

# Cuestiones bioéticas relacionadas con el acceso a medicamentos en el ejercicio de la oftalmología en Colombia

## Bioethical issues on the access to drugs in the practice of ophthalmology in Colombia

María de los Ángeles Mazzanti-di Ruggiero<sup>a\*</sup>, María Elvira Sarmiento-Dueñas<sup>b</sup>, Erwin Hernando Hernández-Rincón<sup>c</sup>, María Alejandra Martínez-Ceballos<sup>d</sup>, Juliana Muñoz-Ortiz<sup>d</sup>

<sup>a</sup> Departamento de Bioética, Facultad de Medicina, Universidad de La Sabana, Cundinamarca, Colombia

<sup>b</sup> Departamento de Especialidades Quirúrgicas, Facultad de Medicina, Universidad de La Sabana, Cundinamarca, Colombia

<sup>c</sup> Departamento de Medicina Familiar y Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de La Sabana

<sup>d</sup> Semillero de investigación "Formar Mentas bioéticas", Facultad de Medicina, Universidad de La Sabana, Cundinamarca, Colombia

\*Autor corresponsal maria.mazzanti@unisabana.edu.co

**Citación** Mazzanti-di Ruggiero MA, Sarmiento-Dueñas ME, Hernández-Rincón EH, Martínez-Ceballos MA, Muñoz-Ortiz J. Bioethical issues on the access to drugs in the practice of ophthalmology in Colombia. *Medwave* 2019;19(2):e7585

**Doi** 10.5867/medwave.2019.02.7585

**Fecha de envío** 27/8/2018

**Fecha de aceptación** 31/12/2018

**Fecha de publicación** 8/3/2019

**Origen** No solicitado

**Tipo de revisión** Con revisión por tres pares revisores externos, a doble ciego

**Key words** bioethics, ophthalmology, public health, health care costs, physician-patient relations, drugs

## Resumen

La oftalmología se constituye como una especialidad de alto costo en lo que respecta a tratamiento médico, quirúrgico y de innovación tecnológica. Es preocupante que en algunos países los pacientes se vean afectados en su salud visual, y por ende en su calidad de vida, por no contar con los recursos necesarios para un acceso oportuno a medicamentos, citas médicas o procedimientos quirúrgicos. A partir de la búsqueda de artículos relacionados con cuestiones bioéticas y el acceso a medicamentos en el ejercicio de la oftalmología en cuatro bases de datos electrónicas (ScienceDirect, MEDLINE/PubMed, ClinicalKey y SciELO), así como en libros de bioética y leyes de la jurisdicción colombiana, realizamos una reflexión sobre el problema del acceso a los medicamentos oftalmológicos, centrándonos en el interés por la aplicación de la bioética en la práctica clínica y en el acceso a medicamentos de los pacientes con patologías oftalmológicas. Las consideraciones éticas se abordan desde una mirada del modelo principialista de Beauchamp y Childress, en especial considerando el principio de justicia, de modo que brinde a los profesionales de la salud en este campo, argumentos para la toma de decisiones médicas y éticas que beneficien la atención y el acceso a medicamentos de los pacientes con patologías oftalmológicas.

## Abstract

Ophthalmology is a high-cost specialty in terms of medical, surgical and technological innovation and treatment. It is worrisome that in some countries patients are affected in their visual health, and therefore in their quality of life because they do not have the necessary resources for timely access to medications, medical appointments or surgical procedures. We searched in four electronic databases (ScienceDirect, MEDLINE/PubMed, ClinicalKey and SciELO), as well as in books on bioethics and Colombian laws, for articles related to bioethical issues and access to medicines in the exercise of ophthalmology. We reflect on the problem of access to ophthalmological drugs, with particular interest on how to apply the principles of bioethics on the clinical practice of patients with ophthalmological conditions. Ethical considerations are approached from the principles of Beauchamp and Childress, especially

regarding the principle of justice, in order to provide health professionals in this field with arguments for medical and ethical decisions that benefit the healthcare and access to medicines for patients with ophthalmological conditions.

### Ideas clave

- La falta de asequibilidad a los medicamentos oftalmológicos aún no alcanza a suplir las necesidades de los pacientes con patología ocular.
- No tratar la patología ocular impacta negativamente en la calidad de vida de los pacientes.
- El acceso a la salud es un derecho fundamental. En el campo de la bioética, es imprescindible respetar los principios de justicia, autonomía, beneficencia y no maleficencia.

## Introducción

A lo largo del tiempo el desarrollo de nuevas tecnologías y el surgimiento de descubrimientos en el campo de la oftalmología, principalmente relacionados con tratamientos médicos, ha traído consigo cuestionamientos éticos de diferente índole, y en especial los relacionados con las enfermedades oculares. Es por esto que el médico se ha visto en la necesidad de aplicar un modo de pensar y de actuar de forma coherente en lo que respecta al acto médico, en todo el sentido de la palabra; entendiendo este último como el centro y raíz de la entrevista clínica; pues busca tratar, prevenir y recuperar el estado de salud de los pacientes, conforme a las disposiciones planteadas por la bioética “a través de una visión moral y del estudio en la toma decisiones para el cuidado del otro”<sup>1</sup>.

