos, informativos, competitivos u otros, con un enfoque sistémico.

### **Aplicando un enfoque sistémico**

Hemos utilizado en nuestra investigación no una de las teorías de la motivación sino un enfoque sistémico, considerando la existencia de un sistema de prescripción en el que las necesidades, deseos, información, desinformación, conocimientos, política y ética están presentes e interactúan permanentemente para dar lugar a la actuación práctica de los médicos en la prescripción de medicamentos, buscando identificar aquellos componentes del sistema que en la actualidad tienen mayor importancia..

### **Definiciones conceptuales**

Teniendo en cuenta el marco conceptual que antecede, señalo las siguientes definiciones conceptuales

### **Enfoque**

Como lo hemos señalado, en nuestra investigación hemos desarrollado un enfoque sistémico cualitativo, que hemos aplicado en la elaboración de nuestra encuesta y en el procesamiento de la información obtenida.

La prescripción de medicamentos es, ontológicamente, un sistema en el que las motivaciones para prescribir medicamentos que sean de marca o que sean genéricos se definen por la influencia de la educación médica, del mercado, de la política, de la realidad bio social del paciente y de los resultados de la experiencia evaluados personalmente por el médico prescriptor, sistema cuyos componentes principales presentamos en el siguiente diagrama o mapa conceptual de elaboración propia.

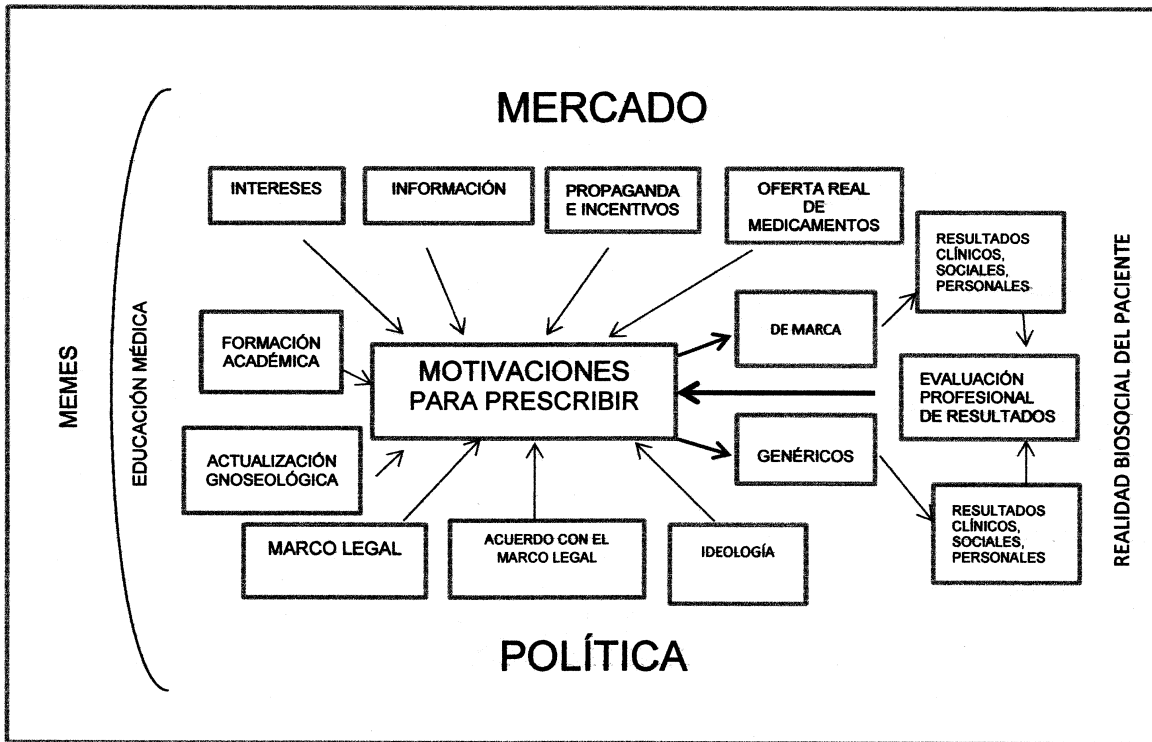


Gráfico 1. El sistema de prescripción de medicamentos

En base a este esquema es que, además de identificar las más frecuentes motivaciones que tienen los médicos para prescribir medicamentos de marca, podremos reconocer y señalar doctrinariamente, la existencia de deficiencias filosóficas (ontológicas, metodológicas, gnoseológicas), carencias e incumplimientos que pudieran estar presentes en el actual funcionamiento de ese sistema para proponer acciones que permitan mejorar su eficiencia.

### Conceptos principales

Hemos utilizado los siguientes conceptos principales:

#### Receta

Nota oficial que hace un médico para que se despache en la farmacia un determinado medicamento que debe ser administrado a un enfermo, así como su dosificación (Diccionario de Google). Documento legal por medio del cual los médicos prescriben la medicación al paciente para su dispensación por parte del farmacéutico. A pesar de su carácter individual y único, los patrones de prescripción pueden ser fuertemente influenciados por determinantes sociales, culturales, económicas y/o promocionales (Wikipedia).

## Recetar

Indicar el médico al enfermo, mediante una receta, el medicamento que debe tomar, así como la dosificación, la preparación y el uso (Diccionario de Google).  
Prescribir un medicamento, con expresión de sus dosis, preparación y uso (DRAE)

## Prescribir

Recetar, ordenar un remedio (DRAE). En extenso también significa ““Preceptuar, ordenar, determinar algo” (DRAE), pero así con este significado lo emplearemos sólo en una cita de Bunge que se refiere a la dación de leyes o normas.

## Dispensación

Es el acto profesional en que el farmacéutico entrega la medicación prescrita por el médico al paciente, junto a la información necesaria para su uso racional (Wikipedia). Acto profesional farmacéutico de proporcionar uno o más medicamentos a un paciente generalmente como respuesta a la presentación de una receta elaborada por un profesional autorizado. Corresponde a una Buena Práctica de Dispensación promover, en todo momento, el uso racional de medicamentos. El profesional Químico Farmacéutico debe promover el acceso a medicamentos mediante una adecuada gestión de suministro de los mismos (Ley 29459, Ley de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios).

## Medicamento de marca registrada

Aquel medicamento que es comercializado con un nombre especial comercial dado por el fabricante, diferente a la Denominación Común Internacional, la que sin embargo siempre, aunque generalmente con letras de menor tamaño, debe acompañar al nombre comercial. Incluye al medicamento de marca original y a los medicamentos de marca copias.

## Medicamento genérico

Aquel que es comercializado sólo con su denominación común internacional (DCI). “Un medicamento genérico es aquel que no se distribuye con un nombre comercial y posee la misma concentración y dosificación que su equivalente de marca. Los medicamentos genéricos producen los mismos efectos que su contraparte comercial, ya que poseen el mismo principio activo” (Wikipedia).

## Medicamento de patente

Aquel medicamento de marca registrada, fabricado por el inventor, durante el plazo de vigencia de la patente de invención que le da derechos exclusivos para su fabricación.

Durante el periodo de patente y después es reconocido como el medicamento de marca original.

### Medicamento copia

Aquel medicamento de marca registrada que es fabricado por otros fabricantes diferentes al original, luego de vencido el plazo de la patente.

### Bioequivalencia

Es un término utilizado para evaluar comparativamente la equivalencia terapéutica in vivo de dos formulaciones de un medicamento que contiene el mismo principio activo o fármaco. Es esencial para poder comprender el comportamiento terapéutico de los medicamentos genéricos (Wikipedia). Sus dos componentes son el equivalente farmacéutico (igual dosis y forma farmacéutica) y la biodisponibilidad, que se refiere a la medición de la concentración del fármaco en las estructuras de las células diana (receptores, canales, transportadores), pero puesto que esta medición es prácticamente imposible de hacer en el ser humano vivo, se opta por medir la concentración del fármaco en el plasma; “en la práctica, la biodisponibilidad es el porcentaje de fármaco que aparece en el plasma” (Wikipedia).

### Motivación

Motivo, causa o razón que mueve para algo. Conjunto de factores internos o externos que determinan en parte las acciones de una persona (DRAE), “deriva del latín *motivus* o *motus*, que significa causa del movimiento” (Wikipedia).

### Interés

Conveniencia o beneficio en el orden moral o material (DRAE)

### Incentivo

Lo que mueve o excita a desear o hacer algo (DRAE). “Nuestras elecciones reaccionan a incentivos. Un incentivo es un aliciente para tomar una acción en particular. El aliciente puede ser un beneficio (una zanahoria) o un costo (un garrote). En la medida en que el

aliciente altere el beneficio o el costo marginal, dicho incentivo podría conducir a una modificación de nuestras decisiones” (Parkin, 2001)

## Sistema

Un sistema es un conjunto organizado de elementos que interactúan entre sí o son interdependientes, formando un todo complejo, identificable y distinto. Los elementos de un sistema son no solo sus componentes físicos sino las funciones que estos realizan. Un conjunto de elementos de un sistema puede ser considerado un subsistema si mantienen una relación entre sí que los hace también un conjunto identificable y distinto. Los sistemas reciben del exterior entradas (inputs) en forma, por ejemplo, de información, o de recursos físicos, o de energía. Las entradas son sometidas a procesos de transformación como consecuencia de los cuales se obtienen unos resultados o salidas (outputs). Se dice que hay realimentación y retroalimentación (feed-back) cuando parte de las salidas de un sistema vuelven a él en forma de entrada. La retroalimentación es necesaria para que cualquier sistema pueda ejercer control de sus propios procesos (Martínez Coll, Juan Carlos, 2015). En los sistemas, el comportamiento de un único elemento autónomo es diferente de su comportamiento cuando el elemento interactúa con otros elementos (Mele, Pels, y Polese. 2010).

## Meme

Replicador de la cultura humana análogo a los genes que replican la vida (Dawkins, 1993). “Un meme es, en las teorías sobre la difusión cultural, la unidad teórica de información cultural transmisible de un individuo a otro, o de una mente a otra, o de una generación a la siguiente” (Wikipedia). Unidad de información, verdadera o falsa, que es fijada en el cerebro humano y que tiene tal fuerza replicadora que, con modificaciones o sin ellas, impulsa a su trasmisión hacia otras personas (Definición personal).

## Ontología

Ontología es palabra que deriva de las raíces griegas *οντος* 'del ente', genitivo del participio del verbo *εἶμι* 'ser, estar'; y *λόγος* 'ciencia, estudio, teoría' (Wikipedia). La ontología es la versión secular seria de la metafísica (Bunge, 1999) . La rama de la filosofía que estudia las características más generales de la realidad, tales como la existencia real, el cambio, el tiempo, la causalidad, la mente, la vida. La ontología puede dividirse en ontología general y especial. La ontología general estudia todos los existentes, mientras que cada ontología especial estudia un género de cosas o procesos –físicos, químicos, biológicos, sociales, etc. Así la ontología general estudia los conceptos de

espacio, tiempo y evento, en tanto que la ontología de lo social investiga conceptos sociológicos como los de sistema social, estructura y cambio social (Bunge, 2005, p.155). “Todas las cosas son o bien un sistema (un haz de cosas unidas por algún tipo de vínculos) o bien componentes de uno” (Bunge, 1999, p. 11). Ontología es el estudio del ser de las cosas, ser que debe ser considerado y examinado siempre como un sistema (definición propia).

### Gnoseología

“Teoría del conocimiento” (DRAE). “Rama de la filosofía que estudia la naturaleza, el origen y los límites del conocimiento” (Wikipedia). Cuando la gnoseología se refiere al conocimiento científico se denomina epistemología (Wikipedia).

### Empirismo

El empirismo es una teoría filosófica que enfatiza el papel de la experiencia, ligada a la percepción sensorial, en la formación del conocimiento. Para el empirismo más extremo, la experiencia es la base de todo conocimiento, no sólo en cuanto a su origen sino también en cuanto a su contenido. Se parte del mundo sensible para formar los conceptos y estos encuentran en lo sensible su justificación y su limitación (Wikipedia). Ha dado origen al término “empírico”, que significa “persona que actúa basándose en la experiencia y en la observación de los hechos”. En el mundo moderno, sustentado en la ciencia y la tecnología, ha perdido ese antiguo significado y se usa más bien para la práctica que omite o rechaza ser examinada con la teoría. “Ahora vayamos a esa forma de empirismo que nos dejamos atrás y que podría denominarse, también, empirismo a lo bestia (...) su profunda desconfianza y su rechazo a todo lo que huele a teoría o a especulación” (Córdova, 2007). “el empirismo ha sido francamente regresivo: se opuso a todas las grandes teorías científicas, en particular las atómicas, y retardó la renovación de la medicina sobre la base de la química, la farmacología y la biología” (Bunge, 2012, p. 21). “El empirismo es válido para verdades triviales como que, en este momento, el lector está leyendo esta página. Pero fracasa rotundamente para todo lo demás, especialmente en relación con hechos imperceptibles, tales como las colisiones atómicas y los acontecimientos políticos. Y la enorme mayoría de hechos son imperceptibles.” (Bunge, 2009, p 55). Actualmente, en el lenguaje cotidiano de los grupos profesionales de la ciencia y la tecnología, el concepto empirismo significa la actitud profesional opuesta u omisa al análisis teórico, y así la usaremos en esta investigación.

### Empirismo ontológico

El desenvolvimiento práctico rutinario omitiendo total o parcialmente el uso de una teoría científica actual pertinente sobre el ser o el ente en el que se actúa (Definición personal uniendo los conceptos de empirismo y ontología).



### Empirismo metodológico

La aplicación de una secuencia o algoritmo, explícito o implícito, que omite actividades, pasos o conceptos que son considerados importantes en la teoría científica actual pertinente de un sistema (Definición personal uniendo los conceptos de empirismo y metodología)

### Empirismo gnoseológico

Adquirir convicciones cognitivas basándose sólo en la propia experiencia u observando superficialmente la experiencia de otros, sin que la información haya pasado por el método científico (Definición personal uniendo los conceptos de empirismo y gnoseología)

### Empirismo normativo

“Empirismos normativos. Identificamos este tipo de problema cuando alguna norma interna, que rige en esa realidad, entidad o empresa, no ha incorporado en su enunciado, no está actualizado o no considera un planteamiento teórico directamente relacionado” (Caballero, Alejandro, 2004 p 185).

### III MÉTODO

#### 3.1. Tipo de investigación

Nuestro estudio ha sido de tipo descriptivo, para detectar y contabilizar las principales motivaciones que tienen los médicos de un hospital público para recetar medicamentos de marca (Variables 1 a 9), la frecuencia de prescripción de medicamentos de marca (Variable 10), la frecuencia con la que los médicos reciben información sobre la actualidad y disponibilidad de medicamentos de marca y genéricos (Variables 11 y 12), algunas características formativas de los médicos (Variables 13,14, 21 y 22) y su nivel de acuerdo con diversas actuales normas y enunciados sobre la prescripción de medicamentos (Variables 15 a 20). Adicionalmente se evaluó la correlación entre estas variables y la frecuencia de prescripción de medicamentos de marca (V10).

El diseño es no experimental, descriptivo, con enfoque mixto, cuantitativo y cualitativo.

Como señalan Hernández et al (2014) “El enfoque cualitativo se selecciona cuando el propósito es examinar la forma en que los individuos perciben y experimentan los fenómenos que los rodean, profundizando en sus puntos de vista, interpretaciones y significados.”

Nuestras variables asumen valores categóricos (discretos), nominales y ordinales; por lo tanto los datos fueron obtenidos mediante conteo y resumidos en proporciones. Para establecer las categorías ordinales se aplicaron escalas de medición tipo Likert. Al respecto es útil anotar lo que, señala Aníbal Bar como conclusión en su artículo “Un Aporte a la Discusión sobre el Status Metodológico de las Variables y Escalas de Medición”:

“Según se ha desarrollado aquí, el uso de escalas de medición involucra tres procesos diferentes, clasificar, contar y medir. Lo que aquí se ha llamado conteo y medición no son más que operaciones derivadas de la primera acción clasificatoria. En ambas situaciones, los valores de variables se expresarán numéricamente, aunque en un caso sólo se aludirá a frecuencias (se refiere a contar), y en la otra a variación cuantitativa de propiedades (se refiere a medir)” (Bar, Aníbal, 2000).

Nos propusimos contar, detectar frecuencias de, las diversas motivaciones que tienen los médicos para recetar medicamentos de marca y la intensidad de factores que podrían influirlas, para con esos datos realizar un análisis doctrinario de las motivaciones más frecuente, no para hacer predicciones matemáticas.

Se elaboró un cuestionario escrito, con respuestas cerradas, algunas para escribir un número, otras para marcar en una escala de Likert y otras para marcar una opción, efectuándose varias pruebas piloto, y sometiendo el cuestionario a juicio de expertos que dieron opiniones favorables para su aplicación.

### 3.2. Población y muestra

La población está constituida por 88 médicos prescriptores que laboran en cuatro Departamentos que cuentan con consultorios externos y salas de hospitalización: Medicina, Cirugía, Ginecología y Obstetricia, y Pediatría. No se incluyó a los médicos del Departamento de Emergencias, Unidad de Cuidados Intensivos y Anestesiología, ni a los médicos que realizan labores administrativas o de epidemiología.

Tuvimos la lista de esa población de 88 médicos prescriptores, y de ella tomamos una muestra de manera aleatoria, para solicitarles individualmente que respondan un cuestionario.

Para poder hacer inferencias estadísticas a partir de nuestra muestra, decidimos que ésta sería mayor a 30 médicos en concordancia con el libro “Bioestadística Médica” de Dawson-Saunders y Trapp, que señala “Confiar en la teoría ahorra tiempo y esfuerzo y permite que la investigación prosiga (...) En general una muestra de 30 observaciones o más es de tamaño adecuado” (p 112). Tales muestras son muestras grandes, según lo definen el libro de Bioestadística de Daniel (2004) que señala “el tamaño de la muestra es bastante grande (mayor que 30)” (p 158) y el famoso libro Estadística de la Serie Schaum (Spiegel Murray y Stephen Larry, 2009, p 275) que señala que “muestras de tamaño  $N > 30$ , llamadas *grandes muestras* “.

Sin embargo, para asegurarnos, con un nivel de confianza de 90%, que las proporciones encontradas en la muestra tengan un error máximo de 10% respecto a la verdadera proporción en la población, empleamos la fórmula

$$n = Z^2 pq/d^2$$

(Daniel, 2004, p.183)

donde n es el tamaño de la muestra que necesitaremos, Z toma el valor 1.645 que es el que corresponde a un nivel de confianza de 90%, p es la proporción de médicos que en una o más de cada 16 consultas (que es el número normado de consultas en cada turno de

atención) recetan medicamentos de marca, que vamos a determinar a través de nuestra investigación,  $q$  es  $1 - p$ , y  $d$  es 0.10 (10%, que es el error máximo que estamos dispuestos a admitir).

En una encuesta piloto que habíamos realizado a 20 médicos como preparación de la presente investigación encontramos que 15 médicos habían expresado que en una o más de 16 consultas que habitualmente realizan en sus turnos recetan por lo menos un medicamento de marca ( $15/20 = 0.75$ ), y 5 declararon que nunca o casi nunca recetan medicamentos de marca ( $5/20 = 0.25$ ); por lo que estimamos  $p = 0.75$  y  $q = 0.25$ .

Aplicando tales valores en la fórmula, la teoría estadística nos dice que necesitamos una muestra de:

$$n = (1.645)^2 \times 0.75 \times 0.25 / (0.1)^2 = 50.7, \text{ redondeando } 51.$$

Si consideramos corrección por población finita se emplearía la fórmula

$$n = NZ^2 pq / (d^2(N-1) + Z^2 pq)$$

(Daniel, 2004, p.183)

Obteniéndose el resultado 32.41, redondeando 33.

Nuestra muestra fue de 54 médicos prescriptores encuestados; que es una muestra grande (>30) según la teoría estadística. (Spiegel Murray y Stephen Larry, 2009, p 275)

### **3.3 Operacionalización de Variables.**

Nuestra hipótesis general y doce de las catorce hipótesis específicas son descriptivas; sólo las hipótesis específicas 12 y 13 son de asociación. No son hipótesis de diferencias entre grupos, ni de correlaciones menos aún de causalidad entre las variables que intervienen; por lo que no mencionamos variables independientes y variables dependientes, pues como señala el reconocido libro de Hernández Sampieri “Únicamente es posible hablar de variables independientes y dependientes cuando se formulan hipótesis causales” (Hernández, 2014, p 111).