Para establecer que un acto médico es excelente, debe existir competencia profesional<sup>2</sup>, respaldada por una serie de hábitos y virtudes<sup>3</sup>, así como respeto por los cuatro principios éticos mencionados por Beauchamp y Childress: autonomía, tanto del paciente como del médico, que propende siempre por lo mejor para la persona y el análisis del riesgo-beneficio del sujeto enfermo de forma integral. No maleficencia, para no hacer daño al momento de tomar una conducta. Ejercer la justicia, que garantiza la distribución de los beneficios, costos y riesgos en la atención en salud como derecho y bien social<sup>4</sup>. Por tanto, se “debe proporcionar todo lo que asegura el efectivo respeto de ese derecho”<sup>5</sup>.

Teniendo en cuenta lo anterior, uno de los planteamientos que surgen a partir de la aplicación de la bioética en la práctica clínica, está relacionada con el principio de justicia presentado por Beauchamp y Childress como “desigualdades en el acceso a la asistencia sanitaria<sup>4</sup> y el acceso a medicamentos en oftalmopatías. Los medicamentos son un elemento esencial en la búsqueda del grado máximo de salud, por lo tanto, cualquier dificultad en el acceso a este recurso va a repercutir directamente en la calidad de vida de la población”<sup>6</sup>. No obstante, se estima que un tercio de la población mundial no tiene acceso regular a los medicamentos esenciales, y esta proporción puede llegar a ser más de la mitad de la población en algunos países en desarrollo<sup>7</sup>.

Este artículo de reflexión se centra en Colombia, país en el cual se reportan algunos estudios como el del autor Arrivillaga y colaboradores, quienes demostraron en su trabajo que el 25% de la muestra estudiada tenía prescrito medicamentos que no se encontraban incluidos en el antiguo Plan Obligatorio de Salud (plan sanitario de Colombia que incluye servicios de educación, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación para las enfermedades más frecuentes) y que el 12% de los medicamentos recetados no se encontraban disponibles<sup>8</sup>.

Esto ocurre en gran medida en el campo de la oftalmología, dado que es considerada una especialidad médico-quirúrgica de rápido avance, alto costo y con muchas novedades en exámenes diagnósticos, tratamientos farmacológicos e intervenciones quirúrgicas<sup>9</sup>, lo que crea una barrera por parte de las aseguradoras (Empresas Promotoras de Servicios de Salud - EPS, desde 2016 conocidas como Empresas Administradoras de Planes de Beneficios - EAPB), generando un impacto negativo en la salud visual en Colombia.

Asimismo, de acuerdo con el Departamento Nacional de Estadística de Colombia, en el período de 2005 demostró una prevalencia de discapacidad del 6,4%, del cual el 43,5% presentaba limitaciones visuales; y en el período de 2003 a 2008 el 31,6%, presentaba alteraciones para percibir la luz, distinguir objetos o personas a pesar de usar corrección óptica<sup>10</sup>. De igual forma, el Instituto Nacional de Ciegos en 2006 registró 1 100 000 personas con deterioro visual, 80% correspondían a casos de discapacidad visual y 20% a personas legalmente ciegas<sup>11</sup>. Las etiologías más prevalentes en la población colombiana corresponden a catarata, glaucoma, retinopatía diabética y degeneración macular relacionada con la edad; de las cuales 80% son evitables, siendo 50% de las causas tratables y 30% prevenibles<sup>12</sup>. Esta cuestión resulta preocupante, dado que el porcentaje de población afectada es significativa y seguirá en aumento, en la medida en que se restrinja el acceso a los tratamientos médicos y a los procedimientos quirúrgicos. Se estima, que para 2020 se duplique el porcentaje de población con discapacidad visual prevenible. En consecuencia, es necesario implementar estrategias que permitan un diagnóstico temprano y tratamiento oportuno de las patologías que afectan la salud visual de los individuos<sup>12</sup>.

En cuanto al déficit de medicamentos que están incluidos en el plan de beneficios podría deducirse que es consecuencia directa de los altos costos en la industria farmacéutica, y de la restricción de los presupuestos de las instituciones prestadoras de servicios de salud. Esta situación ha permitido la mercantilización de la medicina, convirtiendo a los medicamentos desde “bienes esenciales para la población, en bienes comerciales a través del libre mercado”<sup>13</sup>. Este es el caso del sistema de salud colombiano, el cual ha favorecido un modelo de atención curativa, centrado en los servicios hospitalarios, basado en los especialistas y bajo el modelo de la teoría del libre mercado. Todos estos son factores que limitan el acceso universal en salud y, por consiguiente, generan inequidades en el financiamiento y acceso del sistema; lo cual debería promover una atención centrada en las personas y el mejor establecimiento de la salud en las comunidades<sup>2,13,14</sup>. Esta posibilidad puede llevar a transformar la relación médico-paciente hacia una relación de proveedor-cliente, influyendo en la percepción del significado auténtico del acto médico y de su ejercicio.

Blengio lo respalda, manifestando que “los intereses económicos irrumpen en un escenario que transforma al medicamento en una mercancía”<sup>14</sup>. *The Organisation for Economic Co-operation and Development*, establece claramente que desde el punto de vista ético jurídico “el mercado es un medio, no un fin”<sup>15</sup>, por lo que al entenderse la salud como un derecho fundamental “se debe proveer de los bienes necesarios en condiciones de disposición y accesibilidad”<sup>15</sup>, independientemente de la libre competencia y del modelo capitalista. Esto aplica, no sólo para medicamentos, sino también para métodos diagnósticos y procedimientos intervencionistas.

Dadas estas reflexiones, los temas que se abordarán a lo largo de este artículo tratan el ejercicio del acto médico en el área de la oftalmología, presentando las problemáticas relacionadas con el acceso a medicamentos a pesar de las legislaciones establecidas para este fin. Se concluye el estudio presentando algunas consideraciones éticas para que se puedan poner todos los medios para evitar que continúe creciendo el número de personas con discapacidad visual por una atención carente en Colombia.

## El acto médico en el ejercicio de la oftalmología

Para establecer que un acto médico es excelente, debe existir competencia profesional<sup>2</sup> que incluya habilidad técnica y conocimiento cognitivo<sup>16</sup>; respaldado por una serie de valores, hábitos y virtudes<sup>3</sup> como la compasión, la honestidad, el respeto por la dignidad humana y su integridad. Para ello es fundamental tener en cuenta las preocupaciones éticas por el paciente, de modo que se tome una decisión correcta, buscando el mejor beneficio de la persona enferma.

Desde la antigüedad, se encuentran escritos que evidencian un comportamiento ético, que complementa las cuestiones técnicas del saber de la profesión, proponiendo cordialidad y respeto por el paciente. Ejemplo de ello es el médico Ali Ibn Isa (940-1010 a. C) quien redacta lo siguiente cuando describe una cirugía de catarata: “mientras la aguja está en el ojo del paciente, hay que hablar con palabras amables para disminuir su ansiedad...”. Esto indica que es

necesario incorporar una actitud de respeto y empatía durante la práctica clínica<sup>2</sup>.

En cuanto a la prescripción de medicamentos o procedimientos, se deben tener en cuenta las necesidades biopsicosociales del paciente, de modo que la situación sea siempre individualizada; puesto que recomendar un tratamiento innecesario o negar un tratamiento necesario es antiético<sup>2,16</sup>. Es decir, los oftalmólogos deben indicar únicamente aquellas pruebas de laboratorio, dispositivos ópticos o agentes farmacológicos que sean para el mejor bien del paciente. Durante la relación médico-paciente, es necesario ser precisos en la comunicación. O sea, no se debe brindar información falsa, irreal, engañosa o ambigua, ni se debe omitir información sin la cual la información no sería veraz. Al momento de plantear al paciente un procedimiento o tratamiento oftálmico, es necesario explicar los riesgos, las consideraciones reales sobre la seguridad y eficacia, así como la disponibilidad de tratamientos alternativos<sup>2,16</sup>.

A partir de esto, el médico se ha visto en la necesidad de aplicar un modo de pensar y de actuar de forma coherente en lo que respecta al acto médico, en todo el sentido de la palabra; entendiendo este último como el centro y raíz de la entrevista clínica pues busca tratar, prevenir y recuperar el estado de salud de los pacientes, conforme a las disposiciones planteadas por la bioética “a través de una visión moral y del estudio en la toma decisiones para el cuidado del otro”<sup>1,4</sup>.

## Problemas relacionados con el acceso a medicamentos

La Corte Constitucional Colombiana expresa que los ciudadanos tienen derecho a recibir atención médica y tratamiento completo: “la atención y el tratamiento a que tienen derecho los pertenecientes al Sistema de Seguridad Social en Salud cuyo estado de enfermedad esté afectando su integridad personal o su vida en condiciones dignas; es decir, deben contener todo cuidado, suministro de medicamentos, intervenciones quirúrgicas, prácticas de rehabilitación, exámenes para el diagnóstico y el seguimiento, así como todo otro componente que el médico tratante valore como necesario para el pleno restablecimiento de la salud del paciente”<sup>5</sup>. No obstante, como consecuencia de los aciertos y limitaciones de la normativa en salud en Colombia, en 2015 el Congreso de Colombia estableció la Ley 1751. Este cuerpo legal se planteó como fin el hacer transitar el derecho a la salud desde una concepción de derecho prestacional subjetivo, hacia un derecho fundamental en directa relación con otros derechos fundamentales, como el derecho a la vida<sup>2,17</sup>. De esta manera, la Ley 1751 reconoce a la salud como un “derecho autónomo e irrenunciable en lo individual y colectivo”.