Variables principales: correspondientes a las Motivaciones para la prescripción de medicamentos de marca

VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	VALORES	INDICADOR
V1.- Prescribe de marca para estar acorde con el <b>nivel social o económico</b> que conoce de la (o el) paciente	Elige y califica: “Para estar acorde con el <b>nivel social o económico</b> que conozco de la (o el) paciente”	Referidos a la presencia de la motivación: Discretos nominales dicotómicos:	Las motivaciones que marca el encuestado y el orden que les asigna
V2.- Prescribe de marca porque para el caso concreto el fármaco necesario es relativamente nuevo y todavía <b>no existe en genéricos en nuestro país</b>	Elige y califica: “Porque para el caso concreto el fármaco necesario es relativamente nuevo y todavía <b>no existe en genéricos en nuestro país</b> ”	SI, si es que es marcada entre las cuatro motivaciones más frecuentes  NO, si es que no es marcada entre las cuatro motivaciones más frecuentes	
V3.- Prescribe de marca porque para ese caso concreto <b>la combinación de fármacos requerida no existe en genéricos</b>	Elige y califica: “Porque para ese caso concreto <b>la combinación de fármacos requerida no existe en genéricos</b> ”:	Referidos a la calificación de la motivación: Discretos Ordinales:	
V4.- Prescribe de marca porque <b>conoce</b> el fármaco como producto de marca y <b>desconozco si es que está disponible en genérico en la farmacia del hospital</b>	Elige y califica: Porque <b>conozco</b> el fármaco como producto de marca y <b>desconozco si es que está disponible en genérico en la farmacia del hospital</b>	Primera motivación Segunda motivación Tercera motivación Cuarta motivación No es señalada entre las cuatro motivaciones más frecuentes	
V5.- Porque para el fármaco o principio activo específico el medicamento de <b>marca es superior</b> a los genéricos	Elige y califica: Porque para el fármaco o principio activo específico el medicamento de <b>marca es superior</b> a los genéricos		
V6.- Porque el (o la) <b>paciente solicita</b> expresamente que le recete medicamentos de marca	Elige y califica: Porque el (o la) <b>paciente solicita</b> expresamente que le recete medicamentos de marca		
V7.- <b>Con fines de investigación o capacitación</b> en coordinación con representantes de la industria farmacéutica	<b>Elige y califica:</b> <b>Con fines de investigación o capacitación</b> en coordinación con representantes de la industria farmacéutica		
V8.- Influenciado psicológicamente por la constancia y buen trato de los representantes de la industria farmacéutica	Elige y califica: Influenciado psicológicamente por la constancia y buen trato de los representantes de la industria farmacéutica		
V9.- <b>Por costumbre</b> , de manera bastante automática	<b>Elige y califica:</b> <b>Por costumbre</b> , de manera bastante automática		

Variable: Frecuencia de prescripción de medicamentos de marca

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	VALORES *	INDICADOR
V10.- Frecuencia con la que los médicos incluyen por lo menos un medicamento de marca en sus recetas	Frecuencia con la que el médico incluye por lo menos un medicamento de marca en las recetas, según él o ella lo declara	Discretos Ordinales: Nunca o casi nunca En 1 de cada 16 En 2 de cada 16 En 3 de cada 16 En 4 de cada 16 En 5 o más de cada 16	El nivel de frecuencia que el encuestado marca

\* Los valores para esta variable han sido asignados en base a que, por normas laborales, los médicos suelen atender 16 pacientes en cada turno de consultorio médico.

Variables correspondientes a la Frecuencia con la que los médicos reciben información sobre la actualidad y disponibilidad de medicamentos

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	VALORES (*)	INDICADOR
V11.- Frecuencia con la que recibe información actualizada del Departamento de Farmacia sobre fármacos disponibles y sus precios	Frecuencia con la que recibe información actualizada del Departamento de Farmacia sobre fármacos disponibles y sus precios, según lo declara	Nunca o casi nunca A veces Normalmente Casi siempre Siempre	El nivel de frecuencia que el encuestado marca
V12.- Frecuencia con la que recibe propaganda, información y muestras médicas de los representantes de medicamentos de marca	Frecuencia con la que recibe propaganda, información y muestras médicas de los representantes de medicamentos de marca	Nunca o casi nunca A veces Normalmente Casi siempre Siempre	El nivel de frecuencia que el encuestado marca

(\*) Los valores para estas variables son cuantificadores lingüísticos en idioma castellano, recomendados, para una escala de Likert de cinco puntos, luego de dos estudios realizados en España (Cataluña, Andalucía, Madrid y Galicia) con estudiantes de psicología, en los que se evaluaron 20 enunciados cuantificadores, y se encontró que “normalmente” es el valor más central y neutral para escalas de 5 o 7 puntos, mientras que por razones matemáticas, lingüísticas y fácticas no es recomendable utilizar el cuantificador “nunca” (Cañadas y Sánchez, 1998). En esa escala “Casi nunca” tiene un valor relativo de 2.82, siendo 14.71 para “A veces”, 26.60 para “Normalmente”, 38.49 para “Casi siempre”, y 50.38 para “Siempre”.

Variable sobre la emisión de receta adicional para prescribir medicamentos de marca

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	VALORES	INDICADOR
V13. Frecuencia de emisión de receta adicional cuando prescribe medicamentos de marca	Frecuencia con la que emite receta adicional cuando prescribe medicamentos de marca	Nunca o casi nunca A veces A veces si, a veces no Casi siempre Siempre	La respuesta que el encuestado marca en el correspondiente ítem

Variable: Consideración gnoseológica para la prescripción de genéricos o marca

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	VALORES	INDICADOR
V14. Consideración gnoseológica en que basa su juicio de que el fármaco de marca es mejor que el genérico	Consideración gnoseológica, que elige de una lista, en la que basa su juicio de que el fármaco de marca que prescribe es superior a los genéricos	Categoricos o discretos: “Experiencia propia u observación en los servicios en que ha trabajado o trabaja” “El intercambio de Información con otros colegas” “Lectura de esa información en uno o varios artículos de revista reconocida” “Todas las anteriores” “No aplica, porque nunca o casi nunca prescribo con el criterio de que un determinado fármaco de marca es mejor que las presentaciones genéricas”	La respuesta que el encuestado marca en el correspondiente ítem

Variables correspondientes a niveles de acuerdo con diversas actuales normas y enunciados sobre la prescripción de medicamentos

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	VALORES	INDICADOR
V15.- Nivel de acuerdo que el médico encuestado expresa respecto al enunciado: “Al prescribir medicamentos, el médico debe <b>consignar obligatoriamente primero su Denominación Común Internacional (DCI)</b> y sólo después si lo cree conveniente un nombre de marca.	Nivel de acuerdo que el médico encuestado elige respecto al enunciado: Al prescribir medicamentos, el médico debe <b>consignar obligatoriamente primero su Denominación Común Internacional (DCI)</b> y sólo después si lo cree conveniente un nombre de marca.	Categoricos ordinales: Muy de acuerdo De acuerdo Neutral En desacuerdo Muy en desacuerdo	Nivel de acuerdo que el encuestado marca en la encuesta en la correspondiente expresión normativa
V16.- Nivel de acuerdo que el médico encuestado expresa respecto al enunciado. El químico-farmacéutico está facultado para ofrecer al usuario <b>alternativas</b> de medicamentos química y <b>farmacológicamente equivalentes</b> al prescrito en la receta, en igual forma farmacéutica y dosis ( <b>sustitución</b> ).	Nivel de acuerdo que el médico encuestado elige respecto al enunciado. El químico-farmacéutico está facultado para ofrecer al usuario <b>alternativas</b> de medicamentos química y <b>farmacológicamente equivalentes</b> al prescrito en la receta, en igual forma farmacéutica y dosis ( <b>sustitución</b> ).	Categoricos ordinales: Muy de acuerdo De acuerdo Neutral En desacuerdo Muy en desacuerdo	Nivel de acuerdo que el encuestado marca en la encuesta en la correspondiente expresión normativa
V17.- Nivel de acuerdo que el médico encuestado expresa respecto al enunciado: Al prescribir un medicamento, el médico debe considerar la posibilidad de que el paciente elija una alternativa económica e igualmente eficaz, sea el medicamento genérico o de marca.	Nivel de acuerdo que el médico encuestado elige respecto al enunciado: Al prescribir un medicamento, el médico debe considerar la posibilidad de que el paciente elija una alternativa económica e igualmente eficaz, sea el medicamento genérico o de marca.	Categoricos ordinales: Muy de acuerdo De acuerdo Neutral En desacuerdo Muy en desacuerdo	Nivel de acuerdo que el encuestado marca en la encuesta en la correspondiente expresión normativa
V18.- Nivel de acuerdo que el médico encuestado expresa respecto al enunciado: La responsabilidad del médico como médico tratante cesa si la prescripción o receta es sustituida	Nivel de acuerdo que el médico encuestado elige respecto al enunciado: La responsabilidad del médico como médico tratante cesa si la prescripción o receta es sustituida	Categoricos ordinales: Muy de acuerdo De acuerdo Neutral En desacuerdo Muy en desacuerdo	Nivel de acuerdo que el encuestado marca en la encuesta en la correspondiente expresión normativa
V19.- Nivel de acuerdo que el médico encuestado expresa respecto al enunciado: Aceptar incentivos de las empresas que promocionan medicamentos constituye falta ética	Nivel de acuerdo que el médico encuestado elige respecto al enunciado: Aceptar incentivos de las empresas que promocionan medicamentos constituye falta ética	Categoricos ordinales: Muy de acuerdo De acuerdo Neutral En desacuerdo Muy en desacuerdo	Nivel de acuerdo que el encuestado marca en la encuesta en la correspondiente expresión normativa



Variable: Pensamiento ético - político sobre la prescripción y el financiamiento de los medicamentos

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	VALORES	INDICADOR
V20.- Opinión ideológica del médico, teniendo en cuenta la salud pública y el progreso, respecto a lo que la ley debe establecer en relación con la libertad del médico para prescribir medicamentos genéricos o de marca y la fuente de financiamiento de los medicamentos	Combinación ideológica que elige el médico, teniendo en cuenta la salud pública y el progreso, respecto a lo que la ley debe establecer en relación con la libertad del médico para prescribir medicamentos genéricos o de marca y la fuente de financiamiento de los medicamentos	<p>Categoricos:</p> <p>Medicamentos genéricos, y financiamiento por la familia</p> <p>Medicamentos genéricos y financiamiento por un sistema colectivo (seguro social o estatal)</p> <p>Libremente medicamentos de marca o genéricos, financiados por la familia</p> <p>Libremente medicamentos de marca o genéricos, financiados por un sistema colectivo (seguro social o estatal)</p> <p>El sistema actual, que combina dos alternativas de medicamentos (genéricos y de marca) y dos financiamientos (seguro social o estatal y familia), está bien</p>	Combinación elegida de tipo de fármaco y tipo de financiamiento

Variables correspondientes al Entorno de la educación médica inicial del prescriptor

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	VALORES	INDICADOR
V21.- Año de titulación	Década en la que se tituló como médico o médica, según lo declara	<p>Antes de 1990</p> <p>1990 a 1999</p> <p>2000 a 2009</p> <p>2010 o después</p>	El tipo de universidad que el encuestado marca
V22.- Tipo de Universidad Titulación	V22.- Tipo de Universidad de titulación, según lo declara el médico	<p>Estatal</p> <p>Privada</p>	El periodo marcado por el encuestado

### 3.4. Instrumentos

Como instrumento de recolección de datos se aplicó la siguiente encuesta, cuya consistencia interna había sido sometido a validación mediante Juicio de Expertos:

**MUCHAS GRACIAS COLEGA POR RESPONDER CABALMENTE A ESTA ENCUESTA**  
**ENCUESTA SOBRE LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS**

Universidad de Titulación como médico o médica:                      Estatal                       Privada

Año de titulación:      Antes de 1990       1990 a 1999       2000 a 2009       2010 o después

Teniendo como referencia principal, pero no única, los turnos de consultorio externo en que se atiende generalmente 16 pacientes; por diversas motivaciones o necesidades en las recetas que usted emite incluye por lo menos un medicamento de marca con la siguiente frecuencia aproximada:

Nunca o casi nunca	1 de 16	2 de 16	3 de 16	4 de 16	5 o más de 16
--------------------	---------	---------	---------	---------	---------------

En el siguiente cuadro se enuncian **motivaciones para recetar medicamentos de marca**. Por favor primero léalas todas verticalmente y luego **marque sólo las cuatro motivaciones más frecuentes que usted tiene** para prescribir medicamentos de marca, **escribiendo** 1 en la motivación más frecuente, 2 en la que le sigue en frecuencia y así hasta marcar las cuatro motivaciones más frecuentes:

MOTIVACIONES PARA PRESCRIBIR MEDICAMENTOS DE MARCA	ORDEN DE FRECUENCIA
Para estar acorde con el nivel social o económico que conozco de la (o el) paciente	
Porque para el caso concreto el fármaco necesario es relativamente nuevo y todavía <b>no existe en genéricos en nuestro país</b>	
Porque para ese caso concreto <b>la combinación de fármacos requerida no existe en genéricos</b>	
Porque <b>conozco</b> el fármaco como producto de marca y <b>desconozco si es que está disponible en genérico en la farmacia del hospital</b>	
Porque para el fármaco o principio activo específico el medicamento de <b>marca es superior</b> a los genéricos	
Porque el (o la) <b>paciente solicita</b> expresamente que le recete medicamentos de marca	
<b>Con fines de investigación o capacitación</b> en coordinación con representantes de la industria farmacéutica	
Influenciado psicológicamente por la constancia y buen trato de los representantes de la industria farmacéutica	
<b>Por costumbre</b> , de manera bastante automática	

**Cuando usted prescribe un medicamento de marca lo hace en una receta adicional:**

Nunca o casi nunca	A veces	A veces si, a veces no	Casi siempre	Siempre
--------------------	---------	------------------------	--------------	---------

**Usted recibe información actualizada del Departamento de Farmacia sobre fármacos disponibles y sus precios**

Nunca o casi nunca	A veces	Normalmente	Casi siempre	Siempre
--------------------	---------	-------------	--------------	---------

**Usted recibe propaganda, información y muestras médicas de los representantes de medicamentos de marca**

Nunca o casi nunca	A veces	Normalmente	Casi siempre	Siempre
--------------------	---------	-------------	--------------	---------

Quando, al prescribir un medicamento de marca, usted considera que para ese fármaco específico el medicamento de marca es superior a los genéricos, la base principal de esa consideración es:

- A. La experiencia propia, u observación, en los servicios en los que ha trabajado o trabaja.
- B. El intercambio de información con otros colegas
- C. Lectura de esa información en uno o varios artículos de revista reconocida
- D. Todas las anteriores
- E. No aplica, porque nunca o casi nunca prescribo con el criterio de que un determinado fármaco de marca es mejor que las presentaciones genéricas.

Señale su nivel de acuerdo personal con los siguientes enunciados relacionados con la prescripción y dispensación de medicamentos:

Al prescribir medicamentos, el médico debe **consignar obligatoriamente primero su Denominación Común Internacional (DCI) y sólo después si lo cree conveniente un nombre de marca.**

Muy de acuerdo	De acuerdo	Neutral	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
----------------	------------	---------	---------------	-------------------

El químico-farmacéutico está facultado para ofrecer al usuario **alternativas** de medicamentos química y **farmacológicamente equivalentes** al prescrito en la receta, en igual forma farmacéutica y dosis (**sustitución**).

Muy de acuerdo	De acuerdo	Neutral	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
----------------	------------	---------	---------------	-------------------

Al prescribir un medicamento, el médico debe considerar la posibilidad de que el paciente elija una alternativa económica e igualmente eficaz, sea el medicamento genérico o de marca.

Muy de acuerdo	De acuerdo	Neutral	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
----------------	------------	---------	---------------	-------------------

La responsabilidad del médico como médico tratante cesa si la prescripción o receta es sustituida

Muy de acuerdo	De acuerdo	Neutral	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
----------------	------------	---------	---------------	-------------------

Aceptar incentivos de las empresas que promocionan medicamentos constituye falta ética

Muy de acuerdo	De acuerdo	Neutral	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
----------------	------------	---------	---------------	-------------------

En la siguiente pregunta marque sólo una respuesta, aquella que más coincide con vuestra forma de pensar. En relación con la prescripción y financiamiento de los medicamentos en nuestro país, la ley debería establecer que el médico debe recetar, con algunas muy pocas excepciones:

- A. Casi exclusivamente medicamentos genéricos, financiados responsablemente por la familia
- B. Casi exclusivamente medicamentos genéricos, financiados totalmente por un sistema colectivo (seguro social o estatal)
- C. Libremente medicamentos de marca o genéricos, financiados responsablemente por la familia
- D. Libremente medicamentos de marca o genéricos, financiados totalmente por un sistema colectivo (seguro social o estatal)
- E. El sistema actual, que combina dos alternativas de medicamentos (genéricos y de marca) y dos financiamientos (seguro social o estatal y familia), está bien

Hasta allí la encuesta.

### **3.5. Procedimientos**

#### **Técnicas de investigación**

Se tuvo la relación de los médicos prescriptores que laboran en el Hospital General de Huacho, sin considerar a los que realizan labores administrativas o no prescriptoras, se les asignó un número, se seleccionó la muestra mediante una tabla de números aleatorios y se realizó una encuesta a los médicos seleccionados que aceptaron participar. Todos los médicos solicitados aceptaron responder la encuesta. Se utilizó como criterio de exclusión las encuestas que no respondieron a la pregunta referente a las motivaciones para prescribir medicamentos de marca o a la referente a la frecuencia de inclusión de un medicamento de marca en las recetas. Obtenidos los datos, adicionalmente se entrevistó a ocho médicos para detectar los tipos de combinaciones y fármacos de marca más recetados, para poder efectuar un comentario más informado.

#### **Procesamiento de datos**

Se confeccionó una hoja en el programa estadístico EpiInfo, promovido por la OMS y el Centro de Control de Enfermedades (CDC) de USA, para registrar los datos de la encuesta..

Los datos fueron resumidos en frecuencias (porcentaje o proporciones) y fueron transferidos a la base de datos Excel para elaborar las correspondientes tablas.

### **3.6. Análisis de datos**

Se utilizaron diversas pruebas estadísticas según correspondía al tipo de hipótesis.

En la hipótesis general, por tratarse de datos obtenidos mediante conteo (no medición) resumidos en proporciones (no promedios) para comparar las proporciones encontradas en varios grupos, se utilizó  $\chi^2$ , por ser la prueba estadística que corresponde (Dawson-Saunders y Trapp, 1993, p.177).

En las hipótesis específicas 1 a 11, por ser hipótesis referidas a proporciones dentro de una sola población, se utilizó la prueba Z por ser la que corresponde (Daniel, 2004, p. 250, Dawson-Saunders y Trapp. 1993, p. 167). En las hipótesis específicas 12 y 13 y sus sub hipótesis, por tratarse de hipótesis referidas a la asociación entre dos variables dicotómicas, por tanto en tablas 2x2, para evaluar posibilidades de un resultado cuando un factor está presente, se aplicó Odds Ratio (Razón de Posibilidades), por ser la que corresponde (Daniel, p. 618). Adicionalmente se aplicó  $\chi^2$  a estas tablas de 2x2, para comparar estadísticamente las proporciones encontradas.

### **3.7 Consideraciones éticas**

No existió conflicto de intereses del investigador en relación con el tema investigado ni riesgo para los participantes.

## IV RESULTADOS

### RESULTADO 1. MOTIVACIONES PARA RECETAR MEDICAMENTOS DE MARCA

TABLA 1. MOTIVACIONES MÁS FRECUENTES PARA RECETAR MEDICAMENTOS DE MARCA, SEÑALADAS POR UNA MUESTRA DE MÉDICOS (n = 54) DEL HOSPITAL GENERAL DE HUACHO. AÑO 2018.

MOTIVACIONES PARA PRESCRIBIR MEDICAMENTOS DE MARCA	NÚMERO DE MÉDICOS QUE LA SEÑALAN ENTRE LAS CUATRO MOTIVACIONES MÁS FRECUENTES					NÚMERO TOTAL PORCENTAJE (%) IC95%	NO LA SEÑALAN ENTRE LAS CUATRO MÁS FRECUENTES
	PRIMERA MÁS FRECUENTE	SEGUNDA MÁS FRECUENTE	TERCERA MÁS FRECUENTE	CUARTA MÁS FRECUENTE			
1. Porque para ese caso concreto <b>la combinación de fármacos requerida no existe en genéricos</b>	23	13	4	3	43 79.6% 66.5%-89.4%	11	
2. Porque para el caso concreto el fármaco necesario es relativamente nuevo y todavía <b>no existe en genéricos en nuestro país</b>	12	15	5	9	41 75.9% 62.4%-86.5%	13	
3. Porque el (o la) <b>paciente solicita</b> expresamente que le recete medicamentos de marca	5	6	17	6	34 63% 48.7%-75.7%	20	
4. Porque <b>conozco</b> el fármaco como producto de marca y <b>desconozco si es que está disponible en genérico en la farmacia del hospital</b>	4	7	8	8	27 50% 36.1%-63.9%	27	
5. Porque para el fármaco o principio activo específico el medicamento de <b>marca es superior</b> a los genéricos	8	6	3	4	21 38.9% 25.9%-53.1%	33	
6. Para estar acorde con el <b>nivel social o económico</b> que conozco de la (o el) paciente	1	3	9	5	18 33.3% 21.1%-47.5%	36	
7. Influenciado psicológicamente por la constancia y buen trato de los representantes de la industria farmacéutica	0	2	1	4	7 13% 5.4%-24.9%	47	
8. <b>Por costumbre</b> , de manera bastante automática	0	0	1	4	5 9.3% 3.1%-20.3%	49	
9. <b>Con fines de investigación o capacitación</b> , coordinando con la industria farmacéutica	1	0	1	0	2 3.7% 0.5%-12.7%	52	

## Contrastación de hipótesis

H0: Los médicos no tienen preferencia por algunas motivaciones para recetar medicamentos de marca (todas las motivaciones presentadas tienen similar frecuencia entre los médicos)

H1: Los médicos tienen algunas motivaciones más frecuentes que otras para recetar medicamentos de marca

Siendo que nuestros datos corresponden a variables nominales, cuyos datos se obtienen por conteo (no mediciones) y se resumen en proporciones o porcentajes, se aplicó  $\chi^2$  por ser la que corresponde.