Adicionalmente, la Ley considera que el sistema de salud debe avanzar hacia la atención integral (promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento y paliación de la enfermedad) y bajo un abordaje de los determinantes sociales en salud, y así progresar hacia la reducción de las desigualdades en salud<sup>18</sup>. Por otro lado, garantizar el derecho a la salud en Colombia supone muchos retos para el país, sobre todo en un sistema de salud mercantilista que favorece la fragmentación de los servicios, la prestación centrada en las especialidades médicas, la supresión de barreras de acceso, el trabajo en red, el

fortalecimiento de la baja complejidad y los intereses diversos de varios actores del sistema<sup>19,20</sup>.

A pesar de lo mencionado previamente, uno de los problemas en cuestión es el suministro de medicamentos. En 2015 el listado de principios activos dentro del plan de beneficios fue ampliado, sin embargo aún no logra cubrir de forma óptima las principales patologías relacionadas con la salud visual de la población. Como solución a este problema, se implementó un aplicativo web “reporte de prescripción de servicios y tecnologías en salud no cubiertos por el plan de beneficios en salud con cargo a la UPC (Unidad de Pago per cápita)”<sup>20</sup>, que incluye a su vez, exclusiones para la prescripción de un medicamento, procedimiento o método diagnóstico. A raíz de esto último, se han generado varias controversias con respecto a la plataforma virtual. Entre las críticas que se mencionan por parte de los pacientes, destacan dos: que el medicamento solicitado no se entrega de forma oportuna, es decir existe una demora significativa en el tiempo de entrega (entre 27,2 y 28,8 días), o bien es entregado de forma incompleta (28%)<sup>21</sup>. De esta manera se incurre nuevamente en la falta de asequibilidad, la cual se asegura con condiciones de oportunidad, calidad, cantidad, efectividad, eficacia y costo, afectando la condición de vida de los pacientes<sup>6</sup>. Adicional a esto, la disponibilidad en zonas rurales no se cumple, pues no existe una proporción adecuada entre el número de farmacias, la ubicación geográfica y la disponibilidad de los medicamentos, y esta realidad tampoco se aleja de las zonas urbanas<sup>13</sup>.

Según cifras reportadas en 2015 por el Ministerio Nacional de Salud y Protección Social el 48,1% de personas se encuentran afiliadas al régimen subsidiado, 44,5% al régimen contributivo y 5% a los regímenes especiales y de excepción<sup>22</sup>. Aunque el primer grupo constituye una población vulnerable con bajos ingresos económicos, los contribuyentes también se ven afectados por esta problemática, dado que ambos grupos poblacionales en el caso de solicitar un medicamento o un insumo que no se encuentre enlistado se verán en el deber de comprar o abandonar el tratamiento. Por lo tanto, es pertinente cuestionarse ¿cuánto tiempo toma reclamar un medicamento en Colombia para garantizar el derecho a la salud y disminuir las barreras de acceso?, ¿es justo que un paciente deba esperar tanto, aun cuando su salud visual se encuentra comprometida, con el riesgo de presentar secuelas posteriores que pueden llegar a ser irreversibles? En el caso de las enfermedades oftalmológicas, muchas de ellas no dan espera, trayendo consecuencias nefastas que afectan la calidad de vida de las personas, aumentando los costos de pensiones por invalidez y disminuyendo los ingresos anuales per cápita de la nación<sup>23</sup>.

Teniendo en cuenta lo anterior y según la Declaración Universal de los Derechos Humanos, se entiende que existe una trasgresión de los derechos fundamentales, ya que “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad”<sup>24</sup>.

## Reflexiones éticas desde una mirada del modelo principialista

Es pertinente mencionar el modelo principialista planteado por Beauchamp y Childress para ahondar en la reflexión ética. Como ya se mencionó anteriormente, los autores establecen cuatro principios fundamentales: autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. Interesa analizar a la luz de estos principios, el problema planteado en la atención en salud en oftalmología en Colombia, ya que las dificultades en la distribución y en el acceso a los medicamentos es una cuestión que merece ser estudiada y resuelta por los actores involucrados en la toma de decisiones. Para Beauchamp y Childress los problemas éticos pueden abordarse desde diferentes teorías éticas que establecen principios, reglas e ideales de acción<sup>4</sup>, que permiten jerarquizar la toma de decisiones y en este caso que se presenta, podría arrojar alguna idea para lograr una mayor cobertura y calidad en el servicio. La reflexión se hará tomando cada principio para analizar el problema.