Tenemos una tabla de 9 filas (motivaciones) por 2 columnas (Si es señalada entre las 4 más frecuentes y No es señalada entre las 4 más frecuentes), que por tanto tiene 8 grados de libertad. Si se admite un alfa de 0.05, en una tabla de  $\chi^2$  podemos ver que el valor crítico de  $\chi^2$  es 15.507; esto es, valores menores a 15.507 nos indican que no hay diferencias estadísticas significativas y que debe aceptarse la hipótesis nula  $H_0$ , mientras valores superiores a 15.507 rechazan la hipótesis nula.

Efectuado el cálculo matemático se obtuvo un  $\chi^2 = 145.89$

Por lo tanto con el valor obtenido de  $\chi^2$  de 145.89 se rechaza la hipótesis nula y se concluye que los médicos tienen algunas motivaciones más frecuentes que otras para recetar medicamentos de marca, con muy baja probabilidad ( $< 0.001$ ) de que las diferencias observadas corresponden al azar.

Análisis e interpretación: Nuestros datos muestran que las motivaciones más frecuentes que tienen los médicos para recetar medicamentos de marca son: “Porque para ese caso concreto la combinación de fármacos requerida no existe en genéricos” y “Porque para el caso concreto el fármaco necesario es relativamente nuevo y todavía no existe en genéricos en nuestro país”, ambas referidas a la ausencia (cierta o imaginada) de oferta de genéricos en el mercado farmacéutico cercano (farmacia del hospital y vecinas en la localidad). Luego de esas dos, como motivación más frecuente los médicos señalan “Porque el (o la) paciente solicita expresamente que le recete medicamentos de marca”, que es una consideración social, pero atendiendo una consideración cultural técnica manifestada por la o el paciente y “Porque conozco el fármaco como producto de marca y desconozco si es que está disponible en genérico en la farmacia del hospital”, que cae netamente en el campo de la comunicación entre la farmacia central y los médicos prescriptores, y en quinto lugar: “Porque para el fármaco o principio activo específico el medicamento de marca es superior a los genéricos”, que es una consideración cultural técnica, acertada o errónea, que tiene el médico.

## RESULTADO 2. FRECUENCIA DE INCLUSIÓN DE MEDICAMENTOS DE MARCA

TABLA 2. FRECUENCIA CON LA QUE INCLUYEN UN MEDICAMENTO DE MARCA EN LAS RECETAS DADAS A LOS PACIENTES, SEGÚN LO SEÑALA UNA MUESTRA DE MÉDICOS (n = 54) DEL HOSPITAL GENERAL DE HUACHO. AÑO 2018.

FRECUENCIA CON QUE INCLUYEN MARCA	NÚMERO DE MÉDICOS	PORCENTAJE	GRUPOS DE INCLUSIÓN DE MARCA	NÚMERO DE MÉDICOS
<b>Nunca o casi nunca</b>	14	25.90%	Baja frecuencia	27
<b>1 de 16 pacientes</b>	13	24.10%		
<b>2 de 16 pacientes</b>	8	14.80%	Mediana frecuencia	14
<b>3 de 16 pacientes</b>	6	11.10%		
<b>4 de 16 pacientes</b>	6	11.10%	Alta frecuencia	13
<b>5 o más de 16 pacientes</b>	7	13.00%		
<b>Total</b>	54	100.00%	Todos	54

Hipótesis específica 1: Las frecuencia con las que los médicos incluyen por lo menos un medicamento de marca en las recetas que emiten, según ellos lo declaran, es bimodal polarizada con las mayores cantidades de médicos que con poca frecuencia recetan medicamentos de marca y de médicos que con alta frecuencia recetan medicamentos de marca.

Contrastación de hipótesis:

Debemos demostrar dos extremos: 1) Que el número de médicos que con baja frecuencia incluye un medicamento de marca en sus recetas es mayor que aquellos que con mediana frecuencia incluyen un medicamento de marca. 2) Que el número de médicos que con alta frecuencia incluye un medicamento de marca en sus recetas es mayor que aquellos que con mediana frecuencia incluyen un medicamento de marca.

Primer extremo:

La proporción de médicos que declara tener una baja frecuencia de inclusión de un medicamento de marca en sus recetas (p) es mayor que la proporción de aquellos que declara tener mediana frecuencia de inclusión de un medicamento de marca (q).

Las hipótesis nula y alternativa son:

$$H_0: p \leq q$$

$$H_{A1}: p > q,$$

Se aplicó Z por ser la prueba indicada cuando se efectúa una prueba de hipótesis para la proporción dentro de una sola población (Daniel, p. 250).

La fórmula correspondiente es  $Z = (p_m - p_h) / ((p_h \times q_h) / n)^{1/2}$ , donde  $p_m$  = proporción muestral,  $p_h$  = proporción hipotética,  $q_h = 1 - p_h$  y  $n$  = tamaño de la muestra.

Como regla de decisión adoptamos que rechazamos la hipótesis nula si es que la probabilidad de cometer un error alfa (rechazo de hipótesis nula verdadera) iguala o supera al 5% ( $\alpha \geq 0.05$ ).

Nuestra hipótesis nula indica que la proporción de médicos que con baja frecuencia incluye un medicamento de marca en sus recetas es menor o igual que la proporción de aquellos que con mediana frecuencia incluyen un medicamento de marca por lo que la región de rechazo de la hipótesis nula se sitúa sólo a la derecha. Por tratarse de una prueba unilateral o de una sola cola en la curva normal el valor crítico para una probabilidad alfa 0.05 es 1.645, por lo que rechazaremos  $H_0$  si es que Z es mayor que 1.645.

Dado que estamos comparando la baja y mediana frecuencia, tenemos los siguientes datos:  $n = 41$  (suma de baja y mediana frecuencia),  $p_h = 0.5$ ,  $p_m = 27/41 = 0.6585$  calculamos Z reemplazando en nuestra fórmula,  $Z = (0.6585 - 0.5) / ((0.5 \times 0.5) / 41)^{1/2} = 2.029$ , que es mayor que 1.645, con  $p < 0.023$  de que la diferencia encontrada se deba al azar, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se concluye que posiblemente la hipótesis alternativa es verdadera, esto es, la proporción de médicos que con baja frecuencia incluye un medicamento de marca en sus recetas es mayor que la proporción de aquellos que con mediana frecuencia incluyen un medicamento de marca.

Segundo extremo:

La proporción de médicos que declara tener una alta frecuencia de inclusión de un medicamento de marca en sus recetas (p) es mayor que la proporción de aquellos que declara tener mediana frecuencia de inclusión de un medicamento de marca (q).

Las hipótesis nula y alternativa son:

$$H_0: p \leq q$$

$$H_{A2}: p > q,$$



Dado que estamos comparando dos proporciones, alta y mediana frecuencia, tenemos los siguientes datos:  $n = 27$  (suma de alta y mediana frecuencia),  $p_h = 0.5$ ,  $p_m = 13/27 = 0.481481$  calculamos  $Z$

Con nuestros datos se obtiene  $Z = (0.481481 - 0.5) / \sqrt{(0.5 \times 0.5) / 27} = -0.01851851 / 0.00925925 = -2.00$ , que cae en la zona de no rechazo de la hipótesis nula, por lo que se acepta la hipótesis nula y se concluye que la proporción de médicos que con alta frecuencia incluye un medicamento de marca en sus recetas posiblemente es menor o igual que la proporción de aquellos que con mediana frecuencia incluyen un medicamento de marca.

Análisis e interpretación: Por lo tanto la curva representativa del número de médicos que con baja, moderada o alta frecuencia incluyen un medicamento de marca en sus recetas es unimodal con mayor número de aquellos que tienen baja frecuencia de inclusión de medicamentos de marca, respecto a aquellos que tienen moderada o alta frecuencia de inclusión de medicamentos de marca.

La tabla 2 nos muestra que solo un 25.9% de los médicos señala que nunca o casi nunca incluye un medicamento de marca en las recetas que emiten durante sus turnos de atención, mientras que un porcentaje similar (24.1%) manifiesta una alta frecuencia de inclusión de medicamentos de marca, en 4 o más de 16 pacientes, lo que indica la extensión e intensidad del problema, y su potencial gravedad financiera en los hogares con modestos recursos.

### RESULTADO 3.FRECUENCIA DE LA INFORMACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE FARMACIA HACIA LOS MÉDICOS

TABLA 3. FRECUENCIA CON QUE RECIBE, DEL DEPARTAMENTO DE FARMACIA, INFORMACIÓN ACTUALIZADA SOBRE FÁRMACOS DISPONIBLES Y SUS PRECIOS, SEGÚN LO SEÑALA UNA MUESTRA DE MÉDICOS ( $n = 54$ ) DEL HOSPITAL GENERAL DE HUACHO. AÑO 2018.

RECIBE INFORMACIÓN DE FARMACIA	NÚMERO DE MÉDICOS	PORCENTAJE	GRUPOS	NÚMERO DE MÉDICOS
<b>NUNCA O CASI NUNCA</b>	36	66.67%	Nunca o casi nunca	36
<b>A VECES</b>	15	27.78%	A veces o más	18
<b>NORMALMENTE</b>	2	3.70%		
<b>CASI SIEMPRE</b>	0	0.00%		
<b>SIEMPRE</b>	1	1.85%		
<b>Total</b>	54	100.00%	Todas	54

Contrastación de hipótesis:

Hipótesis específica 2: La mayoría de médicos declara que nunca o casi nunca el Departamento de Farmacia les hace llegar a los médicos información sobre disponibilidad y precios de los medicamentos genéricos

Las hipótesis nula y alternativa son:

H0:  $p \leq q$

HA:  $p > q$ ,

Con nuestros datos se obtiene  $Z = (0.66666666 - 0.5) / ((0.5 \times 0.5) / 54)^{1/2} = 0.166666666 / 0.068041 = 2.4494$ , que cae en la zona de rechazo de la hipótesis nula, con  $p < 0.008$  de que la diferencia encontrada se deba al azar; por lo que se rechaza la hipótesis nula y se concluye que la proporción de médicos que declara que nunca o casi nunca recibe información actualizada del Departamento de Farmacia sobre disponibilidad y precios de los medicamentos genéricos es mayor que la proporción que declara que recibe alguna información (sea a veces, normalmente, casi siempre o siempre)

Análisis e interpretación: Los datos muestran de manera colectiva la percepción que tienen los médicos acerca de la labor informativa del Departamento de Farmacia.

#### RESULTADO 4. FRECUENCIA DE LA PROPAGANDA DE LOS REPRESENTANTES DE MEDICAMENTOS DE MARCA

TABLA 4. FRECUENCIA CON QUE RECIBE PROPAGANDA, INFORMACIÓN Y MUESTRAS MÉDICAS DE LOS REPRESENTANTES DE MEDICAMENTOS DE MARCA, SEGÚN LO SEÑALA UNA MUESTRA DE MÉDICOS (n = 54) DEL HOSPITAL GENERAL DE HUACHO. AÑO 2018

RECIBE PROPAGANDA	NÚMERO DE MÉDICOS	PORCENTAJE	GRUPOS	NÚMERO DE MÉDICOS
<b>NUNCA O CASI NUNCA</b>	1	1.85%	Sólo a veces o menos	11
<b>A VECES</b>	10	18.52%		
<b>NORMALMENTE</b>	17	31.48%	Normalmente o más	43
<b>CASI SIEMPRE</b>	15	27.78%		
<b>SIEMPRE</b>	11	20.37%		
<b>Total</b>	54	100.00%	Todos	54

Contrastación de hipótesis:

Hipótesis específica 3: La mayoría de médicos manifiesta que normalmente o más (casi siempre o siempre) recibe propaganda, información y muestras médicas de los representantes de los medicamentos de marca.

Las hipótesis nula y alternativa son:

H0:  $p \leq q$

HA:  $p > q$ ,

Con nuestros datos se obtiene  $Z = 4.3546$ , que cae en la zona de rechazo de la hipótesis nula; con  $p < 0.001$  de que la diferencia encontrada se deba al azar, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se concluye que la proporción de médicos que declara que normalmente o más (casi siempre o siempre) recibe propaganda, información y muestras médicas de los representantes de los medicamentos de marca es mayor que la proporción que declara que a veces o menos (nunca o casi nunca) recibe propaganda, información y muestras médicas de los representantes de los medicamentos de marca.

Análisis e interpretación:

Los datos muestran la percepción que tienen los médicos acerca de la frecuencia de la propaganda que reciben de los representantes de medicamentos de marca

#### RESULTADO 5. RECETA ADICIONAL CUANDO PRESCRIBE DE MARCA

TABLA 5. FRECUENCIA CON LA QUE, CUANDO PRESCRIBE UN MEDICAMENTO DE MARCA LO HACE EN UNA RECETA ADICIONAL, SEGÚN LO SEÑALA UNA MUESTRA DE MÉDICOS ( $n = 54$ ) DEL HOSPITAL GENERAL DE HUACHO. AÑO 2018

RECETA ADICIONAL	NÚMERO DE MÉDICOS	PORCENTAJE	GRUPOS DE FRECUENCIAS	NÚMERO DE MÉDICOS
SIEMPRE	13	24.10%	Siempre o casi siempre	25
CASI SIEMPRE	12	22.20%		
A VECES SI, AVECES NO	4	7.40%	A veces si a veces no, o menos	29
A VECES	13	24.10%		
NUNCA O CASI NUNCA	12	22.20%		
Total	54	100.00	Todos	54

Contrastación de hipótesis:

Hipótesis específica 4: Más de 30% de los médicos, cuando prescribe un medicamento de marca, siempre o casi siempre lo hace en una receta adicional.

Las hipótesis nula y alternativa son:

H0:  $p \leq 0.3$  (30%)

HA:  $p > 0.3$  (30%)

Con nuestros datos se obtiene  $Z = 2.6132$ , que cae en la zona de rechazo de la hipótesis nula; con  $p < 0.005$  de que la diferencia encontrada se deba al azar, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se concluye que la proporción de médicos que cuando receta un medicamento de marca, siempre o casi siempre lo hace en una receta adicional supera a 30%. Por tanto la ventanilla de atención en Farmacia no es un buen lugar para detectar la cuantía y especificidad de la prescripción de medicamentos de marca.

Análisis e interpretación:

Los datos muestran que una gran parte de la demanda de medicamentos en la situación actual no va dirigida a la farmacia central lo que debe tenerse en cuenta para el posible registro de recetas no atendidas y demanda insatisfecha.

#### RESULTADO 6. BASES GNOSEOLÓGICAS DE QUE EL MEDICAMENTO DE MARCA ES MEJOR

TABLA 6. BASES GNOSEOLÓGICAS DE LA CONSIDERACIÓN DE QUE EL MEDICAMENTO DE MARCA ES SUPERIOR AL GENÉRICO, SEGÚN LO SEÑALA UNA MUESTRA DE MÉDICOS ( $n = 54$ ) DEL HOSPITAL GENERAL DE HUACHO. AÑO 2018

BASE GNOSEOLÓGICA DE QUE MARCA ES SUPERIOR AL GENÉRICO	NÚMERO DE MÉDICOS	PORCENTAJE	GRUPO	NÚMERO DE MÉDICOS
EXPERIENCIA PROPIA	10	19.20%	Sólo empírica	12
INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN	2	3.80%		
LECTURA	3	5.80%	Documentada	14
TODAS LAS ANTERIORES	11	21.20%		
NO APLICA, NUNCA TIENE ESE CRITERIO	26	50.00%	-	-
<b>Total</b>	<b>52</b>	<b>100.00%</b>		

(\*) Dos médicos omitieron responder esta pregunta.

En la Tabla 1 hemos visto que 21 médicos señalan como una de sus cuatro motivaciones más frecuentes la consideración de que el fármaco de marca es superior al genérico, sin embargo en esta Tabla 6 vemos que 26 médicos señalan una base gnoseológica de esa consideración, lo que indica que hay más médicos que tienen esta concepción aunque no la consideran entre sus cuatro motivaciones más frecuentes.

### Contrastación de hipótesis

Hipótesis específica 5: La principal consideración gnoseológica en que basan su juicio de que los medicamentos de marca son mejores que los medicamentos genéricos es la experiencia propia, según lo declaran los médicos

Agrupando en dos tipos de base gnoseológica: empírica (la experiencia propia más el intercambio de información, 12 médicos) y documentada (la que tiene un componente de lectura en alguna publicación, 14 médicos), las hipótesis nula y alternativa son:

$$H_0: p \leq q,$$

$$H_A: p > q,$$

Con nuestros datos se obtiene  $Z = -0.3922$ , que cae en la zona de no rechazo de la hipótesis nula; por lo que se acepta la hipótesis nula y se concluye que entre los médicos que tienen el concepto de que los medicamentos de marca son mejores que los medicamentos genéricos la proporción de los que se quedan en una base empírica es similar o menor que la de aquellos que agregan una base documentada..

### Análisis e interpretación:

Los datos muestran que aunque la proporción de médicos que se queda en una base empírica en la consideración gnoseológica de que el medicamento de marca es mejor que el genérico, no es mayoritaria, existe declarado empirismo en el origen de esa convicción en 19.2% de los médicos. Un porcentaje similar (21.2 %) de médicos manifiesta que su conocimiento de que el medicamento de marca es mejor que el genérico lo ha adquirido sumando a su experiencia propia, intercambio de información y lecturas en revistas reconocidas.

## RESULTADO 7. ACUERDO CON CONSIGNACIÓN DE LA DCI

TABLA 7. ACUERDO Y NO ACUERDO CON QUE AL PRESCRIBIR UN MEDICAMENTO OBLIGATORIAMENTE PRIMERO DEBE CONSIGNARSE LA DENOMINACIÓN COMÚN INTERNACIONAL, SEGÚN LO SEÑALA UNA MUESTRA DE MÉDICOS (n = 54) DEL HOSPITAL GENERAL DE HUACHO. AÑO 2018

PRIMERO DCI	NÚMERO DE MÉDICOS (*)	PORCENTAJE	GRUPOS	NÚMERO DE MÉDICOS
MUY DE ACUERDO	37	69.80%	De acuerdo	50
DE ACUERDO	13	24.50%		
NEUTRAL	2	3.80%	No de acuerdo	3
EN DESACUERDO	1	1.90%		
MUY EN DESACUERDO	0	0.00%		
<b>Total</b>	53	100.0	Todos	53

(\*) Un médico omitió contestar esta pregunta.

### Contrastación de hipótesis

Hipótesis específica 6: La mayoría de médicos está de acuerdo con que, al prescribir un medicamento obligatoriamente primero debe consignar la Denominación Común Internacional y sólo después si lo cree conveniente un nombre de marca.

Las hipótesis nula y alternativa son:

$$H_0: p \leq q$$

$$H_A: p > q,$$

Con nuestros datos se obtiene  $Z = 6.4559$ , que cae en la zona de rechazo de la hipótesis nula, con  $p < 0.001$  de que la diferencia se deba al azar, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se concluye que la mayoría de médicos está de acuerdo con que, al prescribir un medicamento obligatoriamente primero debe consignar la Denominación Común Internacional y sólo después si lo cree conveniente un nombre de marca.

### Análisis e interpretación:

Es muy marcado el consenso colectivo de los médicos de que primero debe consignarse la Denominación Común Internacional, posiblemente más por razones técnicas que por sólo obediencia a la ley.

## RESULTADO 8. NIVEL DE ACUERDO CON LA SUSTITUCIÓN

TABLA 8. DESACUERDO Y NO DESACUERDO CON QUE EL QUÍMICO FARMACÉUTICO PUEDA OFRECER ALTERNATIVAS FARMACOLÓGICAS EQUIVALENTES AL MEDICAMENTO RECETADO POR EL MÉDICO (SUSTITUCIÓN), SEGÚN LO SEÑALA UNA MUESTRA DE MÉDICOS (n = 54) DEL HOSPITAL GENERAL DE HUACHO. AÑO 2018

ACUERDO CON SUSTITUCIÓN	NÚMERO DE MÉDICOS (*)	PORCENTAJE	GRUPOS	MÉDICOS
MUY EN DESACUERDO	7	13.20%	En desacuerdo	30
EN DESACUERDO	23	43.40%		
NEUTRAL	5	9.40%	No desacuerdo	23
DE ACUERDO	13	24.50%		
MUY DE ACUERDO	5	9.40%		
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100.00</b>	Todos	53

(\*) Un médico omitió contestar esta pregunta.

Contrastación de hipótesis:

Hipótesis específica 7: La mayoría de médicos está en desacuerdo o muy en desacuerdo con la sustitución de medicamentos por el químico-farmacéutico

Las hipótesis nula y alternativa son:

$H_0: p \leq q$

$H_A: p > q,$

Con nuestros datos se obtiene  $Z = 0.9615$ , que cae en la zona de no rechazo de la hipótesis nula, por lo que no se rechaza la hipótesis nula y se concluye que la mayoría observada de médicos que manifiestan estar en desacuerdo con la sustitución de medicamentos por el químico-farmacéutico no es estadísticamente significativa.

Análisis e interpretación:

Una mayoría de médicos está en desacuerdo con que el fármaco que prescribe pueda ser sustituidos por el farmacéutico, sin embargo en nuestra muestra esa mayoría no fue estadísticamente significativa.

## RESULTADO 9. NIVEL DE ACUERDO CON OPCIÓN MÁS ECONÓMICA

TABLA 9. ACUERDO Y NO ACUERDO CON QUE EL MÉDICO AL RECETAR CONSIDERE LA POSIBILIDAD DE QUE EL PACIENTE ELIJA UNA ALTERNATIVA ECONÓMICA, SEGÚN LO SEÑALA UNA MUESTRA DE MÉDICOS (n = 54) DEL HOSPITAL GENERAL DE HUACHO. AÑO 2018

PACIENTE PUEDE ELEGIR ALTERNATIVA ECONÓMICA	NÚMERO DE MÉDICOS	PORCENTAJE	GRUPOS	NÚMERO DE MÉDICOS
MUY DE ACUERDO	19	35.80%	De acuerdo	50
DE ACUERDO	31	58.50%		
NEUTRAL	1	1.90%	No de acuerdo	3
MUY EN DESACUERDO	2	3.80%		
<b>Total</b>	<b>53</b>	<b>100.00</b>	Todos	53

(\*) Un médico omitió contestar esta pregunta.

### Contrastación de hipótesis

Hipótesis específica 8: La mayoría de médicos está de acuerdo o muy de acuerdo con que al prescribir un medicamento, el médico debe considerar la posibilidad de que el paciente elija una alternativa económica e igualmente eficaz, sea el medicamento genérico o de marca.

Las hipótesis nula y alternativa son:

$$H_0: p \leq q$$

$$H_A: p > q,$$

Se obtiene  $Z = 6.4559$ , que cae en la zona de rechazo de la hipótesis nula, con  $p < 0.001$ , por lo que se rechaza la hipótesis nula y se concluye que la mayoría de médicos está de acuerdo o muy de acuerdo con que al prescribir un medicamento, el médico debe considerar la posibilidad de que el paciente elija una alternativa económica e igualmente eficaz, sea el medicamento genérico o de marca.

### Análisis e interpretación:

Los datos muestran que una mayoría de los médicos están interesados en que el paciente pueda acceder a la sustancia recetada aunque tenga que optar por la alternativa más económica.



## RESULTADO 10. LA SUSTITUCIÓN Y LA RESPONSABILIDAD DEL MÉDICO

TABLA 10. ACUERDO Y NO ACUERDO CON QUE LA RESPONSABILIDAD DEL MÉDICO CESA SI LA PRESCRIPCIÓN ES SUSTITUÍDA, SEGÚN LO SEÑALA UNA MUESTRA DE MÉDICOS (n = 54) DEL HOSPITAL GENERAL DE HUACHO. AÑO 2018

RESPONSABILIDAD MÉDICA CESA POR SUSTITUCIÓN	NÚMERO DE MÉDICOS (*)	PORCENTAJE	GRUPOS	NÚMERO DE MÉDICOS
MUY DE ACUERDO	23	44.20%	De acuerdo	40
DE ACUERDO	17	32.70%		
NEUTRAL	7	13.50%	No acuerdo	12
EN DESACUERDO	4	7.70%		
MUY EN DESACUERDO	1	1.90%		
Total	52	100.00	Todos	52

(\*) Dos médicos omitieron contestar esta pregunta.

Contrastación de hipótesis:

Hipótesis específica 9: La mayoría de médicos está de acuerdo o muy de acuerdo con que la responsabilidad del médico como médico tratante cesa si la prescripción o receta es sustituida

Las hipótesis nula y alternativa son:

H<sub>0</sub>:  $p \leq q$ , la mayoría no está de acuerdo con que la responsabilidad cesa

H<sub>A</sub>:  $p > q$ , la mayoría está de acuerdo con que la responsabilidad cesa

Se obtiene  $Z = 3.8892$ , que cae en la zona de rechazo de la hipótesis nula, con  $p < 0.001$  de que la diferencia encontrada se deba al azar, por lo que se rechaza la hipótesis nula y se concluye que la mayoría de médicos expresa que está de acuerdo o muy de acuerdo con que la responsabilidad del médico como médico tratante cesa si la prescripción o receta es sustituida

Análisis e interpretación:

Los datos muestran el impulso natural del médico de desligarse de la responsabilidad en caso de sustitución de la especialidad indicada.

## RESULTADO 11. INCENTIVOS DE LAS EMPRESAS AL MÉDICO Y ÉTICA

TABLA 11. ACUERDO Y NO ACUERDO CON EL CONCEPTO DE QUE ACEPTAR INCENTIVOS DE LAS EMPRESAS QUE PROMOCIONAN MEDICAMENTOS CONSTITUYE UNA FALTA ÉTICA, SEGÚN LO SEÑALA UNA MUESTRA DE MÉDICOS (n = 54) DEL HOSPITAL GENERAL DE HUACHO. AÑO 2018

ACEPTAR INCENTIVOS ES FALTA ÉTICA	NÚMERO DE MÉDICOS	PORCENTAJE	GRUPOS	NÚMERO DE MÉDICOS
MUY DE ACUERDO	29	54.70%	De acuerdo	42
DE ACUERDO	13	24.50%		
NEUTRAL	8	15.10%	No acuerdo	11
EN DESACUERDO	2	3.80%		
MUY EN DESACUERDO	1	1.90%		
Total	53	100.00	Todos	53

Contrastación de hipótesis:

Hipótesis específica 10: La mayoría de médicos está de acuerdo o muy de acuerdo con que aceptar incentivos de las empresas que promocionan medicamentos constituye falta ética.

Las hipótesis nula y alternativa son:

$H_0: p \leq q$

$H_A: p > q,$

Se obtiene  $Z = 4.2581$ , que cae en la zona de rechazo de la hipótesis nula, con una  $p < 0.001$  de que la diferencia encontrada se deba al azar, por lo tanto se rechaza la hipótesis nula y se concluye que el número de médicos que está de acuerdo o muy de acuerdo con que aceptar incentivos de las empresas que promocionan medicamentos constituye falta ética es mayor que aquellos que no están de acuerdo.

Análisis e interpretación:

La mayoría de médicos estaría de acuerdo con que el médico no debe recibir incentivos de las empresas que promocionan medicamentos, lo que es un aspecto no tratado en la ley y contemplado de manera dubitativa en el Código de Ética y Deontología del Colegio Médico.

RESULTADO 12. LIBERTAD EN LA PRESCRIPCIÓN Y FINANCIAMIENTO SOLIDARIO DE LOS MEDICAMENTOS

TABLA 12. TIPO DE PRESCRIPCIÓN (LIBRE O CASI EXCLUSIVAMENTE GENÉRICOS) Y DE FINANCIAMIENTOS (FAMILIAR O ASEGURAMIENTO COLECTIVO) QUE DEBERÍA ESTABLECER LA LEY, SEÑALADAS POR UNA MUESTRA DE MÉDICOS (n = 54) DEL HOSPITAL GENERAL DE HUACHO. AÑO 2018.

TIPO DE PRESCRIPCIÓN Y DE FINANCIAMIENTO QUE DEBE ESTABLECER LA LEY	NÚMERO DE MÉDICOS (*)	PORCENTAJE
CASI EXCLUSIVAMENTE GENÉRICOS, FINANCIAMIENTO FAMILIAR	0	0.00%
CASI EXCLUSIVAMENTE GENÉRICOS, FINANCIAMIENTO TOTALMENTE COLECTIVO	13	25.00%
PRESCRIPCIÓN LIBRE , FINANCIAMIENTO RESPONSABLEMENTE POR LA FAMILIA	5	9.62%
PRESCRIPCIÓN LIBRE Y FINANCIAMIENTO TOTALMENTE COLECTIVO	16	30.77%
PRESCRIPCIÓN LIBRE Y FINANCIAMIENTO MIXTO COLECTIVO Y FAMILIAR (ACTUAL)	18	34.62%
<b>TOTAL</b>	52	100.00%

(\*) Dos médicos no contestaron esta pregunta

Contrastación de hipótesis:

Hipótesis específica 11: La mayoría de médicos expresa que en nuestro país, en relación con la prescripción y financiación de los medicamentos, la ley debería establecer que los médicos deben recetar libremente medicamentos genéricos o de marca, y que los medicamentos deben ser financiados totalmente por un sistema colectivo (seguro social o estatal).

Por tanto, debemos examinar dos componentes: 1) Que la mayoría de médicos expresa que en nuestro país, en relación con la prescripción de los medicamentos, la ley debería establecer que los médicos deben recetar libremente medicamentos genéricos o de marca 2) Que una mayoría opina que en nuestro país, los medicamentos deben ser financiados totalmente por un sistema colectivo (seguro social o estatal).

Primer extremo, respecto a recetar genérico o de marca:

La mayoría de médicos expresa que en nuestro país, en relación con la prescripción de los medicamentos, la ley debería establecer que los médicos deben recetar libremente medicamentos genéricos o de marca

De la tabla 12 se obtiene:

TABLA 12A. TIPO DE PRESCRIPCIÓN (LIBRE O CASI EXCLUSIVAMENTE GENÉRICOS) QUE DEBERÍA ESTABLECER LA LEY, SEÑALADAS POR UNA MUESTRA DE MÉDICOS (n = 54) DEL HOSPITAL GENERAL DE HUACHO. AÑO 2018

TIPO DE PRESCRIPCIÓN	NÚMERO DE MÉDICOS (*)	PORCENTAJE
<b>Libre</b>	39	75
<b>Casi exclusivamente genéricos</b>	13	25
Total	52	100

Las hipótesis específicas 11A nula y alternativa son:

$$H_0: p \leq q$$

$$H_A: p > q$$

Se obtiene  $Z = 3.6055$ , que cae en la zona de rechazo de la hipótesis nula, con una  $p < 0.001$  de que la diferencia encontrada se deba al azar, por lo tanto se rechaza la hipótesis nula y se concluye que la proporción de médicos que expresa que, en relación con la prescripción de los medicamentos, la ley de nuestro país debería establecer que los médicos deben recetar libremente medicamentos sean genéricos o sean de marca es mayor que la proporción que expresa que en nuestro país la ley debería establecer que los médicos deben recetar casi exclusivamente medicamentos genéricos.

Segundo componente, respecto al financiamiento:

Una mayoría opina que los medicamentos deben ser financiados totalmente por un sistema colectivo (seguro social o estatal).

De la tabla 12 se obtiene:

TABLA 12B. TIPO DE FINANCIAMIENTOS DE LOS MEDICAMENTOS (FAMILIAR O ASEGURAMIENTO COLECTIVO) QUE DEBERÍA ESTABLECER LA LEY, SEÑALADAS POR UNA MUESTRA DE MÉDICOS (n = 54) DEL HOSPITAL GENERAL DE HUACHO. AÑO 2018.

TIPO DE FINANCIAMIENTO	NÚMERO DE MÉDICOS	PORCENTAJE
<b>Totalmente colectivo</b>	29	55.8
<b>Mixto</b>	18	34.6
<b>Sólo familiar</b>	5	9.6
Total	52	100.0

. (\*) Dos médicos no respondieron esta pregunta

Las hipótesis específicas 11B nula y alternativa son:

$$H_0: p = q_1 = q_2$$

$$H_A: p > q_1 > q_2$$

H<sub>0</sub>: No existe preferencia de los médicos por algún sistema de financiamiento de los medicamentos sea colectivo (seguro social o estatal), mixto (colectivo y familiar) o sólo familiar.

H<sub>A</sub>: Existe preferencia de los médicos por el sistema de financiamiento colectivo (seguro social o estatal) sobre el financiamiento mixto (colectivo y familiar) y del financiamiento mixto sobre sólo el financiamiento familiar.

Aplicados Z a la comparación del financiamiento colectivo con el financiamiento mixto se obtiene  $Z = 1.6045$  con  $p < 0.055$  de que la diferencia se deba al azar, que está dentro del campo de no rechazo de la hipótesis nula; por lo que no se rechaza este extremo de la hipótesis nula. Sin embargo es posible que en muestras más grandes si pueda demostrarse diferencia con significación estadística.

.

También se puede aplicar X<sup>2</sup> a la tabla en su conjunto

H<sub>0</sub>: No existe relación entre el grado de presencia del financiamiento colectivo (colectivo sin financiamiento familiar, mixta y sólo familiar) y la proporción de médicos que apoyan

ese tipo de financiamiento, esto es, todas las formas de financiamiento tienen similar preferencia.

HA: Existe relación entre el grado de presencia del financiamiento colectivo (colectivo sin financiamiento familiar, mixta y sólo familiar) y la proporción de médicos que apoyan ese tipo de financiamiento.

En una tabla de 3 filas (formas de financiamiento ordenadas según presencia de financiamiento colectivo: colectiva sin financiamiento familiar, mixta y sólo familiar) por 2 columnas (Si y No), que por tanto tiene 2 grados de libertad.

Si se admite un alfa de 0.05 el valor crítico de  $X^2$  es 5.991; esto es, valores menores a 5.991 nos indican que no hay diferencias y que debe aceptarse la hipótesis nula  $H_0$ , mientras valores superiores a 5.991 rechazan la hipótesis nula.

Efectuado el cálculo matemático se obtuvo un  $X^2 = 24.98$ , con una  $p < 0.001$  de que la diferencia encontrada se deba al azar, por lo tanto se rechaza la hipótesis nula y se concluye que a mayor presencia de financiamiento colectivo y menor presencia de financiamiento familiar es mayor la proporción de médicos que apoyan ese tipo de financiamiento..

Análisis e interpretación:

La mayoría de los médicos está a favor de un financiamiento solidario, de los medicamentos.

### RESULTADO 13. INCLUSIÓN DE MEDICAMENTOS DE MARCA SEGÚN UNIVERSIDAD DE ORIGEN

TABLA 13. INCLUSIÓN DE UN MEDICAMENTO DE MARCA EN LAS RECETAS DADAS A LOS PACIENTES, SEGÚN TIPO DE UNIVERSIDAD DE ORIGEN, SEÑALADAS POR UNA MUESTRA DE MÉDICOS (n = 54) DEL HOSPITAL GENERAL DE HUACHO. AÑO 2018.

TIPO DE UNIVERSIDAD	SUELE INCLUIR MEDICAMENTO DE MARCA						Total
	Nunca o casi nunca	1 de 16 pacientes	2 de 16 pacientes	3 de 16 pacientes	4 de 16 pacientes	5 de 16 pacientes	
Estatal	13	11	5	6	6	5	46
Privada	1	2	3	0	0	2	8

Contrastación de hipótesis:

Hipótesis específica 12.1: La variable Tipo de Universidad de titulación es un factor asociado a la frecuencia de prescripción de medicamentos de marca

Hipótesis nula: La variable Tipo de Universidad de titulación no es un factor asociado a la frecuencia de prescripción de medicamentos de marca

De la tabla 13 se obtiene:

TIPO DE UNIVERSIDAD	SUELE INCLUIR MEDICAMENTO DE MARCA		X2 Corregido p	OR IC
	Sí, en 1 a 5 de cada 16 recetas	Nunca o casi nunca		
Privada	7	1	0.881 0.2518 0.3247	2.757 0.308 – 24.674
Estatal	33	13		

Tiene alguna controversia en este caso la aplicación de X2 porque siendo sólo 8 los casos de universidad privada, debe esperarse en esta fila no menos de un casillero con valores menores que 5. Al respecto dice el muy reconocido libro de Bioestadística Médica de Dawson Saunders y Trapp: “Aunque no hay una regla absoluta, la mayor parte de los estadígrafos concuerdan que una frecuencia esperada de dos o menos significa que es incorrecto usar chi cuadrada y muchos arguyen que no deberá usarse esta prueba si una frecuencia esperada es menor de cinco”.

En nuestros datos 14 de 54 médicos, (25.9%), señalan que nunca o casi nunca recetan medicamentos de marca, por tanto siendo 8 los titulados en universidad privada, debe esperarse en el segundo casillero superior un valor del 25.9% de 8 casos = 2.07 casos. Con la salvedad anterior el valor que se obtiene de X2 corregido es 0.2518, con una alta probabilidad (0.3247) de que la diferencia observada se deba al azar, por lo que no es posible rechazar la hipótesis nula. El valor de OR obtenido nos indica que en nuestra muestra los médico procedentes de universidades privadas tienen una posibilidad 2.7 mayor de incluir medicamento de marca que los procedentes de universidades estatales, pero su intervalo de confianza nos indica que esta mayor posibilidad no es estadísticamente significativa, por lo que no es posible rechazar la hipótesis nula y se concluye que no se ha podido demostrar que el Tipo de Universidad de titulación sea un factor asociado a la frecuencia declarada de prescripción de medicamentos de marca.

Análisis e interpretación:

En nuestra muestra, los médicos que se titularon en universidades privadas tienen 2.7 más posibilidades (OR) de incluir un medicamento de marca en sus recetas que aquellos que se titularon en universidades estatales, pero la diferencia es estadísticamente no significativa.

RESULTADO 14. INCLUSIÓN DE MEDICAMENTOS DE MARCA SEGÚN DÉCADA DE TITULACIÓN

TABLA 14. INCLUSIÓN DE ALGÚN MEDICAMENTO DE MARCA EN LAS RECETAS DADAS A LOS PACIENTES, SEGÚN DÉCADA DE TITULACIÓN, SEÑALADAS POR UNA MUESTRA DE MÉDICOS (n = 54) DEL HOSPITAL GENERAL DE HUACHO. AÑO 2018.

DÉCADA DE TITULACIÓN	SUELE INCLUIR MEDICAMENTO DE MARCA						
	Nunca o casi nunca	1 de 16 recetas	2 de 16 recetas	3 de 16 recetas	4 de 16 recetas	5 de 16 recetas	Total
Antes de 1990	6	3	0	2	4	1	16
1990 a 1999	7	4	4	2	0	1	18
2000 a 2009	1	6	4	2	2	5	20

Contrastación de hipótesis:

Hipótesis específica 12B: La variable Década de titulación es un factor asociado a la inclusión de medicamentos de marca en la receta

Agrupando nuestros datos obtenemos:

TABLA 14 RESUMIDA

DÉCADA DE TITULACIÓN	SUELE INCLUIR MEDICAMENTO DE MARCA		X2 Corregido p	OR IC
	Sí, en 1 a 5 de cada 16 recetas	Nunca o casi nunca		
2000 o después	19	1	7.242 5.615 0.003	11.761 1.402 – 98.634
Antes de 2000	21	13		

Se aplicó X2 y se obtuvo X2 corregido: 5.6157, p = 0.003

Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula y se concluye que la variable Década de titulación es un factor asociado a la frecuencia de prescripción de medicamentos de marca.

Análisis e interpretación

Los datos nos señalan que el haberse titulado el año 2000, o después, es un factor que se asocia a una posibilidad aumentada de que incluya un medicamento de marca en la



receta, siendo 11.761 veces superior a la posibilidad de que eso lo haga un médico titulado antes del año 2000.

Hipótesis específica 13: Las variables correspondientes a la apreciación del médico de su propio bagaje motivacional, y del entorno informativo, normativo y político de la prescripción son factores asociados con la inclusión de medicamentos de marca en las recetas. Veamos los resultados

#### RESULTADO 15. INCLUSIÓN DE MEDICAMENTOS DE MARCA SEGÚN FRECUENCIA DE LA INFORMACIÓN Y PROPAGANDA QUE RECIBEN

TABLA 15A. INCLUSIÓN DE UN MEDICAMENTO DE MARCA EN LAS RECETAS DADAS A LOS PACIENTES, SEGÚN FRECUENCIA CON LA QUE RECIBE INFORMACIÓN DE FARMACIA CENTRAL DEL HOSPITAL, SEÑALADAS POR UNA MUESTRA DE MÉDICOS (n = 54) DEL HOSPITAL GENERAL DE HUACHO. AÑO 2018.

RECIBE INFORMACIÓN DE FARMACIA	SUELE INCLUIR MEDICAMENTO DE MARCA						Total
	Nunca o casi nunca	1 de 16 pacientes	2 de 16 pacientes	3 de 16 pacientes	4 de 16 pacientes	5 o más, de 16 pacientes	
Nunca o casi nunca	7	8	7	5	4	5	36
A veces	6	3	1	1	2	2	15
Normalmente	1	1	0	0	0	0	2
Siempre	0	1	0	0	0	0	1
Total	14	13	8	6	6	7	54

TABLA 15B. INCLUSIÓN DE UN MEDICAMENTO DE MARCA EN LAS RECETAS DADAS A LOS PACIENTES, SEGÚN FRECUENCIA CON QUE RECIBE INFORMACIÓN Y PROPAGANDA DE REPRESENTANTES DE MEDICAMENTOS DE MARCA, SEÑALADAS POR UNA MUESTRA DE MÉDICOS (n = 54) DEL HOSPITAL GENERAL DE HUACHO. AÑO 2018.

FRECUENCIA DE RECEPCIÓN DE PROPAGANDA	SUELE INCLUIR MEDICAMENTO DE MARCA						Total
	Nunca o casi nunca	1 en 16 pacientes	2 en 16 pacientes	3 en 16 pacientes	4 en 16 pacientes	5 o más, de 16 pacientes	
<b>SIEMPRE</b>	3	2	0	1	2	3	11
<b>CASI SIEMPRE</b>	4	5	2	2	1	1	15
<b>NORMALMENTE</b>	3	4	4	2	2	2	17
<b>A VECES</b>	3	2	2	1	1	1	10
<b>NUNCA O CASI NUNCA</b>	1	0	0	0	0	0	1

TABLA 15 (RESUMEN DE LAS TABLAS 15A y 15B)

RECIBE INFORMACIÓN		SUELE INCLUIR MEDICAMENTO DE MARCA		OR IC	X2 Corregido p
		Sí, en 1 a 5 de cada 16	Nunca o casi nunca		
de Farmacia del Hospital	Nunca o casi nunca	29	7	2.63 IC95: 0.75 – 9.26	2.362 1.458 0.114
	A veces o más	11	7	IC90: 0.918 – 7.567	
de representantes de marca	Normalmente o más	33	10	1.885 IC95: 0.456 – 7.783	0.783 0.249 0.299
	A veces o menos	7	4		

Hipótesis específica 13.1. Las variables referidas a la frecuencia con que el médico recibe información de Farmacia central del hospital y de los representantes de medicamentos de marca son factores asociados a la presencia o ausencia de inclusión de medicamento de marca en la receta.