En primer lugar, el principio de autonomía<sup>4</sup>, que se refiere a la capacidad del paciente para asumir sus propias decisiones, en este caso con respecto a su salud, y de beneficencia que procura el bienestar del paciente. En las patologías oftálmicas en Colombia se dan situaciones que vulneran dichos principios, cuando el profesional de la salud debe prescribir medicamentos que no son los de mayor evidencia para el tratamiento de una enfermedad, o que no se encuentran en las concentraciones ideales para una patología específica, o incluso no se encuentran cubiertos por el plan de beneficios de salud<sup>5</sup>. El paciente asume autónomamente el tratamiento, sin embargo se ve limitado por el sistema y no puede ejercer totalmente su autonomía.

Esta situación también afecta el principio de beneficencia directamente, por no poder acceder al medicamento que le proporcionará mayores beneficios. Un ejemplo en el área de oftalmología es el ojo seco, constituida como una de las enfermedades más frecuentes en nuestro medio, sus síntomas pueden llegar a ser muy severos, generando discapacidad en estadios avanzados. El tratamiento para esta patología es la utilización de lubricantes tópicos, y aunque es una enfermedad que no tiene cura, con el tratamiento se controlan sus síntomas y se evita la progresión de la enfermedad y riesgos de complicación<sup>25</sup>. Pero infortunadamente, para la solicitud de este tipo de medicamentos es necesario llenar el aplicativo web del Ministerio de Salud que no garantiza en un 100% la oportuna entrega del principio activo en cuestión, idea soportada en el apartado anterior<sup>21</sup>.

De esta manera se entiende que cuando no se cuenta con los principios activos esenciales, se impacta negativamente en la historia natural de la enfermedad. Además de esto, los altos costos en la industria farmacéutica y de la restricción de los presupuestos de las instituciones prestadoras de servicios han “coartado la voluntad de los médicos, para que su responsabilidad deje de ser deontológica”<sup>26</sup>. Es necesario recordar que la elección de un tratamiento debe procurar, en toda ocasión, el mejor bien de la persona con el mínimo de reacciones no deseadas y “asimismo, la autonomía del paciente debe ser tenida en cuenta en el momento de la formulación”<sup>27</sup>.

En segundo lugar, se transgrede el principio de beneficencia y no maleficencia<sup>28</sup> en el sentido en que el derecho a la salud incluye no sólo el tratamiento de enfermedades, sino también la prevención de las mismas. Además, esto no puede estar limitado a una lista de fármacos, procedimientos o métodos diagnósticos, porque en tanto que favorezcan el goce de la vida del ser humano, su esencialidad no se debe a la inclusión en esta lista, sino justamente a las circunstancias de cada persona en particular<sup>29</sup>.

Como regla general, se debe siempre buscar el bienestar integral de la persona, como ser que tiene dignidad, la cual debe ser respetada. En todo momento se debe defender la vida física, independientemente de las circunstancias en las que el médico se encuentre. En caso de no ser posible por el curso normal de la enfermedad, se deberá aliviar y minimizar los daños de la mejor manera posible, guardando siempre la proporcionalidad de las conductas<sup>30</sup>.

Dentro de los ejemplos que se pueden mencionar se encuentra el glaucoma, la segunda causa de ceguera prevenible en el mundo<sup>31</sup>. En 2015 unos 57,5 millones de personas tenían diagnóstico de glaucoma de ángulo abierto y en 2020 se proyecta que la cifra aumente a 65,5 millones<sup>32-34</sup>. Según la Asociación Colombiana de Glaucoma 11 de cada 100 colombianos puede desarrollar la enfermedad y uno de cada 30 la adquiere a cualquier edad<sup>35</sup>. Con la resolución 6408 de 2016 se amplió el número de medicamentos disponibles para esta neuropatía degenerativa, sin embargo el porcentaje de medicamentos disponibles en el plan obligatorio de salud versus los disponibles en el mercado se encuentra aproximadamente en el 14,2% (Tabla 1)<sup>36,37</sup>.

Es importante tener en cuenta que la solución no consiste en incluir todos los medicamentos en el plan obligatorio de salud, ya que no sería económicamente sustentable; sino que se debe educar y crear una cultura del uso racional de los recursos por parte de los médicos y de los pacientes, e invertir en el desarrollo de estrategias de prevención y autocuidado, recordándoles a los pacientes visitas periódicas al oftalmólogo sin colocar barreras al momento de solicitar las valoraciones.

Finalmente, pero no menos importante, queda el principio de justicia que se pregunta cómo se distribuyen los recursos, de modo que los usuarios reciban la mejor atención. Este principio se asocia también al desarrollo de la equidad, que en Colombia adquiere especial relevancia debido a que el Ministerio de Salud realizó en 2015 un amplio estudio para mostrar la situación del país en la cobertura y calidad de la atención en salud. Es interesante resaltar que esta cartera tomó como eje la equidad como “el concepto de equidad vertical, el cual plantea que ante las diferencias socioeconómicas existentes debe haber también un tratamiento diferencial -políticas dirigidas a personas carentes de recursos- que contribuya a alcanzar un nivel óptimo de salud para toda la población”<sup>38</sup>.

En consecuencia, según el principio de justicia, unido al desarrollo de la equidad, las personas deberían acceder a “formas farmacéuticas apropiadas bajo la impronta de la calidad y con precios asequibles para los individuos y la comunidad”<sup>14</sup>. Cuando la enfermedad no da espera, o el medicamento no es autorizado, el paciente se ve en la obligación de comprarlo por sus propios medios o de abandonar el

tratamiento. Sin embargo, la industria farmacéutica tiene un alto índice de competitividad por la asimetría de la información, las políticas de patentes y el alto costo de innovación<sup>39</sup>, reflejado en los precios exagerados de los medicamentos en el mercado, en especial los colirios oftálmicos e inyecciones intravítreas, trayendo consigo un aumento en la brecha de desigualdad en un país subdesarrollado como Colombia.

Es importante recordar entonces, que el “producto final de estas empresas tienen un vínculo directo con el bienestar individual y social a través de su influencia en la salud”<sup>6</sup>. El ejercicio de la profesión y la prescripción médica no debe tener fines únicamente lucrativos, sino que debe ir encaminado a buscar el mejor bien del otro.

Posiblemente los principios de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia, no llegan a ser suficientes para valorar en su totalidad, desde una mirada antropológica, la moral del acto médico, la justificación de determinadas decisiones o los juicios éticos que el mismo profesional realice frente a las opciones que un sistema de salud le ofrezca para tratar a los pacientes. No obstante, en este estudio se considera necesario iniciar con este enfoque principialista, para mostrar un primer abordaje de la situación en Colombia.

## Palabras finales

El acceso a medicamentos se presenta como un problema, no sólo de salud pública sino también de tipo bioético debido a que el panorama jurídico y los principios de autonomía, beneficencia y justicia entran en conflicto con las decisiones que se deben tomar frente al costo que tiene la capacidad de asumir el sistema de salud. Los ejemplos presentados de patologías como el ojo seco o el glaucoma indican la necesidad de hacer estudios que permitan la administración de los medicamentos acordes con las enfermedades oculares y que eviten la progresión de la historia natural de la enfermedad. Sin embargo, resulta difícil para los oftalmólogos satisfacer el total restablecimiento de la salud visual cuando no pueden prescribir los medicamentos apropiados. Una propuesta sería hacer un estudio que actualice la relación costo efectividad de los tratamientos adecuados para presentarlo al Ministerio de Salud y que sean incluidos en los medicamentos aprobados en el plan de beneficios de salud.

Es importante resaltar que la Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos de 2005 invita a todos los países para que realicen un análisis más profundo de la realidad que viven las poblaciones vulnerables por la carencia de acceso a la salud. Podría plantearse una propuesta de prevención de enfermedades oculares para esas poblaciones, con proyectos que surjan de la interrelación de los médicos y la comunidad, con planes de educación en el autocuidado de la salud visual y la realización de revisiones periódicas.

Para lograr los apartados anteriores, es necesario crear un ambiente de reflexión entre los profesionales de la salud, de modo que en trabajo conjunto con el Ministerio de Salud se implementen estrategias que eliminen desigualdades y se logre el alcance efectivo del derecho a la salud en toda la población.

## Notas

### Roles de autoría

MAMR, MESD, EHHR: conceptualización, diseño, escritura, edición y visualización del artículo científico, así como en la supervisión y administración del proyecto. MAMC, JMO: conceptualización, diseño, escritura, edición y visualización del artículo.

### Declaración de conflictos de intereses

Los autores han completado el formulario de declaración de conflictos de intereses del ICMJE traducido al castellano por *Medwave*, y declaran no haber recibido financiamiento para la realización del reporte; no tener relaciones financieras con organizaciones que podrían tener intereses en el artículo publicado, en los últimos tres años; y no tener otras relaciones o actividades que podrían influir sobre el artículo publicado. Los formularios pueden ser solicitados contactando al autor responsable o a la dirección editorial de la *Revista*.

### Declaración de financiamiento

Los autores declaran que no hubo fuentes de financiación externas.