Hipótesis nula: Las variables referidas a la frecuencia con que el médico recibe información de Farmacia central del hospital y de los representantes de medicamentos de marca no son factores asociados a la presencia o ausencia de inclusión de medicamento de marca en la receta.

Respecto a la relación entre la ausencia de información de Farmacia y la inclusión de medicamento de marca en la receta encontramos un OR: 2.63 (IC95 0.75 – 9.26). Hay una posibilidad 2.63 veces mayor de que un médico que nunca o casi nunca recibe información de farmacia recete medicamentos de marca que aquel que a veces recibe esa información. Sin embargo puesto que el intervalo de confianza intersecta la unidad, esta posibilidad es estadísticamente no significativa, y no es posible rechazar la hipótesis nula.

$X^2 = 2.36$ ,  $X^2$  corregido = 1.45.

Se concluye que no se puede rechazar la hipótesis nula. La tabla muestra también que no es posible rechazar la hipótesis nula en el extremo referente a la propaganda de los representantes de marca.

Análisis e interpretación:

Los datos significan que no se podido demostrar que la percepción que tienen los médicos acerca de la frecuencia de la información de farmacia y de los representantes de medicamentos de marca influya en la frecuencia con que recetan medicamentos de marca.

**RESULTADO 16. FRECUENCIA DE INCLUSIÓN DE MEDICAMENTO DE MARCA SEGÚN NIVEL DE ACUERDO CON NORMAS LEGALES**

**TABLA 16. INCLUSIÓN DE POR LO MENOS DE UN MEDICAMENTO DE MARCA EN LAS RECETAS DADAS A LOS PACIENTES, SEGÚN NIVEL DE ACUERDO CON NORMAS LEGALES SOBRE ALTERNATIVAS EN LA PRESCRIPCIÓN, SEÑALADAS POR UNA MUESTRA DE MÉDICOS (n = 54) DEL HOSPITAL GENERAL DE HUACHO. AÑO 2018.**

NIVEL DE ACUERDO CON		SUELE INCLUIR MEDICAMENTO DE MARCA		X <sup>2</sup>	OR IC95%
		Sí, en 1 a 5 o más de cada 16	Nunca o casi nunca		
PRIMERO DCI	No de acuerdo	2	1	0.078	0.702 0.058 – 8.410
	De acuerdo	37	13		
SUSTITUCIÓN	En desacuerdo	23	7	0.0079	0.9388 0.232 – 3.794
	De acuerdo	14	4		
ALTERNATIVA ECONÓMICA	En desacuerdo	1	1	0.563	0.351 0.020 – 6.031
	De acuerdo	37	13		

Hipótesis específica 13.2: Las variables correspondientes al nivel de acuerdo con el entorno normativo son factores asociados con la presencia o ausencia de inclusión de medicamentos de marca en las recetas.

H<sub>0</sub>: Las variables correspondientes al nivel de acuerdo con el entorno normativo son factores no asociados con la inclusión de medicamentos de marca en las recetas.

Los valores de X<sup>2</sup> y de OR obtenidos hacen que aceptemos la hipótesis nula.

Análisis e interpretación:

Los datos significan que no se podido demostrar que el nivel de acuerdo que tienen los médicos con el entorno normativo influya en la frecuencia con que recetan medicamentos de marca.

#### RESULTADO 17. FRECUENCIA DE INCLUSIÓN DE MEDICAMENTO DE MARCA SEGÚN MOTIVACIONES MÁS FRECUENTES

TABLA 17. INCLUSIÓN DE UN MEDICAMENTO DE MARCA EN LAS RECETAS DADAS A LOS PACIENTES, SEGÚN LAS MOTIVACIONES MÁS FRECUENTES PARA RECETAR MEDICAMENTOS DE MARCA, SEÑALADAS POR UNA MUESTRA DE MÉDICOS (n = 54) DEL HOSPITAL GENERAL DE HUACHO. AÑO 2018.

TIENE COMO UNA FRECUENTE MOTIVACIÓN:		SUELE INCLUIR MEDICAMENTO DE MARCA EN LAS RECETAS		X <sup>2</sup> , corregido P	OR IC95%
		Sí, 1 a 5 o más, de 16 pacientes	Nunca o casi nunca		
FÁRMACO NO EXISTE EN GENÉRICO	SI	30	11	0.072, 0 0.410	0.818 0.189 – 3.535
	NO	10	3		
COMBINACIÓN NO EXISTE EN GENÉRICO	SI	31	12	0.431 0.073 0.278	0.574 0.108 – 3.052
	NO	9	2		
DESCONOCE DISPONIBILIDAD	SI	18	9	1.542, 0.867 0.176	0.454 0.129 1.599
	NO	22	5		
MARCA ES SUPERIOR	SI	20	1	8.014, 6.312 0.0039	13 1.55 – 108.99
	NO	20	13		
PACIENTE SOLICITA	SI	26	8	0.2745, 0.041 0.306	1.39 0.402 – 4.822
	NO	14	6		

Hipótesis específica 13.3: Las variables correspondientes a la apreciación del médico de su propio bagaje motivacional son factores asociados con la presencia o ausencia de inclusión de medicamentos de marca en las recetas.

Hipótesis nula : Las variables correspondientes a la identificación del médico de su propio bagaje motivacional son factores no asociados con la inclusión de medicamentos de marca en las recetas.

Los valores de X<sup>2</sup> y OR obtenidos nos muestran que en el caso de los médicos que tienen como una motivación principal la idea de que el medicamento de marca es superior al genérico se rechaza la hipótesis nula y se concluye que es un factor que influye en la inclusión de un medicamento de marca en la receta.

### Análisis e interpretación:

De las cinco motivaciones más frecuentes para recetar medicamentos de marca, que constituyen la influencia reconocida y declarada explícitamente por los médicos, la consideración de que el medicamento de marca es superior al genérico es la única que tiene relación con la variable Frecuencia con que se incluye un medicamento de marca ( $p=0.0039$ ), lo que da a esta variable una importancia mayor que la declarada explícitamente, descubriéndose una relación muy intensa de tal manera que, los médicos que tienen ese concepto como una de sus cuatro motivaciones más frecuentes tienen 13 veces más posibilidades de incluir algún medicamentos de marca en sus recetas que aquellos que no tienen ese concepto como una motivación frecuente.

### RESULTADO 18. INCLUSIÓN DE MEDICAMENTOS DE MARCA SEGÚN IDEOLOGÍA DE LIBERTAD Y SOLIDARIDAD

TABLA 18. INCLUSIÓN DE ALGÚN MEDICAMENTO DE MARCA EN LAS RECETAS DADAS A LOS PACIENTES, SEGÚN PENSAMIENTO IDEOLÓGICO SOBRE LIBERTAD DE PRESCRIPCIÓN Y SOLIDARIDAD EN EL FINANCIAMIENTO, SEÑALADAS POR UNA MUESTRA DE MÉDICOS ( $n = 54$ ) DEL HOSPITAL GENERAL DE HUACHO. AÑO 2018.

TIPO DE PRESCRIPCIÓN Y DE FINANCIAMIENTO		SUELE INCLUIR MEDICAMENTO DE MARCA		OR IC	X2
		Sí, 1 a 5 o más de cada 16	Nunca o casi nunca		
Tipo de prescripción	Libre	30	9	2.08 0.54 – 7.97	1.17
	Casi sólo genérico	8	5		
Tipo de financiamiento	Totalmente colectivo	22	7	-	0.5556
	Mixto	13	5		
	Sólo familiar	3	2		

Hipótesis específica 13.4: Las variables correspondientes a la opinión ideológica política respecto al tipo de prescripción que se debe hacer y al financiamiento de los fármacos son factores asociados con la presencia o ausencia de inclusión de medicamentos de marca en las recetas.

Hipótesis nula: Las variables correspondientes a la opinión ideológica política respecto al tipo de prescripción que se debe hacer y al financiamiento de los fármacos son factores no asociados con la inclusión de medicamentos de marca en las recetas

Con los resultados de  $\chi^2$  y OR presentados en la tabla 19 se debe aceptar la hipótesis nula.

Análisis e interpretación:

Los datos significan que no se pudo demostrar que la ideología que tienen los médicos acerca del tipo de prescripción y del tipo de financiamiento influya en la frecuencia con que recetan medicamentos de marca.

Hipótesis específica 14: En el sistema prescriptor de medicamentos, existen empirismos ontológico, metodológico, aplicativo y gnoseológico, propiciando la prescripción de medicamentos de marca.

## RESULTADO 19. EXISTENCIA DE EMPIRISMO

Empirismo significa la actitud profesional opuesta u omisa al análisis teórico.

Existencia de empirismo ontológico

La práctica cotidiana que realiza el departamento de Farmacia es atender las recetas dadas por los médicos a los pacientes y movilizar desde logística el stock necesario para esas atenciones. Nuestros datos muestran que una mayoría absoluta de médicos (66.6%) declara que nunca o casi nunca recibe información actualizada del Departamento de Farmacia sobre fármacos disponibles y sus precios, y un 27.7% adicional manifiesta que recibe esa información sólo a veces (Tabla 3).

Ese resultado evidencia que el Departamento de Farmacia posee concepciones sobre su propio ser o esencia y su relación con el sistema de prescripción de medicamentos que han sido fundadas sólo en esa su propia práctica empírica, de dispensación de medicamentos, sin la adecuada reflexión teórica sobre el sistema prescripción / dispensación del que forma parte. El empirismo ontológico, la falta de reflexión sobre la esencia de un Departamento de Farmacia, es muy evidente porque cualquier reflexión teórica que realizaran al respecto, por mínima que fuera, les mostraría la existencia de un sistema como el que estamos planteando en nuestro gráfico 1, en el que tienen que informar a los prescriptores de medicamentos y no sólo despachar medicamentos y que la ley de nuestro país les ordena no sólo dispensar medicamentos sino promover (adquirir, ofertar, informar, incentivar) el uso de genéricos diversos y no sólo de medicamentos esenciales. La observación directa nos muestra que alguna información es proporcionada al médico principalmente sólo

cuando la solicita personal y específicamente, como tendría que hacerse con cualquier otro ciudadano, y también, eventualmente, cuando hay un stock próximo a vencerse, y entonces se recurre a comunicar eso a los médicos, por medios como WhatsApp para que ayuden a dar salida al fármaco, lo que muestra que la falta de comunicación no existe por falta de medios sino por la tácita concepción ontológica errada que tiene el Departamento de Farmacia acerca de la composición y funcionamiento de sistema de prescripción / dispensación.

### Existencia de empirismo metodológico

En nuestra muestra, 27 de los 54 médicos (50%) manifiestan que una de sus cuatro motivaciones principales para prescribir de marca y no genérico es “Porque conozco el fármaco como producto de marca y desconozco si es que está disponible en genérico en la farmacia del hospital (Tabla 1). Producto de su empirismo ontológico sobre el sistema de prescripción, el Departamento de Farmacia, dedicado a dispensar o despachar medicamentos a los pacientes, no cuenta con ningún algoritmo para responder y retroalimentar a los médicos acerca de las prescripciones farmacológicas no dispensadas diariamente y de la oferta real de medicamentos ni para captar y canalizar hacia instancias superiores esas y otras demandas de los médicos, tales como las mezclas de genéricos. En nuestra muestra la primera motivación más frecuente para recetar medicamentos de marca es “Porque para ese caso concreto la combinación de fármacos requerida no existe en genéricos”, que la expresan 23 de 54 médicos (42.5%) como primera motivación (Tabla 1) siendo 43/54 (79.6%) quienes señalan que esa es una de sus cuatro motivaciones principales para recetar medicamentos de marca. En la discusión veremos la pertinencia de este punto de vista mayoritario entre los médicos. Esta necesidad de los médicos no es canalizada hacia instancias superiores para dar una respuesta, la demanda es ignorada sólo se circunscriben a la oferta.

La ausencia de retroalimentación hacia los médicos es muy notable en los documentos normativos de la DIGEMID MINSA. El principal documento normativo de los Departamentos de Farmacia es el “Manual de Buenas Prácticas de Dispensación” (MINSA DIGEMID, 2009), que en su artículo VI.1. señala: “En el proceso de dispensación se diferencian cinco actividades principales: 1. Recepción y Validación de la prescripción. 2. Análisis e Interpretación de la prescripción. 3. Preparación y Selección de los productos para su entrega. 4. Registros. 5. Entrega de los productos e Información por el dispensador”. En el punto VI.1.4 “Los registros deberán realizarse de acuerdo con las normas legales vigentes. La utilización de sistemas informáticos permite conservar toda esta información, la que podrá ser recuperada para la elaboración de los informes correspondientes.” Es notable que aunque se recomienda medios informáticos de registro, no existe ninguna recomendación a enviar información a los médicos sobre stock

realmente disponible y precios, y sobre prescripciones atendidas y no atendidas en la dispensación, lo que es muy importante en los establecimientos de salud y cuya ausencia, vemos, es señalada por 50% de los médicos como una de las motivaciones más importantes para prescribir medicamentos de marca en lugar de genéricos.

El Manual de Buenas Prácticas de Prescripción (Ministerio de Salud, 2005) reconoce que existen Factores que Influyen en la Prescripción: 1. Regulatorios, que son la Ley General de Salud y otros dispositivos, 2. La promoción y publicidad que realiza la industria farmacéutica 3. Educativos, que porta el médico en su formación y actualización y 4. Socioeconómicos, de la población (p 16-18), lo que constituye una lista útil para analizar las motivaciones de los médicos para prescribir, sólo que está incompleta, incurriendo sucesivamente en doble deficiencia ontológica, primero omitiendo como necesario (aunque actualmente ausente) componente de ese sistema, la información permanente hacia los médicos prescriptores que deben desarrollar los organismos pertinentes del Ministerio de Salud y específicamente los Departamentos de Farmacia sobre la existencia de genéricos y sus precios (como input fundamental para una buena prescripción), y, en segundo lugar omitiendo la existencia insoslayable de la actual tecnología de la información que permitiría efectuar ese input desarrollando un sistema de prescripción informado con muy bajo costo. La información de la realidad actual existente, que actúa como gatillo sobre la formación previa, es un componente que ontológicamente no puede ser omitido en el sistema de prescripciones

#### Existencia de empirismo aplicativo

La ley 29459, Ley de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios” señala que el Estado promueve el acceso universal a los productos farmacéuticos (Art 27) y luego (Art 28) “Son fundamentos básicos del acceso universal los siguientes: 1) Selección racional, con la finalidad de promover y difundir los conceptos y el uso de los medicamentos esenciales y genéricos, en particular los medicamentos que constituyen el Petitorio Nacional de Medicamentos Esenciales para todas las instituciones del sistema público de salud. 2) Promoción y fortalecimiento de la fabricación, la importación y la prescripción de medicamentos genéricos, como parte de la Política Nacional de Medicamentos.”, pero la DIGEMID y las farmacias de los hospitales dan por ignorado el mandato que les ordena promover los medicamentos genéricos y los medicamentos esenciales y fortalecer la importación y la prescripción de genéricos.

El Manual de Buenas Prácticas de Prescripción (Ministerio de Salud, 2005) reconoce que existen Factores que Influyen en la Prescripción: 2.” La promoción y publicidad que realiza la industria farmacéutica” (punto 4.2 del Manual), y como para que no queden dudas en su anexo 3:“En el presente contexto la ‘promoción’ se refiere a todas las actividades



informativas y de persuasión desplegadas por fabricantes y distribuidores con objeto de inducir a la prescripción, el suministro, la adquisición o la utilización de medicamentos”, esto es, para DIGEMID y órganos encargados, la promoción se refiere a actividades que solo cumplen los fabricantes y distribuidores, pero no DIGEMID y Departamentos de Farmacia; posición errada aunque comprensible en el Manual que data de 2005, pero que resulta incomprensible que no se haya actualizado para dar cumplimiento a la ley 29459 del año 2009.

Sorprendentemente, y de manera muy significativa, la Resolución Ministerial 1361-2018/MINSA, que recientemente con fecha 28 de diciembre de 2018, ha aprobado el “Documento Técnico Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales para el Sector Salud” considera como referente legal fundamental a la Resolución Ministerial 1240-2004/MINSA que, según se menciona (sexto considerando), “aprobó la Política Nacional de Medicamentos” sin considerar que eso era vigente en el año 2004, cinco años antes de la dación de la ley 29459, que es la nueva “Ley de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios”, que ahora es la ley fundamental al respecto, vigente desde el año 2009; con lo que pone una Resolución Ministerial por encima de una Ley posterior, al no reconocer que la “Política Nacional de Medicamentos” ha sido fijada principalmente en la Ley 29459, a partir de la cual se derogan automáticamente o deben actualizarse los dispositivos dados previamente al respecto, urgentemente si es que son de nivel inferior que la ley, y más aún si en su momento normaron de manera diferente aspectos que ahora están en la ley. Por lo tanto hay empirismo pero además contravención a la ley.

En la línea de dar sustento legal a esas sus omisiones se ha emitido la Resolución Ministerial N°1288-2018-MINSA con fecha 10 de diciembre de 2018, "Listado Nacional de Productos Farmacéuticos Vitales" (...) “que contiene 114 productos” (...) “que por razones de salud pública no deben faltar en las farmacias de los establecimientos de salud”, lo que significa que los otros medicamentos esenciales si pueden faltar, esto es los esenciales reducidos a otra categoría más pequeña: los “vitales”

#### Existencia de empirismo gnoseológico

De 52 médicos que contestaron la pregunta sobre la base gnoseológica de la consideración de que el fármaco de marca que receta es superior al genérico, 10 (19.20%, IC95% 9.6 %–32.5%) manifiesta que la base principal de esa consideración es sólo la experiencia propia. Es notable la existencia de empirismo gnoseológico declarado en un importante porcentaje de médicos prescriptores.

## V. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La tabla 2 nos muestra que solo un 25.9% de los médicos señala que nunca o casi nunca incluye un medicamento de marca en las recetas que emiten durante sus turnos de atención, lo que indica la extensión del problema de las prescripciones que contienen medicamentos de marca (aproximadamente 3 de cada 4 recetas), y su potencial gravedad financiera en los hogares con modestos recursos.

Nuestros resultados muestran que la principal motivación que declaran los médicos para recetar medicamentos de marca es: “Porque para ese caso concreto la combinación de fármacos requerida no existe en genéricos” (43 de 54, 79.6% de los médicos). Indagaciones complementarias posteriores nos han mostrado que algunas de las combinaciones más recetadas con nombres de marca y que no existen en genéricos son: clorfenamina + pseudoefedrina solución oral (de la que existe 311 equivalencias internacionales), pseudoefedrina + cetirizina solución oral (que tiene 825 equivalencias internacionales), salbutamol + bromuro de ipratropio nebulizador, betametasona + gentamicina + clotrimazol en crema dérmica, escopolamina + dipirona inyectable y tabletas, amoxicilina + ambroxol, clotrimazol + clindamicina, y otras, todas ellas combinaciones de muy frecuente uso en el tratamiento de afecciones respiratorias, dolores abdominales e infecciones superficiales de la piel y de la vagina. La demanda de combinaciones farmacológicas es muy frecuente. Un estudio (Meza, Edson y Melgarejo, Susan, 2009) mostró que las 50 especialidades farmacéuticas más vendidas en nuestro país en el sector privado, corresponden a 46 principios activos, de las cuales 21 son monofármacos y 24 son combinaciones, repitiéndose algunas de éstas. Es claro entonces que, en el mercado, las combinaciones de fármacos tienen la preferencia. Esto puede deberse al criterio de lograr sinergia o cubrir con una sola especialidad farmacológica el sospechado principal agente etiológico pero también síntomas molestos, mejorando la evolución y asegurando la adhesión al tratamiento, o evitar que el paciente se confunda con varias tabletas cuyos componentes pueden administrarse juntos en una sola. Hay motivos para pensar que las combinaciones farmacológicas son la actual expresión, industrializada y estandarizada, a peso y funciones emuntorias normales, de las antiguas fórmulas magistrales, por lo que su uso data desde los albores de la medicina científica. Durante varias décadas se intentó erradicar ese modelo de combinaciones medicamentosas y pasar a terapias monodrogas, pero, ya sea porque las enfermedades tienen múltiples causas biológicas concurrentes o ya sea porque la etiopatogenia desarrolla varios síntomas o por criterios de eficacia o seguridad, las combinaciones han vuelto a recuperar un lugar importante y preponderante, no por ignorancia de los médicos prescriptores, sino porque ellos son los que tienen que enfrentar la multi causalidad, propiciar alivio para diversos síntomas, asegurar la adhesión del paciente a la terapia, etcétera, y eso los lleva a prescribir con frecuencia combinaciones. A nivel mundial la OMS promueve investigaciones con combinaciones unipíldora de dos o más fármacos para el tratamiento de pacientes con

problemas cardiovasculares o infecciones, con buenos resultados superiores a los de fármacos únicos o a combinaciones de fármacos únicos, sea con mayores porcentajes de curación o control o con similares porcentajes pero acortando el tratamiento (OMS, 2013) Y, si es así, si la mayor parte de las 50 especialidades farmacéuticas más vendidas en nuestro país corresponde a combinaciones, si el uso de combinaciones tiene la solvencia del enfoque sistémico multi causal de las dolencias, el prestigio de la tradición médica, y el interés de la OMS, ¿por qué la DIGEMID no atiende adecuadamente esa realidad?. Desde ya, nuestro hallazgo evidencia un notable desencuentro entre los criterios de los médicos prescriptores versus los criterios de los decisores administrativos del petitorio nacional de medicamentos, desencuentro que debe ser estudiado y resuelto en beneficio de los usuarios de los servicios públicos y privados de salud.