## Referencias

1. Ciccone L. Bioética: Historia, principios, cuestiones. 2nd ed. Palabra, editor. Madrid: España; 2005. | Link |
2. Jiménez Benito J. Medical ethics and ophthalmology. Arch Soc Esp Oftalmol. 2017 Mar;92(3):99-100. | CrossRef | PubMed |
3. Sellés JF. Hábitos y virtud (III). Cuad Anu Filosófico. 1998;107. [on line]. | Link |
4. Beauchamp T, Childress J. Principios de Ética Biomédica. Ilustrada, Masson S.A: Barcelona, España; 1999
5. Corte constitucional. Sentencia T-195/10 [Internet]. T-195/10 Colombia; 2010 [on line]. | Link |
6. Lema-Spinelli S. Acceso a los medicamentos: las patentes y los medicamentos genéricos: las consecuencias de considerar al medicamento como un bien de mercado y no social. Rev bioética y derecho. 2015;34:81-9. | Link |
7. Velásquez G. [Global access to medications in the actual international context ]. Biomedica. 2011 Jun;31(2):162-3. | CrossRef | PubMed |
8. Arrivillaga M, Aristizabal JC, Pérez M, Estrada VE. [Health services access survey for Colombian households]. Gac Sanit. 2016 Nov - Dec;30(6):415-420. | CrossRef | PubMed |
9. Regonha E, Rinaldi R, Scarpi MJ. Cost analysis for ophthalmic clinics services. Rev Bras Oftalmol. 2016;75(6):461-9. | Link |
10. Departamento Nacional de Estadística (DANE). Discapacidad, personas con limitaciones permanentes. Colombia; 2005. [on line]. | Link |
11. Instituto Nacional para Ciegos (INCI). Estadísticas, registro para la localización y características de personas con discapacidad visual 2007. Colombia; 2007 [on line]. | Link |
12. Organización Panamericana de la Salud. Para el año 2020 habrá el doble de discapacidad visual. Rev Panam Salud Pública. 1997;1(5):399-400. [on line] | Link |
13. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Informe sobre la salud en el mundo 2008. [on line]. | Link |
14. Agudelo C, Cardona J, Ortega J, Robledo R. Sistema de salud en Colombia: 20 años de logros y problemas. Cien Saude Colet. 2011 Jun;16(6):2817-28. | PubMed |
15. Starfield B. Politics, primary healthcare and health: was Virchow right? J Epidemiol Community Health. 2011 Aug;65(8):653-5. | CrossRef | PubMed |
16. Academia Americana De Oftalmología. Código de ética de la Academia Americana de Oftalmología [on line]. | Link |
17. Blengio M. Salud, Acceso a Medicamentos y Bioética. Rev derecho público [Internet]. 2015;24(48):13-38. [on line]. | Link |
18. Hernandez M. [Health reform, equity and the right to health in Colombia]. Cad Saude Publica. 2002 Jul-Aug;18(4):991-1001. | PubMed |
19. Bernal O, Barbosa S. [Challenges of the right to health in the Colombian model]. Salud Publica Mex. 2015 Sep-Oct;57(5):433-40. | PubMed |
20. Ministerio de Salud y protección Social. Resolución 000532. Colombia; 2017 p. 12. [on line]. | Link |
21. Ministerio de Salud y Protección Social. Todo sobre MIPRES. Colombia: Minsalud; 2017 [on line] | Link |
22. Ministerio de Salud y protección Social. Aseguramiento al Sistema General de Seguridad Social. Colombia: Minsalud; 2017. | Link |
23. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) CC. Competition in Hospital Services; 2012. [on line]. | Link |
24. Naciones Unidas. Declaración Universal de Derechos Humanos; 1948. | Link |
25. Sociedad Española de Superficie Ocular y Córnea. Guías Españolas para el tratamiento de la Enfermedad de Ojo Seco; 2017. [on line]. | Link |
26. Dupont B. Reflexiones sobre el progreso en medicina. EMC-Tratado Med. 2010;14(1):1-6. | Link |
27. Gómez Al, Latorre C, Carreño JN. Dilemas éticos en las relaciones entre la industria farmacéutica y los profesionales de la salud. Rev Pers y Bioética. 2007;11(1):23-38. | Link |
28. Siurana JC. Los principios de la bioética y el surgimiento de una biética intercultural. Veritas. 2010;22:121-57. | Link |
29. Hunt P, Rajhat K. El derecho humano a los medicamentos. Sur Rev Int Direitos Humanos. 2008;5(8):100-21.
30. García JJ. Bioética Personalista y Bioética Principialista. Perspectivas. Cuad Bioética [Internet]. 2013;1:67-76. | Link |
31. Kingman S. Glaucoma is second leading cause of blindness globally. Bull World Health Organ. 2004 Nov;82(11):887-8. | PubMed |
32. Kapetanakis VV, Chan MP, Foster PJ, Cook DG, Owen CG, Rudnicka AR. Global variations and time trends in the prevalence of primary open angle glaucoma (POAG): a systematic review and meta-analysis. Br J Ophthalmol. 2016 Jan;100(1):86-93. | CrossRef | PubMed |
33. Quigley HA, Broman AT. The number of people with glaucoma worldwide in 2010 and 2020. Br J Ophthalmol. 2006 Mar;90(3):262-7. | PubMed |
34. Friedman DS, Wolfs RC, O'Colmain BJ, Klein BE, Taylor HR, West S, et al. Prevalence of open-angle glaucoma among adults in the United States. Arch Ophthalmol. 2004 Apr;122(4):532-8. Erratum in: Arch Ophthalmol. 2011 Sep;129(9):1224. | PubMed |
35. Ministerio de Salud y protección Social. Análisis de la situación de salud visual en Colombia 2016. Minsalud. Colombia; 2016. [on line]. | Link |
36. Ministerio de Salud y Protección. Resolución 6408: Por el cual se actualiza el Plan de Beneficios en Salud con cargo a la Unidad de Pago por Capitación (UPC). Minsalud 2016: 1-186. | Link |
37. Medscape. Drugs, OCTs & Herbals Ophthalmics. [on line]. | Link |
38. Ruiz F, Zapata T. La Equidad en Salud para Colombia. Brechas internacionales y territoriales. Ministerio de Salud y protección Social, editor. Colombia: Minsalud;2015. | Link |
39. Lage A. Global pharmaceutical development and access: critical issues of ethics and equity. MEDICC Rev. 2011 Jul;13(3):16-22. | PubMed |