La segunda principal motivación para recetar medicamentos de marca es “Porque para el caso concreto el fármaco necesario es relativamente nuevo y todavía no existe en genéricos en nuestro país”, que es señalada como una de sus cuatro motivaciones más frecuentes por 41 de 54 médicos (75.9%). En las indagaciones posteriores se nos ha mencionado como uno de los fármacos no existentes en genéricos el meloxicam, antiinflamatorio no esteroideo, usado en nuestro país en el tratamiento de artritis y procesos inflamatorios de otra localización como el dolor mamario, dolor menstrual y ocasionalmente como anticonceptivo oral de emergencia, fármaco cuya patente ya ha vencido hace muchos años pero que no existe en genéricos en nuestro país. Al respecto existe en la Internet una evaluación de la Digemid a una adquisición de meloxicam efectuada por el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas. El documento señala que meloxicam 15 mg no figura en la lista de Medicamentos Esenciales de la OMS ni el Petitorio Nacional de Medicamentos Esenciales (PNME), que tiene 51 registros sanitarios en nuestro país, una eficacia similar a ibuprofeno y naproxeno, y admite su posible menor gastro lesividad, pero compara no los precios internacionales sino los precios vigentes en nuestro país de meloxicam, no genérico, con los de ibuprofeno y naproxeno, genéricos, por lo que concluye que:

“En base a la información revisada, la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas, considera que la adquisición de Meloxicam 15mg tableta, realizada por el Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, no se encuentra justificada para el tratamiento de enfermedades inflamatorias que cursan con dolor, ya que existen otras alternativas más costo efectivas consideradas en el PNME” (DIGEMID, 2007);

Lo que significa que efectúa una sustitución masiva de la prescripción médica especializada. La evaluación de una adquisición, con precios cuestionables, lo que se refiere al buen uso de los recursos financieros, termina así siendo utilizada para invalidar la

indicación médica y para evitar cumplir con promover la provisión de meloxicam en genérico, que por lo tanto tendría precios mucho menores que los actuales de marca. En el año 2009, el DS 015-2009-SA, aclaró que “el principio activo prescrito no deberá ser sustituido o cambiado por uno distinto” con lo que debería quedar claro que la DIGEMID no tiene potestad para bloquear la promoción de medicamentos genéricos de gran éxito internacional sustituyéndolos masivamente por otros principios activos. Cuando el médico receta un medicamento consignando su DCI está cumpliendo con la ley, incluya o no incluya un nombre de marca; cuando un funcionario decisor hace que un fármaco cuya patente ya venció y es de gran demanda no esté disponible en genérico, la está incumpliendo, ya que la ley 29459 ordena en su artículo 28: “promover y difundir los conceptos y el uso de los medicamentos esenciales y genéricos” y no solo de los esenciales, y la “Promoción y fortalecimiento de la fabricación, la importación y la prescripción de medicamentos genéricos”. Otro fármaco mencionado es lisinopril, un hipotensor inhibidor de la Enzima Convertidora de Angiotensina, que tiene patente vencida y que es uno de los fármacos que más se consumen en todo el mundo. Varios fármacos con patente ya vencida y de gran demanda internacional y nacional no son provistos como genéricos DCI en las farmacias de los hospitales públicos de nuestro país, lo que merece un estudio e informe acerca del cumplimiento de la ley. Olvidan los decisores en DIGEMID que el concepto de medicamentos esenciales se creó no con el objetivo de restringir la oferta sino de garantizarla (García Serpa, Claudia, 2000); la lista de medicamentos esenciales constituyen lo mínimo indispensable, no lo máximo, que deben ofertar las farmacias del estado.

Los aspectos señalados en la ley 29459, “Ley de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios” referidos a la promoción de la fabricación, importación y prescripción de genéricos, y no sólo de medicamentos esenciales, son aspectos doctrinarios de la salud pública que expresan la primacía de la ciencia química sobre la propaganda, de la igualdad biológica sobre la desigualdad económica, de la actualización sobre el atraso, de la diversidad sobre la escasez de alternativas farmacológicas, y el papel del estado en la corrección de las fallas del mercado respecto a la salud pública, fallas que nadie sensatamente puede desconocer (Banco Mundial, 1997), y porque además al estar estipulados en la ley forman parte de la doctrina sanitaria oficial de nuestro país, por lo que su incumplimiento, por muy esforzada que pudiera ser la práctica de la DIGEMID y de la Farmacia Central del Hospital General de Huacho, constituyen empirismo ontológico y aplicativo; acción basada sólo en su propia práctica rutinaria y no en el análisis y aplicación de lo que ordenan la doctrina y la ley. .

Como hemos señalado antes, recientemente con fecha 28 de diciembre de 2018 se ha emitido la Resolución Ministerial 1361-2018/MINSA, que aprueba el “Documento Técnico Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales para el Sector Salud” misma que considera a la Resolución Ministerial 1240-2004/MINSA, del año 2004, como

si fuera el documento vigente que “aprobó la Política Nacional de Medicamentos” omitiendo en este punto la vigencia actual de la ley 29459, del año 2009, que ahora es la ley fundamental de la Política Nacional de Medicamentos. Coherentemente con esa línea de empobrecimiento del acervo farmacológico disponible en los hospitales del estado, días antes se aprobó mediante Resolución Ministerial N°1288-2018-MINSA con fecha 10 de diciembre de 2018, el "Listado Nacional de Productos Farmacéuticos Vitales" (...) “que contiene 114 productos” (...) “que por razones de salud pública no deben faltar en las farmacias de los establecimientos de salud”, lo que significa que consideran que los otros medicamentos esenciales si pueden faltar; esto es, la lista de fármacos esenciales es reducida y empobrecida confusa y fácilmente a una lista de fármacos “vitales”, que, examinados uno a uno, no parecen tales ni tan necesarios en todos los establecimientos porque, por ejemplo figuran, entre otros, amfotericina B (indicado en las infecciones fúngicas sistémicas), azul de Prusia (indicado como antídoto en las intoxicaciones por talio radiactivo y por cesio radiactivo), baclofeno (indicado para el tratamiento de la espasticidad de la esclerosis múltiple), fármacos de uso muy escaso y poco urgente por lo que muy difícilmente se puede sustentar su imprescindible existencia en las farmacias de todos los establecimientos de salud del país.

Por otro lado, existen fármacos que efectivamente tienen todavía patente vigente por lo que su prescripción solo puede hacerse como medicamento de marca. Pero todos los años se van venciendo algunas patentes, por eso como señala la Presidenta de la OMS, los funcionarios gubernamentales de salud “deben tener un buen conocimiento de la situación de las patentes” (Chan, 2011). Como ha mostrado un estudio en Bosnia y Herzegovina (Čatić T et al, 2017), “los representantes de las compañías farmacéuticas son la fuente de información más común sobre la entrada al mercado de un medicamento genérico”, en cuanto comienzan a ofertarse copias del original los médicos comprenden que se ha vencido la patente y que es posible la existencia de genéricos; pero no tiene la seguridad de que existan sólo con DCI en la farmacia del hospital, y en nuestro estudio, eso se convierte en la cuarta motivación más frecuente para recetar un medicamento de marca.

La tercera motivación más frecuente que declaran los médicos es “Porque el (o la) paciente solicita expresamente que le recete medicamentos de marca” (34 de 54 médicos, 62.9%). Esta es una motivación que se presenta con gran importancia en los países donde el seguro social, por razones de mejor uso de los recursos financieros ha pasado de la prescripción de medicamentos de marca a la prescripción de genéricos (Dunne SS, Shannon B, Cullen W y , Dunne CP , 2014), pero vemos que también existe de manera importante en nuestra muestra, a pesar de que eso significa que para la familia aumentarán los costos inmediatos en medicamentos. Nuestra actual situación de accesibilidad a medicamentos es continuación de un pasado que combinaba una inaccesibilidad mayoritaria con acceso minoritario a medicamentos de marca; posiblemente este sector es el que culturalmente está más influenciado para solicitar que el medicamento sea de marca. En nuestro estudio sólo

5 de 54 médicos (9.2%) manifiesta que su principal motivación para recetar de marca es el pedido de su paciente y 17 (31.4%) la señalan como su tercera motivación más frecuente (Tabla 1). Eso expresa consideración del médico prescriptor a la opinión de los pacientes, pero también debilidades en el accionar y en la eficacia de las instituciones del estado encargadas de la promoción, también hacia el público, del uso de genéricos señalada en la ley 29459.

La cuarta motivación más frecuente para recetar medicamentos de marca es “Porque conozco el fármaco como producto de marca y desconozco si es que está disponible en genérico en la farmacia del hospital”, señalada por 27 de 54 médicos (50%), motivación que expresa el deseo de recetar genérico pero que duda y sucumbe ante la realidad objetiva dominada por la falta de información que debería provenir de la Farmacia central. Dos de cada tres médicos (66.6%) señala que nunca o casi nunca recibe información de la farmacia central sobre la disponibilidad y precios de los medicamentos, un 27.7% señala que sólo a veces recibe esa información.

La quinta motivación más frecuente es “Porque para el fármaco o principio activo específico el medicamento de marca es superior a los genéricos” (21 de 54 médicos, 38.8%, Tabla 1). Es la tercera en importancia como primera motivación (8 de 54, 14.8%, Tabla 1) y la única motivación cuyo fundamento, en alguna parte del pensamiento del médico, actúa como un factor que tiene relación con una mayor posibilidad de incluir o no incluir un medicamento de marca, de tal manera que casi la totalidad de los médicos que tienen esta motivación, 20 de 21, el 95.2%, receta con alguna frecuencia medicamentos de marca (Tabla 18), mientras que sólo lo hacen 20 de 33 (60.6%) de los que no tienen ese concepto. Esto significa que, -en aquellos médicos que lo portan-, este concepto tiene una gran intensidad motivadora. Para esclarecer sobre esta supuesta superioridad sería útil la promoción, desarrollo y difusión de resultados clínicos obtenidos con genéricos contrastando con el costo que hubiera tenido con medicamentos de marca, las posibilidades financieras de las familias y la adhesión. De los médicos que contestaron la pregunta sobre el origen del concepto de que el medicamento de marca es superior al genérico (Tabla 6), 26 de 52, 50%, declara explícitamente que nunca o casi nunca receta con el criterio de que un fármaco de marca es superior al genérico, 10 (19.2%) declaran haber formado su convicción sólo a través de la propia experiencia y 14 (27%) manifiestan que en eso ha intervenido lecturas de artículos científicos. Esta motivación no es de las más frecuentes en los médicos, pero en quienes la tienen ejerce una gran influencia

La sexta motivación más frecuente es “Para estar acorde con el nivel social o económico que conozco de la (o el) paciente”, la que es señalada como una de sus cuatro motivaciones principales por 18 de 54 médicos (33.3%), lo que, en el mejor de los casos, indicaría que, al suponer el médico que el sector no pobre de la población prefiere fármacos de marca, el

médico se anticipa y receta de marca, y, en el peor de los casos, que considera que hay dos tipos de medicamentos para una misma dolencia, uno para no pobres y otro para pobres, en ambos casos exponiendo una falta de coraje y de conocimientos para defender una uniforme prescripción, sea genérico o de marca, para pobres y no pobres, y con el riesgo de equivocarse en el diagnóstico del nivel social y económico o en el estado de caja actual del paciente. Esa motivación parece contraria a la igualdad biológica, y prejuiciosamente concesiva frente a la supuesta diferencia económica o social del paciente respecto al resto de la población. Felizmente, sólo un médico declaró que esa era su principal motivación para recetar de marca, y mayoritariamente un 66.7% de los médicos no la considera entre sus cuatro motivaciones principales para recetar medicamentos de marca.

Las otras tres motivaciones presentadas en nuestra encuesta expresan de manera más directa algún aspecto de la influencia de los promotores de fármacos de marca en el sistema de prescripción, y son señaladas por una menor cantidad de médicos como una de sus cuatro motivaciones más importantes para recetar medicamentos de marca. Esto indicaría que esas no son las principales motivaciones que tendrían que enfrentarse para disminuir la prescripción de medicamentos de marca, como piensan en otros países vecinos (Buscato y Simoes, 2017) sino atender aquellas que se refieren a la ausencia de genéricos, ausencia de combinaciones de genéricos y duda sobre su existencia en la Farmacia del Hospital.

Contrasta mucho la escasa frecuencia de información que reciben los médicos, procedente del departamento de Farmacia, y la abundante propaganda que reciben de los representantes de los productos de marca. Sólo 5.5% de los médicos manifiesta que recibe esa información de Farmacia normalmente, casi siempre o siempre (Tabla 3), mientras que 79.6% de los médicos manifiesta que normalmente, casi siempre o siempre recibe propaganda, información y muestras médicas de los representantes de medicamentos de marca (Tabla 4). Tan marcada diferencia brinda un contexto favorable para mantener las prescripciones de marca pero sobre todo para que no avancen las prescripciones en genéricos. Por otro lado, en ausencia de la información de DIGEMID y de Farmacia central, la propaganda de los fármacos de marca contribuye a difundir y actualizar información farmacológica que el médico necesita. Con criterio erróneo, en algunos momentos, algunos Directores del Hospital han ordenado que se impida el ingreso de estos representantes a los patios del hospital, sin preocuparse de mejorar la provisión e información que debe brindar el Departamento de Farmacia.

Una muy marcada mayoría de médicos (94.3%) expresa su acuerdo con que en la prescripción de un fármaco primero debe consignarse su Denominación Común Internacional (DCI) (Tabla 7), norma estipulada en la ley (Artículo 26 de la Ley General de Salud). Esta es la base legal para que pueda ocurrir la sustitución por el químico

farmacéutico y para la elección de la alternativa más económica por el paciente. Pero una mayoría (56.6%), estadísticamente no significativa según las dimensiones de nuestra muestra, manifiesta su desacuerdo con que el químico farmacéutico pueda ofrecer alternativas farmacológicas al medicamento recetado (Tabla 8), que es norma legal (Artículo 33 de la Ley General de Salud), mientras que una marcada mayoría (94.3%) estadísticamente significativa (Tabla 9), está de acuerdo con la norma deontológica (Artículo 86 del Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú) que señale la aquiescencia del médico para que el paciente pueda optar por la alternativa más económica. Lo que indica que en nuestra muestra los médicos valoran mucho la libertad y posibilidades del paciente pero rechazan en mayoría no muy amplia la injerencia del químico farmacéutico. En la entrevista posterior con algunos colegas surgen diversos causales de esa oposición a la sustitución, como que saben que muchas veces no es un químico farmacéutico sino sólo un dependiente de Farmacia el que sustituye la receta, o, a veces la sustitución es por una especialidad más costosa, o porque esa injerencia perturba la relación de confianza médico - paciente.

La tabla 10 muestra que una mayoría (76.9%), estadísticamente significativa, está de acuerdo con el enunciado: “La responsabilidad del médico como médico tratante cesa si la prescripción o receta es sustituida”, enunciado que no corresponde a ninguna norma legal o deontológica, pero que formulamos con el fin de explorar el nivel de rechazo a la sustitución de su receta. El Código de ética y Deontología del Colegio Médico señala que “Su responsabilidad como médico tratante cesa si la prescripción o receta es modificada o repetida por el paciente sin su conocimiento ni consentimiento, así como cuando el paciente se auto medica” (Artículo 80°), lo que es diferente a la sustitución permitida por la ley, señalándose previamente en el Artículo 53 que el médico: “Puede eximirse de la responsabilidad de continuar su asistencia y solicitar su reemplazo (...) si concluye que ha habido interferencia en el tratamiento que le hubiere señalado”; por lo que es necesario que el Código de Ética les recuerde con precisión a los médicos que la responsabilidad del médico no cesa con la sustitución de su receta. En nuestro estudio este hallazgo muestra que la injerencia de otros, pretendidamente correctiva de su prescripción, resiente mucho a una mayoría de médicos prescriptores.

En nuestra muestra, un 79.2% de los médicos señala su acuerdo con el enunciado: “Aceptar incentivos de las empresas que promocionan medicamentos constituye falta ética” (Tabla 11), mientras que en el Código de Ética y Deontología del Colegio Médico del Perú señala dubitativa y ambiguamente: “El médico debe ser consciente que aceptar incentivos o facilidades especiales de las empresas que promocionan medicamentos u otros medios de tratamiento o diagnóstico, puede sesgar su criterio clínico afectando al paciente” (Artículo 107). Este punto de vista está presente en los códigos médicos de varios países latinoamericanos, donde algunos estudios muestran desiguales resultados cuando se hacen



redacciones prohibitivas que no aparejan sanciones concretas, llevando a mayores prohibiciones y mayores riesgos morales (Buscato y Simoes, 2017). Una modalidad frecuentemente utilizada para compensar a los incentivos de la industria es recetar combinaciones de fármacos sólo con DCI, con lo que se cumple con la ley, a sabiendas de que esa combinación no existe en genéricos, y a veces existe sólo una marca, lo que generalmente genera gastos muy elevados a los pacientes. Lo que mejor funciona es un clima de libertad pero con la información y el conocimiento colectivo de alternativas, la transparencia (por ejemplo, la simple publicación interna del tipo y número de prescripciones y prescriptores que no se ha podido atender, para que el problema sea conocido y se busque soluciones desde el lado de la farmacia y desde el lado de los departamentos médicos, que no afecten al paciente) y los incentivos positivos (morales, puntuación laboral, bonificaciones económicas, o todos juntos) que deberían ser parte de la promoción de la prescripción de genéricos (y no sólo esenciales o vitales) que ordena la ley. Por otro lado, fuera del campo de la prescripción, en los campos de la investigación o de la promoción, las empresas farmacéuticas técnicamente requieren el trabajo de algunos médicos y algunos médicos necesitan trabajar para la industria farmacéutica. Pero en el campo de la prescripción, que es donde trabaja la mayoría de los médicos, parece importante que el Código precise las condiciones que deben procurarse para evitar el riesgo moral al recibir incentivos de la industria farmacéutica.

En la Tabla 12A vemos que, en nuestra muestra, la mayoría de médicos, 39 de 52 (75%), expresa que en nuestro país, en relación con la prescripción de los medicamentos, la ley debería establecer que los médicos pueden recetar libremente medicamentos genéricos o de marca. Esta es la realidad ya existente y establecida por ley (Ley General de Salud, Art 26). En la Tabla 12B podemos ver que existe preferencia de los médicos por un sistema de financiamiento colectivo (seguro social o estatal) sobre un financiamiento mixto (colectivo y familiar) y de un financiamiento mixto sobre un financiamiento sólo familiar.. Es importante resaltar, por tanto, que los médicos, ante la posibilidad de opinar sobre lo que debería ser la ley, reclaman la libertad de prescribir sea de marca o sea genérico, pero a la vez reclaman solidaridad en el financiamiento de los medicamentos; lo que expresa una presencia mayoritaria innegable de los principios ciudadanos de libertad y fraternidad. Siendo así, con información acerca de lo no atendido en la Farmacia, es posible que los departamentos médicos puedan encontrar alternativas económicas que conjuguen estos dos principios. La Tabla 19 nos muestra que hay mayor frecuencia de inclusión de medicamentos de marca entre los que opinan por una prescripción libre (30 de 39, 76.9%) que entre los que opinan por una prescripción casi sólo de genéricos (8 de 13, 61.5%), pero sin que la diferencia sea estadísticamente significativa (76.9% versus 61.5%); mientras que no hay diferencia en la frecuencia de inclusión de un medicamento de marca según el tipo de financiamiento preferido. Lo que va en el sentido de que la ideología posiblemente actúa, generando motivos y contramotivos, pero son otros factores como la disponibilidad del fármaco, esto es la posibilidad objetiva, lo que finalmente decide, como lo planteaba

Schopenhauer. Como hemos visto s dos motivaciones más frecuentes que expresan los médicos para recetar medicamentos de marca se refieren a la posibilidad objetiva de que el fármaco genérico no esté disponible como combinación o como monodroga.

Hemos encontrado que el tipo de Universidad de origen se relacione con la inclusión de un medicamento de marca, pero nuestro estudio no ha logrado mostrar una significación estadística, quizá por el tamaño de la muestra (Tabla 13). La década de titulación sí muestra una clara relación estadísticamente significativa, de tal manera que los médicos titulados desde el año 2000 tienen una posibilidad 11.7 veces superior de incluir un medicamento de marca que los titulados antes del año 2000 (Tabla 14 resumida, hipótesis específica 12B no rechazada). Al parecer, la actual influencia generacional está siendo mayor que la influencia de la universidad de origen, en la decisión de incluir medicamentos de marca en las recetas.

Las tablas 15, 16 y 17 muestran que ni la percepción que tienen los médicos de la insistente propaganda de los representantes de medicamentos de marca, ni la percepción de la escasa información procedente de Farmacia central, ni el nivel de acuerdo de los médicos con normas de prescripción que alientan la posibilidad del uso final de genéricos en vez de medicamentos de marca, son factores que influyen estadísticamente en la inclusión de medicamentos de marca en la receta, lo que indicaría que son entonces otros factores los que operan para la decisión de incluir o no incluir medicamentos de marca en la receta.

En nuestro estudio, 21 de 54 médicos (38.8%) declaran tener como una motivación principal que el medicamento de marca recetado es superior al genérico, y, de ellos, 20 de 21 (95.2%) suelen incluir medicamentos de marca en su receta, mientras que sólo lo hacen 20 de 33 (60.6%) de los que no tienen ese concepto de superioridad del fármaco de marca, de tal manera que quienes tienen como motivación el concepto de que el fármaco de marca es superior al genérico tienen una posibilidad (OR) 13 veces mayor de incluir un medicamento de marca en su receta que aquellos que no tienen esa motivación como una de sus principales (Tabla 17).

## VI. CONCLUSIONES

1. Nuestros hallazgos muestran que, tres de las cuatro motivaciones más frecuentes que declaran los médicos para recetar medicamentos de marca corresponden a la percepción, verdadera o falsa, de falta de disponibilidad del medicamento como genérico en la Farmacia del hospital (la combinación necesaria no existe en genéricos, el fármaco no existe como genérico o el médico tiene duda de su existencia como genérico en la Farmacia del hospital), lo que implícitamente indica una falta de información actualizada de la farmacia hacia los médicos prescriptores. La tercera motivación más frecuente es que el paciente lo solicita. La demanda y uso de combinaciones ha estado presente en la tradición médica durante siglos, existe en el mercado internacional y es respaldada por investigaciones promovidas por la OMS, mientras que la demanda de medicamentos genéricos variados y no sólo de aquellos presentes en el actual petitorio está respaldada por la Ley 29459; por lo que tales demandas, de combinaciones y de otros nuevos genéricos, debería ser registrada y atendida por la Farmacia del hospital y por la DIGEMID, tanto en la provisión de esos genéricos como en la información de su disponibilidad.
2. Además de esas motivaciones más frecuentes que explícitamente expresan los médicos, existen factores implícitos intensificadores cuya presencia aumenta la posibilidad de que un médico incluya algún medicamento de marca, los cuales son: la convicción de que el medicamento de marca es superior al genérico (Tabla 17) y que el médico se haya titulado a partir del año 2000 (Tabla 14). Esto plantea la demanda de informes de control de bioequivalencia de las varias presentaciones de medicamentos, genéricos y de marca, y su difusión hacia los médicos prescriptores y docentes.
3. Un análisis doctrinario nos ha permitido señalar que existe empirismo en el desempeño de la DIGEMID y del Departamento de Farmacia: empirismo ontológico consistente en la omisión conceptual implícita de sus funciones respecto al sistema de prescripción / dispensación de fármacos, omitiendo el análisis de la prescripción, que es la demanda y reduciéndose al sistema de dispensación, que es la oferta; empirismo metodológico consistente en la omisión de algoritmos de acción que permitan registrar la demanda farmacológica no satisfecha, canalizar la información a niveles superiores y retroalimentar con información a los médicos prescriptores; y empirismo aplicativo consistente en la omisión aplicativa de la doctrina señalada en la ley 29459 (artículo 28) que ordena la promoción y no solamente dispensación, de medicamentos genéricos diversos y no sólo de los medicamentos esenciales.

## VII. RECOMENDACIONES

1. Que la DIGEMID y las Farmacias de los hospitales del Ministerio de Salud cumplan con el artículo 28 de la ley 29459 que ordena la “Promoción y fortalecimiento de la fabricación, la importación y la prescripción de medicamentos genéricos, como parte de la Política Nacional de Medicamentos.”, incluyendo de manera prioritaria las combinaciones de gran demanda, y no se reduzca sólo a la dispensación ni sólo a los medicamentos esenciales;
2. Que el Ministerio de Salud norme la obligación de la DIGEMID y de las Farmacias de los hospitales de hacer llegar a los médicos calendarizadamente (trimestral o semestral) información de actualización farmacológica para el Uso Racional de Medicamentos y la Calidad de la Prescripción, que incluya la nueva disponibilidad internacional de genéricos de aquellos principios activos exitosos y de combinaciones de gran demanda a nivel mundial, la farmacología de esas sustancias, los informes de eficacia y calidad y los trabajos que se realizan para su importación y disponibilidad en nuestro país, para evitar la pobreza y el atraso farmacológicos en la atención a las personas usuarias de los servicios públicos de salud, dando cumplimiento a la letra y el espíritu del artículo 28 de la ley 29459. Todos los días, por medio de las recetas, los médicos le envían información y demandas a las Farmacias de los hospitales y a la DIGEMID; desde un punto de vista sistémico es apropiado que periódicamente la DIGEMID y las farmacias respondan con solvencia tanto académica como administrativa.
3. Que el Ministerio de Salud norme la obligación de las farmacias de los hospitales de establecer un grupo de contacto wasap permanente con todos los médicos de la institución, incluyendo los médicos jóvenes que se incorporan transitoriamente, para mantenerlos informados diariamente acerca de la disponibilidad real y precios de los medicamentos genéricos presentes en el stock de Farmacia.
4. Que el Ministerio de Salud ordene la actualización de los documentos técnicos correspondientes, que debe realizarse para dar cumplimiento al Artículo 28 de la Ley 29459, que proclama como uno de los fundamentos básicos del acceso universal a los productos farmacéuticos “la promoción y fortalecimiento de la fabricación, la importación y la prescripción de medicamentos genéricos”, desarrollando la integración sistémica que debe haber de la dispensación con la prescripción, y de la demanda nacional con la oferta institucional actualizada de medicamentos genéricos y combinaciones, estableciendo un algoritmo para registrar la demanda insatisfecha de fármacos y atender el problema en cabal cumplimiento de la ley.

## VIII REFERENCIAS

- Acero, Fiorella (2016). Cumplimiento de buenas prácticas de prescripción en recetas médicas dispensadas en dos boticas del distrito de San Juan de Lurigancho durante el periodo Febrero – Marzo del 2016. Recuperado de: <https://core.ac.uk/download/pdf/84506902.pdf>
- Albarracín, Agustín (1985). El fármaco en el mundo antiguo. En Historia del Medicamento. Barcelona. Ediciones Doyma
- Aravena, Víctor; Calero, Carlos; Martínez, Oliver; Navarro, Melissa; Villarreal, Ricardo. (2008) Desarrollo del medicamento genérico en el Perú. – Lima : Universidad ESAN, 2008. – 180 p. – Serie Gerencia para el Desarrollo ; 7. Recuperado de: [https://www.esan.edu.pe/publicaciones/2011/05/06/desarrollo\\_del\\_medicamento\\_genérico.pdf](https://www.esan.edu.pe/publicaciones/2011/05/06/desarrollo_del_medicamento_genérico.pdf)
- Banco Mundial (1997). El Estado en un mundo en transformación. Informe sobre el Desarrollo Mundial 1997.
- Bar, A. 2000. Un aporte a la discusión sobre el status metodológico de las variables y escalas de medición Cinta moebio 7: 121-126. Recuperado de: [www.moebio.uchile.cl/07/bar01.htm](http://www.moebio.uchile.cl/07/bar01.htm)
- Barberá Heredia, Esther (1997). Marco Conceptual e Investigación de la Motivación Humana. Revista Electrónica de Motivación Emocional Volumen 2, Número Universitat de Valencia . España. Recuperado de: <http://reme.uji.es/articulos/abarbe127211298/texto.html>
- Beall RF, Kesselheim AS y Sarpatwari A. (2019). New Drug Formulations and Their Respective Generic Entry Dates. J Manag Care Spec Pharm. 2019 Feb;25(2):218-224. doi: 10.18553/jmcp.2019.25.2.218. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30698097>
- Belmonte, Eva y Bernardo, Ángela (2018). 18 médicos recibieron más de 50.000 euros cada uno de una sola farmacéutica en 2017. Recuperado de: <https://civio.es/medicamentalia/2018/10/09/18-medicos-recibieron-mas-de-50000-euros-de-una-sola-farmacéutica-en-2017/>
- Bertalanffy, Ludwig Von (1968). Teoría General de los Sistemas. Fundamentos, desarrollo, aplicaciones. México. Fondo de Cultura Económica.
- Borges Luz, TCh, Loyola Filho, AI, Lima Costa, MF (2009). Estudio de base populacional da subutilizacao de medicamentos por motivos financeiros entre idosos na Regiao Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Cad. Saude Pública. Río

de Janeiro, 25(7):1578-1586, ju,l 2009. Recuperado de:  
[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2009000700016&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2009000700016&script=sci_abstract&tlng=pt)

Boulet, Pascale (2001) Patentes y Medicamentos en Perú. Informe de la Visita, 18 al 23 de Noviembre del 2001. Médicos Sin Fronteras. Recuperado de:  
[https://www.nodo50.org/farmundi/recursos/documentos/Acceso%20a%20medicamentos/Informe\\_Patentes\\_Peru.pdf](https://www.nodo50.org/farmundi/recursos/documentos/Acceso%20a%20medicamentos/Informe_Patentes_Peru.pdf)

Bunge, Mario (1999). Las ciencias sociales en discusión: Una perspectiva Filosófica.. Buenos Aires. Editorial Suramericana.

Bunge, Mario (2005). Diccionario Filosófico. México. Siglo XXI Editores

Bunge, Mario (2009). Filosofía Política. Solidaridad, cooperación y Democracia Integral. Barcelona. Editorial Gedisa.

Bunge, Mario (2012). Filosofía para médicos. Buenos Aires. Editorial Gedisa.

Buscato, Marcela y Simoes, Daniela (2017). Ciudades querem restringir visitas de representantes farmacéuticos a unidades de saúde. Recuperado de:  
<https://epoca.globo.com/saude/check-up/noticia/2017/12/cidades-querem-restringir-visitas-de-representantes-farmaceuticos-unidades-de-saude.html>

Caballero, Alejandro (2009). Guías metodológicas para los planes y tesis de maestrías y doctorado. Segunda edición. Lima. Ed Instituto Metodológico Alen Caro.

Cañadas y Sánchez (1998) Categorías de respuesta en escalas tipo Likert . Psicothema, 1998. Vol 10, n° 3, pp 623-631 Recuperado de:  
<http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=191>

[Čatić T, Avdagić L, Martinović I](#) (2017). Knowledge and attitudes of physicians and pharmacists towards the use of generic medicines in Bosnia and Herzegovina. Med Glas (Zenica). 2017 Feb 1;14(1):25-32. doi: 10.17392/867-16. Pubmed.

Chan Margaret 2010. La búsqueda de una política sanitaria mundial coherente. Discurso de apertura de la Directora General de la OMS en la Unión Europea Bruselas, Bélgica 11 de junio de 2010. Recuperado de:  
[http://www.who.int/dg/speeches/2010/globalhealth\\_conf\\_201006011/es/](http://www.who.int/dg/speeches/2010/globalhealth_conf_201006011/es/)

Chan Margaret (2011) . Mejor acceso a los medicamentos genéricos. Palabras de la Directora General de la Organización Mundial de la Salud de apertura del simposio

técnico conjunto de la OMS, la OMPI y la OMC acerca del acceso a los medicamentos, la información sobre patentes y la libertad para operar. Ginebra (Suiza). 18 de febrero de 2011. Recuperado de:  
[https://www.who.int/dg/speeches/2011/medicines\\_access\\_20110218/es/](https://www.who.int/dg/speeches/2011/medicines_access_20110218/es/)

Chandrasekhar Krishnamurti and SSC Chakra Rao. (2016). The isolation of morphine by Serturmer Indian J Anaesth. 2016 Nov; 60(11): 861–862. doi: 10.4103/0019-5049.193696

Chin et al (2012). Influência dos factores financeiros no cumprimento da medicação. Rev Port Med Geral. Fam vol.28 no. 5 Lisboa set.2012. Recuperado de:  
[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2182-51732012000500008](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2182-51732012000500008)

Chittaranjan y Sathyanarayana, 2017. Prescription writing: Generic or brand?. Indian J Psychiatry. 2017 Apr-Jun; 59(2): 133–137. doi: [10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry\\_222\\_17](https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_222_17)

Córdova, Arnaldo. (2007). La perversión empirista de la Ciencia. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal. Recuperado de:  
<http://www.redalyc.org/html/373/37303306/index.html>

Corral, Yadira (2009) Validez y confiabilidad de los instrumentos de investigación para la recolección de datos. Revista Ciencias de la Educación. Segunda Etapa / Año 2009 / Vol 19/ Nº 33. Facultad de Ciencias Económicas Y Sociales Universidad de Carabobo Valencia Estado Carabobo Venezuela. Recuperado de:  
<http://servicio.bc.uc.edu.ve/educacion/revista/n33/art12.pdf>

Cristancho RA , Andía T, Barbosa T y Watanabe JH, 2015 . Definition and Classification of Generic Drugs Across the World. [Appl Health Econ Health Policy](#). 2015; 13(Suppl 1): 5–11. Published online 2015 Jun 20. doi: [10.1007/s40258-014-0146-1](https://doi.org/10.1007/s40258-014-0146-1)

Daniel, Wayne (2004). Bioestadística. Base para el análisis de las ciencias de la salud. México. Editorial Limusa SA.

Dawkins, Richard (1993). El gen egoísta. Las bases biológicas de nuestra conducta. Barcelona. Salvat.

Dawson-Saunders, Beth; Trapp, Robert. (1993). Bioestadística Médica. México. Ed. El Manual Moderno.

DIGEMID. Ministerio de Salud. (2007). Medicamentos no considerados en el Petitorio Nacional de Medicamentos Esenciales. Recuperado de:  
<http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/08-07-Meloxicam.pdf>

- Dunne SS y Dunne CP (2015). What do people really think of generic medicines? A systematic review and critical appraisal of literature on stakeholder perceptions of generic drugs. *BMC Med.* 2015; 13: 173. Published online 2015 Jul 29. doi: [10.1186/s12916-015-0415-3](https://doi.org/10.1186/s12916-015-0415-3) Recuperado de: <https://bmcmecicine.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12916-015-0415-3>
- Dunne SS, Shannon B, Cullen W, Dunne CP. (2014). Beliefs, perceptions and behaviours of GPs towards generic medicines. *Fam Pract.* 2014 Aug;31(4):467-74. doi: 10.1093/fampra/cmu024. Epub 2014 Jun 3. Recuperado de: <https://academic.oup.com/fampra/article/31/4/467/711018>
- García, A, Martos F, Leiva F y Sánchez de la Cuesta F (2003) .Genéricos: ¿buenos o malos? Conocimientos y actitudes de los médicos ante los medicamentos genéricos. *Gaceta Sanitaria* 17(2) · December 2003. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/publication/26377634\\_Genericos\\_buenos\\_o\\_malos\\_Conocimientos\\_y\\_actitudes\\_de\\_los\\_medicos\\_ante\\_los\\_medicamentos\\_genericos](https://www.researchgate.net/publication/26377634_Genericos_buenos_o_malos_Conocimientos_y_actitudes_de_los_medicos_ante_los_medicamentos_genericos)
- García Serpa Osório de Castro, Cláudia (2000). FÁRMACOS essenciais, formulários terapêuticos e outras estratégias para promoção do uso racional de medicamentos. Estudos de utilização de medicamentos: noções básicas. Editora Fiocruz. Recuperado de: <http://books.scielo.org/id/zq6vb>.
- Goerig M, Schulte am Esch J.(1991). Friedrich Wilhelm Adam Sertürner—the discoverer of morphine. *Anesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther.* 1991 Dec;26(8):492-8. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1786314>
- González Sánchez Jorge (2014). Los niveles de conocimiento. El Aleph en la innovación curricular. *Innov. educ.* (Méx. DF) vol.14 no.65 México may./ago. 2014 . Recuperado de: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-26732014000200009](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-26732014000200009)
- Gracia, Diego (1985). El fármaco en la Edad Media. En *Historia del Medicamento*. Barcelona. Ediciones Doyma.
- Gutierrez, Claudio (2006). Ensayos sobre un nuevo humanismo. Genes y Memes en la era planetaria. San José. Editorial Universidad Estatal a distancia
- Gutierrez, Walter (2013) Motivación y satisfacción laboral de los obreros de construcción civil. Bases para futuras investigaciones. Tesis para optar el Título de Ingeniero Civil, PUCP. Recuperado de: [http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/4727/GUTIERREZ%20WALTER%20MOTIVACION\\_SATISFACCION\\_LABORAL\\_OBREROS\\_INVESTIGACIONES.pdf?sequence=1](http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/4727/GUTIERREZ%20WALTER%20MOTIVACION_SATISFACCION_LABORAL_OBREROS_INVESTIGACIONES.pdf?sequence=1)



- Hassali MA , Wong ZY , Alrasheedy AA , Saleem F , Mohamad Yahaya AH , Aljadhey H. (2014). Perspectives of physicians practicing in low and middle income countries towards generic medicines: a narrative review. [Health Policy](#). 2014 Sep;117(3):297-310. doi: 10.1016/j.healthpol.2014.07.014. Epub 2014 Aug 1.
- Hernández Sampieri, R, Fernández Collado, C y Baptista Lucio, MP, (2014). Metodología de la Investigación. Sexta Edición. México, McGraw-Hill Education.
- Huda O.Salhia, Anna Ali , Naser L.Rezk y , Ashraf El Metwally (2015) Perception and attitude of physicians toward local generic medicines in Saudi Arabia: A questionnaire-based study. [Saudi Pharmaceutical Journal](#) Volume 23, Issue 4, September 2015, Pages 397-404. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1319016415000158>
- Iizuka Toshiaki (2007) Experts' agency problems: evidence from the prescription drug market in Japan The RAND Journal of Economics Volume 38, Issue 3 Autumn 2007 Pages 844–862. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18478669>
- Iizuka T, Kubo K (2011) The generic drug market in Japan: will it finally take off? [Health Econ Policy Law](#). 2011 Jul;6(3):369-89. doi: 10.1017/S1744133110000332. Epub 2010 Dec 21. Recuperado de : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21205400>
- Ioannidis, John (2012). Are Medical Conferences Useful? And for Whom? *JAMA*. 2012;307(12):1257-1258. Recuperado de: <https://oaktrust.library.tamu.edu/bitstream/handle/1969.1/148823/JAMA-2012-ioannidis-1257-8.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
- Jave, Oswaldo, 2015. ¿Qué pasa cuando un médico no puede comprar libros?. Ojo Público. Recuperado de: <http://www.ojo-publico.com/56/que-pasa-cuando-un-medico-no-puede-comprar-libros>
- Jiménez Yovanna y Bazán Sandra (2017) Cumplimiento de las Buenas Prácticas de Prescripción del Programa de Atención Ambulatoria de la Clínica Maison de Sante Mayo - Julio 2016 . Recuperado de: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/570>
- La Estrella de Panamá (2017). Ministro Mayo recibe lista nacional de medicamentos esenciales y especializados. En <http://laestrella.com.pa/panama/nacional/ministro-mayo-recibe-lista-nacional-medicamentos-esenciales-especializados/24012918>
- Lobo, Félix (1989). La evolución de las patentes sobre medicamentos en los países desarrollados. Departamento de Economía de la Universidad de Oviedo.

Recuperado de:

[https://econo.uniovi.es/c/document\\_library/get\\_file?uuid=fc9296bd-c92b](https://econo.uniovi.es/c/document_library/get_file?uuid=fc9296bd-c92b).

López Más, Julio (2005). Motivación laboral y gestión de recursos humanos en la teoría de Frederick Herzberg. Recuperado de:

<http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/administrativas/article/view/9692/8498>

López Tricas, JM (2011). Vencimiento de patentes de fármacos rentables. *Farm Hosp.* 2012; 36(1):1-2 DOI: 10.1016/j.farma.2011.06.005

Lucio, Cristina G (2011) ¿Quién debe financiar la formación de los médicos?. *Diario El Mundo*, 15 de junio de 2011. Recuperado de:

<http://www.elmundo.es/elmundosalud/2011/06/15/noticias/1308135943.html>

Martínez Coll, Juan Carlos (2015) El enfoque sistémico. En *Manual Básico: La economía de mercado, virtudes e inconvenientes*. Junta de Andalucía. Ed original 1993.

Recuperado de: <http://www.juntadeandalucia.es/averroes/centros-tic/14002996/helvia/aula/archivos/repositorio/250/271/html/economia/1c/sistematico.htm>

Maslow AH (1943) A Theory of Human Motivation Originally Published in *Psychological Review*, 50, 370-396. Recuperado de:

<http://psychclassics.yorku.ca/Maslow/motivation.htm>

Medicamentos: ¿importa más la disponibilidad o el precio? (5 de febrero de 2018). *Diario El Comercio*. Recuperado de: <https://elcomercio.pe/economia/peru/medicamentos-importa-disponibilidad-precio-noticia-494691>

Mele, Pels, and Polese ( 2010 ). A Brief Review of Systems Theories and Their Managerial Applications *Service Science* 2(1/2), pp. 126 - 135, © 2010 SSG.

Recuperado de: [https://pubsonline.informs.org/doi/pdf/10.1287/serv.2.1\\_2.126](https://pubsonline.informs.org/doi/pdf/10.1287/serv.2.1_2.126)

Meza, Edson y Melgarejo, Susan. (2009). Valor terapéutico de los medicamentos más vendidos en el Perú. *Acción Internacional para la Salud. AIS LAC Serie Investigaciones y monografías No. 31/2010*. Recuperado de:

<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s18857es/s18857es.pdf>

Ministerio de la Producción Perú (2015). *Industria Farmacéutica. Estudio de Investigación sectorial*. Recuperado de: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4027.pdf>

Ministerio de Salud (2002). *Primer Encuentro Nacional de Hospitales. Hacia la modernización hospitalaria. Libro Memoria*. Lima Perú.

Ministerio de Salud (2005). Manual de Buenas Prácticas de Prescripción.

Ministerio de Salud (2012). Perfil farmacéutico de la República del Perú. Recuperado de: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s19825es/s19825es.pdf>

Miranda Montero, Juan José (2004). El mercado de medicamentos en el Perú ¿Libre o regulado?. Instituto de Estudios Peruanos. Consorcio de Investigación Económica y Social. Recuperado de: [https://www.mef.gob.pe/contenidos/pol\\_econ/documentos/Medicamentos\\_competencia.pdf](https://www.mef.gob.pe/contenidos/pol_econ/documentos/Medicamentos_competencia.pdf)

Molina Altamirano, Alejandrina (2015). Los límites a la propiedad de patentes de productos farmacéuticos en el Perú: Una reflexión desde el caso Atazanavir. Recuperado de: <http://facultad.pucp.edu.pe/derecho/blog/los-limites-a-la-propiedad-de-patentes-de-productos-farmaceuticos-en-el-peru-una-reflexion-desde-el-caso-atazanavir/>

Nascimento KM y Gonzaga e Castro, LP. 2012. Influencia do marketing industrial na qualidade da prescricao médica e da dispensacao de medicamentos. Pontificia Universidad Católica de Goiás. Programa de pos-gradacao Regulacao Sanitária. Recuperado de: <http://www.cpgls.pucgoias.edu.br/8mostra/Artigos/SAUDE%20E%20BIOLOGICAS/Influ%C3%Aancia%20do%20marketing%20industrial%20na%20qualidade%20da%20prescri%C3%A7%C3%A3o%20m%C3%A9dica%20e%20da%20dispens%C3%A7%C3%A3o%20de%20medicamentos.pdf>

Obando, Rocío y Herrera, Juan (2017) Determinación del cumplimiento de las buenas prácticas de prescripción en el Servicio de Medicina General del Hospital “Los Olivos” del periodo setiembre-diciembre 2016. Recuperado de: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/574/TITULO%20-%20HERRERA%20AGUIRRE%20JUAN%20EDUARDO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

OMS (2006). Colaboremos por la salud. Informe sobre la salud en el mundo 2006

OMS (2013). Investigaciones para una cobertura sanitaria universal. Informe sobre la salud en el mundo 2013.

Palacios, Jesús (2010). Democracia versión 2.1. Gestión y control de la promesa electoral. Huacho. Ed. Meditamen.

Parkin, Michael. (2001). Microeconomía. Versión para Latinoamérica. Quinta Edición. Pearson Educación. México. 2001. p. 4.

- Popper, Karl (2012). La responsabilidad de vivir. Escritos sobre política, historia y conocimiento. Madrid. Paidós.
- Precedo José (2016). Las maniobras de la industria farmacéutica. Diario.es. del 11 de abril de 2016. Recuperado de: [https://www.eldiario.es/sociedad/tarugueabamos-Pfizer-medicos\\_0\\_504300224.html](https://www.eldiario.es/sociedad/tarugueabamos-Pfizer-medicos_0_504300224.html)
- Priego Álvarez, Heberto Romeo; Avalos García, María Isabel; Téllez, Pedro Manuel; Morales, Manuel Higinio (2017). Percepción y actuación de médicos en la prescripción de medicamentos genéricos en México. Revista Cubana de Salud Pública, vol. 43, núm. 1, enero-marzo, 2017, pp. 41-56 Sociedad Cubana de Administración de Salud La Habana, Cuba. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/214/21450963005.pdf>
- Puyol, Ángel (2017). La idea de solidaridad en la ética de la salud pública. Rev. Bioética y Derecho no.40 Barcelona 2017. Recuperado de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1886-58872017000200004](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872017000200004)
- Quero Virla, Milton (2010). Confiabilidad y coeficiente Alpha de Cronbach. Telos. Revista de Estudios Interdisciplinarios en Ciencias Sociales. Universidad Rafael Belloso Chacín. Volumen 12 (2): 248 – 252. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/993/99315569010.pdf>
- Royal Society, The (2017). The Selfish Gene tops Royal Society poll to reveal the nation's most inspiring science books. !9 July 2017. Recuperado de: <http://royalsociety.org/news/2017/07/science-book-prize-poll-results/>
- Schopenhauer, A (2002). Sobre la libertad de la voluntad. En Los dos problemas fundamentales de la ética. Editorial Siglo XXI. Madrid.
- Segarra y Bou (2005). Concepto, tipo y dimensiones del conocimiento: configuración del conocimiento estratégico. Recuperado de: <file:///C:/Users/TOSHIBA/Documents/A%20TESIS%20GEN%20C3%89RICO%20%20MARCA/Texto%20en%20im%20C3%A1genes/Dialnet-ConceptoTiposYDimensionesDelConocimiento-2274043.pdf>
- Senge, Peter. (1998). La Quinta Disciplina. Ediciones Granica. Buenos Aires
- Shrank WH, Liberman JN, Fischer MA, Girdish C, Brennan TA y Choudhry NK (2011). Physician perceptions about generic drugs. [Ann Pharmacother.](#) 2011 Jan;45(1):31-8. doi: 10.1345/aph.1P389. Epub 2011 Jan 4.

- Sijtsma, Klaas. (2009) Sobre el uso, el mal uso y la utilidad muy limitada del alfa de Cronbach. Recuperado de: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11336-008-9101-0>
- Skipper Niels y Vejlin Rune (2015). Determinants of generic vs. brand drug choice: Evidence from population-wide Danish data. [Social Science & Medicine Volume 130](#), April 2015, Pages 204-215. Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.01.013>
- Spender JC (1996). Making knowledge the basis of a dynamic theory of the firm *Strategic Management Journal* Volume 17, Issue S2. Recuperado de: <https://doi.org/10.1002/smj.4250171106>
- Spiegel, Murray y Stephen, Larry , 2009. Estadística. Serie Schaum. Cuarta Edición.. México. McGraw-Hill.
- Tamayo, José. (1991). Patología Administrativa En los Servicios de Atención de Salud. Ediciones Muñequito Normativo. Lima.
- Tobar, Federico y Sánchez, Delia (2014) El impacto de las políticas de medicamentos genéricos sobre el mercado de medicamentos en tres países del MERCOSUR. Fundación Carolina. Avances de Investigación. Centro de Informaciones y Estudios del Uruguay. Montevideo. Recuperado de: [https://www.fundacioncarolina.es/wp-content/uploads/2014/07/Avance\\_Investigacion\\_12.pdf](https://www.fundacioncarolina.es/wp-content/uploads/2014/07/Avance_Investigacion_12.pdf)
- The Royal Society (2017). The Selfish Gene tops Royal Society poll to reveal the nation's most inspiring science books. Recuperado de: <https://royalsociety.org/news/2017/07/science-book-prize-poll-results/>
- Valladares, Gerardo, Cruzado, Raúl, Seclén Juan, Pichihua Zósimo (2005) Evaluación de los potenciales efectos sobre acceso a medicamentos del tratado de libre comercio que se negocia con los Estados Unidos de América. Ministerio de Salud. Lima. Recuperado de: [http://www.forosalud.org.pe/estudio\\_minsa\\_evaluacion\\_efectos\\_del\\_tlc\\_en\\_medicamentos.pdf](http://www.forosalud.org.pe/estudio_minsa_evaluacion_efectos_del_tlc_en_medicamentos.pdf)
- Ventura-León, José Luis; Caycho-Rodríguez, Tomás (2017) El coeficiente Omega: un método alternativo para la estimación de la confiabilidad. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, vol. 15, núm. 1, enero junio, 2017, pp. 625-627. Centro de Estudios Avanzados en Niñez y Juventud Manizales, Colombia. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/773/77349627039.pdf>

Weber, Max (2002). *Economía y Sociedad*. Madrid. Fondo de Cultura Económica.

WHO (2018). *Medicines Pricing and Financing*. Recuperado de:

<http://www.who.int/medicines/areas/access/en/>

Ya-Ming Liu Yea-Huei KaoYang, Chee-RueyHsieh. Financial incentives and physicians' prescription decisions on the choice between brand-name and generic drugs: Evidence from Taiwan [J Health Econ](#). 2009 Mar;28(2):341-9. doi: 10.1016/j.jhealeco.2008.10.009. Epub 2008 Nov 5.

## IX.ANEXOS.

### FICHA TÉCNICA DEL INSTRUMENTO UTILIZADO

#### ENCUESTA A LOS MÉDICOS DEL HOSPITAL GENERAL DE HUACHO SOBRE LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS

##### FICHA TÉCNICA

###### 1. FINALIDAD Y OBJETIVOS

1.1.FINALIDAD . Conocer la frecuencia de las principales motivaciones que los médicos tienen para recetar medicamentos de marca.

1.2.OBJETIVO GENERAL. Determinar cuáles son las motivaciones que más frecuentemente tienen los médicos del Hospital General de Huacho para recetar medicamentos de marca, según ellos lo expresan.

###### 1.3.OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1: Determinar cuál es la distribución de frecuencias con las que los médicos incluyen por lo menos un medicamento de marca en las recetas que emiten, según ellos lo declaran

2: Determinar la distribución de las frecuencias con que el Departamento de Farmacia les hace llegar a los médicos información sobre disponibilidad y precios de los medicamentos genéricos, según ellos lo declaran

3: Determinar la distribución de las frecuencias con que los representantes de los medicamentos de marcas les hacen llegar a los médicos propaganda, información, muestras médicas de sus productos

4: Estimar la frecuencia con la que los médicos cuando recetan medicamentos de marca lo hacen en una receta adicional

5: Determinar cuál es la principal consideración gnoseológica en que los médicos basan su juicio de que los medicamentos de marca son mejores que los medicamentos genéricos.

6: Determinar cuál es el nivel de acuerdo de los médicos con el enunciado: “Al prescribir medicamentos, el médico debe **consignar obligatoriamente primero su Denominación Común Internacional (DCI)** y sólo después si lo cree conveniente un nombre de marca

7. Determinar cuál es el nivel de acuerdo de los médicos con el enunciado: “Al prescribir medicamentos, el médico debe **consignar obligatoriamente primero su Denominación Común Internacional (DCI)** y sólo después si lo cree conveniente un nombre de marca”

8. Determinar cuál es el nivel de acuerdo de los médicos con el enunciado: “Al prescribir medicamentos, el médico debe **consignar obligatoriamente primero su Denominación Común Internacional (DCI)** y sólo después si lo cree conveniente un nombre de marca”

9. Determinar cuál es el nivel de acuerdo de los médicos con el enunciado: “La responsabilidad del médico como médico tratante cesa si la prescripción o receta es sustituida”

10. Determinar cuál es el nivel de acuerdo de los médicos con el enunciado: “Aceptar incentivos de las empresas que promocionan medicamentos constituye falta ética”

11: Estimar la frecuencia de opiniones ideológicas, respecto a la libertad de prescribir genérico o de marca y el tipo de financiamiento de las medicinas (privado familiar o colectivo público)

12: Determinar si es que las variables: Década de titulación y Tipo de Universidad de titulación son factores relacionados con la prescripción de medicamentos de marca

13: Determinar si es que las variables referentes a la apreciación del médico del entorno conceptual informativo, normativo y político de la prescripción son factores relacionados con la prescripción de medicamentos de marca

14: Identificar deficiencias ontológicas, metodológicas, aplicativas y gnoseológicas en el sistema de prescripción de medicamentos del Hospital General de Huacho

## 2. CARACTERÍSTICAS DE LA ENCUESTA

Tipo de encuesta: La encuesta se realizó mediante un cuestionario escrito, con respuestas cerradas, algunas para escribir un número, otras para marcar en una escala de Likert y otras para marcar una opción.

Método de la encuesta: Se identificó a los médicos que participarían de la encuesta, se les ubicó y luego del correspondiente saludo se les invitó de manera directa verbal a responder las preguntas planteadas permaneciendo cerca para responder a alguna duda.

Personal de campo: El autor de la tesis

## 3. COBERTURA DE LA ENCUESTA

3.1.COBERTURA GEOGRÁFICA: La encuesta se realizó exclusivamente en el Hospital General de Huacho del Ministerio de Salud.

3.2.COBERTURA TEMPORAL: La encuesta se realizó en el mes de noviembre de 2018

3.3.COBERTURA TEMÁTICA: La cobertura temática se ha centrado en las motivaciones que tienen los médicos para recetar medicamentos de marca, percepción de la información que reciben del Departamento de Farmacia y de los representantes de medicamentos de marca, nivel de acuerdo con aspectos normativos y éticos de la prescripción y corrientes ideológicas sobre el tipo de fármacos y de financiamiento que debería establecerse, aplicándose el cuestionario que consta en el punto 7 capítulo III de la presente tesis.

## 4. UNIDADES DE INVESTIGACIÓN

El médico prescriptor



5. PERIODO DE REFERENCIA: Mes de noviembre del año 2018 en que se aplicó la encuesta.
6. DISEÑO MUESTRAL:
  - 6.1.Población objetivo: Los médicos prescriptores del Hospital General de Huacho
  - 6.2.Marco muestral: La relación de todos los médicos prescriptores del hospital, sin estratificación por Departamentos.
  - 6.3. Tipo de muestreo: Probabilístico. Mediante una tabla de números aleatorios se seleccionó a los médicos que serían encuestados.
  - 6.4.Nivel de inferencia: Muestral y por estratos dicotómicos según las variables.
  - 6.5.Tamaño de la muestra: Se incluyó a 54 médicos prescriptores.
7. PRODUCTOS
  1. La base de datos
  2. Tablas estadísticas

## **DEFINICIÓN DE TÉRMINOS**

Dispensación: Acción y efecto de dispensar (DRAE).

Dispensar: Exender, despachar un medicamento (DRAE)

Empirismo : Teoría filosófica que enfatiza el papel de la experiencia ligada a la percepción sensorial en la formación del conocimiento (Wikipedia) En el lenguaje cotidiano de los grupos profesionales de la ciencia y la tecnología, el concepto empirismo significa la actitud profesional basada sólo en la propia experiencia, opuesta u omisa al análisis teórico, y así la hemos usado en esta investigación.

Empirismo gnoseológico: Adquirir convicciones cognitivas basándose sólo en la propia experiencia u observando la experiencia de otros, sin que la información haya pasado por el método científico (Definición personal)

Empirismo metodológico: La aplicación de una secuencia o algoritmo, explícito o implícito, que omite actividades o conceptos previstos como importantes en la teoría científica actual pertinente (Definición personal)

Empirismo normativo: “Empirismos normativos. Identificamos este tipo de problema cuando alguna norma interna, que rige en esa realidad, entidad o empresa, no ha incorporado en su enunciado, no está actualizado o no considera un planteamiento teórico directamente relacionado” (Caballero, Alejandro, 2004 p 185).

Empirismo ontológico: El desenvolvimiento práctico rutinario omitiendo total o parcialmente el uso de una teoría científica actual pertinente sobre el ser o ente en el que se actúa (Definición personal).

Incentivo: Lo que mueve o excita a desear o hacer algo (DRAE)

Interés: Conveniencia o beneficio en el orden moral o material (DRAE)

Marca registrada: Marca de fábrica o de comercio que, inscrita en el registro competente, goza de protección legal (DRAE)

Medicamento copia: Aquel medicamento de marca registrada que es fabricado por otros fabricantes diferentes al inventor, luego de vencido el plazo de la patente.

Medicamento de marca registrada: Aquel medicamento que es comercializado con un nombre especial comercial dado por el fabricante, adicional y diferente a la Denominación Común Internacional. (Manual de Buenas Prácticas de Dispensación aprobado por RM 013-2009/MINSA del 15 de enero de 2009)

Medicamento de patente: Aquel medicamento de marca registrada, fabricado por el inventor.

Medicamento genérico: Es el producto farmacéutico cuyo nombre corresponde a la “Denominación Común Internacional” del principio activo, recomendada por la Organización Mundial de la Salud, OMS, y no es identificado por un nombre de marca. (Manual de Buenas Prácticas de Dispensación aprobado por RM 013-2009/MINSA)

Meme: Replicador de la cultura humana similar a los genes que replican la vida (Dawkins, Rasgo cultural o de conducta que se transmite por imitación de persona a persona o de generación en generación. (DRAE). Unidad de información, verdadera o falsa, que es fijada en el cerebro humano y que tiene tal fuerza replicadora que, con modificaciones o sin ellas, impulsa a su trasmisión hacia otras personas (Definición personal).

Motivación: Motivo, causa o razón que mueve para algo. Conjunto de factores internos o externos que determinan en parte las acciones de una persona (DRAE).

Ontología: La rama de la filosofía que estudia las características más generales de la realidad, tales como la existencia real, el cambio, el tiempo, la causalidad, la mente, la vida. (...) estudia todos los existentes (Bunge, 2005).

Prescribir: Recetar, ordenar un remedio (DRAE).

Receta: Prescripción facultativa del médico (DRAE)

Recetar: Prescribir un medicamento, con expresión de sus dosis, preparación y uso (DRAE)

Sistema: Conjunto de cosas relacionadas entre sí ordenadamente contribuyen a determinado objeto (DRAE)

## ANÁLISIS DE VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTOS

Últimamente se está haciendo gran énfasis en la necesidad de evaluar, además de la validez de los instrumentos de recolección de datos, esto es su relación con el tema, la confiabilidad de los instrumentos de medición. Pero a veces se recurre a aplicaciones mecánicas de programas estadísticos sin comprender su significado y verdadero valor, lo que pone en tela de juicio la consistencia académica de sus aplicadores. Es conveniente por eso señalar algunas precisiones sobre la validación y confiabilidad de instrumentos, para su adecuada utilización.

“mientras la validez se refiere a que se mida lo que se desea medir, la confiabilidad se refiere a la exactitud con que un instrumento de medida mide lo que mide” (Quero, 2010)

“La validez responde a la pregunta ¿con qué fidelidad corresponde el universo o población al atributo que se va a medir?” (Corral, 2008, p 230 ). “La validez, en términos generales, se refiere al grado en que un instrumento mide realmente la variable que pretende medir. Por ejemplo, un instrumento válido para medir la inteligencia debe medir la inteligencia y no la memoria” (Hernández, 2014, p 200) “La validez de contenido se refiere al grado en que un instrumento refleja un dominio específico de contenido de lo que se mide” (Hernández, 2014, p 201). “La validez de constructo es probablemente la más importante, sobre todo desde una perspectiva científica, y se refiere a qué tan bien un instrumento representa y mide un concepto teórico” (Hernández, 2014, p 203). “la validez de contenido no puede expresarse cuantitativamente es más bien una cuestión de juicio, se estima de manera subjetiva o intersubjetiva empleando, usualmente, el denominado **Juicio de Expertos**”. (Corral, 2008, p 231)

En concordancia con lo señalado, tres docentes universitarios con el grado de Doctor, dos en Salud Pública y uno en Medicina, emitieron cada uno su correspondiente Juicio de Experto validando el instrumento de encuesta, que fueron anexados al proyecto de la tesis.

Las variables de una investigación pueden ser continuas, en cuyo caso los datos se recogen mediante medición, o pueden ser discretas, en cuyo caso los datos se recogen por conteo simple. Los conteos simples requieren la precisión en la definición del fenómeno contabilizado (por ejemplo en una encuesta para contar la variable discreta sexo, podemos usar la apariencia física, el sexo que figura en su documento de identidad o el sexo que declara el encuestado) pero no requiere cálculo de confiabilidad del instrumento utilizado (en este caso, los ojos, salvo que sea muy evidente la deficiencia visual). Las mediciones si requieren que se calcule la confiabilidad del instrumento utilizado, pero sólo en aquellos casos en que se construye un nuevo instrumento de medición o se aplica un nuevo instrumento sui géneris que no ha sido validado en el ámbito de la nueva investigación, no así en aquellos casos en que se utiliza instrumentos que tienen confiabilidad probada (cintas métricas, balanzas, termómetros, etcétera).

En ciencias sociales para poder medir indirectamente cualidades que no son observables directamente (por ejemplo la inteligencia, la calidad, la responsabilidad, la idoneidad, el amor, y muchas otras), que corresponden a variables continuas, con frecuencia se inventan nuevos instrumentos con observaciones acumulativas, los cuales deben pasar por un test de confiabilidad.

“La confiabilidad (...) designa la exactitud con que un conjunto de puntajes de pruebas miden lo que tendrían que medir” (Corral 2008, p 238) “La confiabilidad de un instrumento de medición se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo individuo u objeto produce resultados iguales” (Hernández, 2014 p 200) “La confiabilidad o fiabilidad, se refiere a la consistencia o estabilidad de una medida ... la ausencia relativa de errores de medición en un instrumento de medida” (Quero, 2010, p 248).

Las pruebas de confiabilidad son necesarias cuando se inventa o se aplica un nuevo instrumento de medición, no cuando se hace un conteo ni cuando se aplica instrumentos ya ampliamente validados. Así una experta en el tema ha señalado: “cabe destacar que, existen instrumentos para recabar datos que por su naturaleza no ameritan el cálculo de la confiabilidad, como son: entrevistas, escalas de estimación, listas de cotejo, guías de observación, hojas de registros, inventarios, rúbricas, otros. A este tipo de instrumentos, sin embargo, debe estimarse o comprobarse su validez, a través del juicio de expertos, para establecer si los reactivos que los configuran o integran se encuentran bien redactados y miden lo que se pretende medir” (Corral, 2008, p 245).

Nuestras variables principales, tales como “prescribe de marca por costumbre, de manera bastante automática”, “prescribe de marca porque considera que para el caso concreto el medicamento de marca es superior al genérico”, son variables de un solo ítem cada una, que se representan, registran y cuentan directamente, y las otras son variables con escalas de estimación tipo Likert, que en ninguno de los casos forman parte de una nueva variable acumulativa y que tienen contenidos diferentes o incluso divergentes, por lo que no requieren ni les es aplicable evaluaciones previas de confiabilidad porque no constituyen un nuevo instrumento acumulativo de medición (nuevo test, nueva escala, nueva puntuación).

Por lo señalado, respecto a nuestro instrumento de recolección de datos hemos sustentado su validez o cohesión interna en el juicio de expertos no siendo aplicable índices para evaluar su confiabilidad.