**Tabla 1.** Porcentaje de medicamentos disponibles en el plan obligatorio de salud versus los disponibles en el mercado.

Tipo de medicamento	Principio activo disponible en el plan obligatorio de salud	Principio activo disponible en el mercado*	%
Lubricante oftálmico		<p>- Ungüento oftálmico</p> <p>Aceite mineral 20% /vaselina blanca 80%</p> <p>Aceite mineral 31,9%/vaselina blanca 57%</p> <p>Aceite mineral 15% /vaselina blanca 83%</p> <p>Aceite mineral 3% /vaselina 94%</p> <p>Vaselina blanca 94% /aceite mineral 3% /lanolina</p> <p>Vaselina blanca 85% /aceite mineral 15%</p> <p>Vaselina blanca/lanolina líquida anhidra/aceite mineral</p> <p>Vaselina blanca/aceite mineral</p> <p>Vaselina blanca/aceite mineral</p> <p>Vaselina blanca 57,7% /aceite mineral 31,9%</p> <p>Vaselina blanca 55,5% /aceite mineral 42,5% /vaselina 2% /lanolina</p> <p>Vaselina blanca 56,8% /aceite mineral 42,5% /clorobutanol/lanolina</p> <p>Vaselina blanca 56,8 %/aceite mineral 41,5% /lanolina/cloruro de sodio</p> <p>Vaselina blanca 83 % /aceite mineral 15%</p> <p>Vaselina blanca 80% /aceite mineral 20%</p> <p>Aceite mineral 15% /vaselina blanca 8 %</p> <p>- Solución oftálmica con preservantes</p> <p>Glicerina 1%</p> <p>Glicerina 0,3% /propilenglicol 1%</p> <p>Alcohol polivinílico 0,5% /povidona 0,6%</p> <p>Alcohol polivinílico 1% /propilenglicol 400 1%</p> <p>Povidona 1,25%</p> <p>Polietilenglicol 400 0,4% /propilenglicol 0,3% /</p> <p>Alcohol polivinílico 1,4%</p> <p>Dextran 70 0,1% /metilcelulosa 2910 0,3%</p> <p>Dextran 70 0,1% /glicerina 0,2% /hidroxipropilmetilcelulosa 2910 0,3%</p> <p>Hidroxietilcelulosa 0,6%</p> <p>Carboximetilcelulosa 0,5%</p>	0%

		<p>Carboximetilcelulosa 1%  Hipromelosa 0,3% /carboximetilcelulosa 0,25%  Propilenglicol 0,6%  Tetrahidrozolina 0,05%/sulfato de zinc 0,25% /hipromelosa 0,2%</p> <p>- Solución oftálmica sin preservantes  Glicerina 0,6% /propilenglicol 0,6%  Dextran 70 0,1%/hidroxipropilmetilcelulosa 2910 0,3%  Polietilenglicol 400 0,4%/propilenglicol 0,3%  Polisorbato 80 0,1%  Hialuronato de sodio 0,4%</p> <p>- Emulsión oftálmica  Aceite mineral ligero 0,5% /aceite mineral 0,5%</p> <p>- Gel oftálmico  Hipromelosa 0,3% /ácido fosfórico/hidróxido de sodio/perborato de sodio  Carboximetilcelulosa 1,5% /0,1% polivinilpirrolidona  PEG 400 0,25% /ácido bórico/cloruro de potasio/borato de sodio/cloruro de sodio/hialuronato de sodio  Carbómero 974 P</p> <p>- Espray oftálmico  Retinil palmitato/acetato de tocoferol/magnesio fosfato de ascorbilo/polisorbato 80/cloruro de sodio/hidróxido de sodio/fenoxietanol/alcohol/disódico EDTA/PEG 12/glicina</p> <p>- Insert oftálmico  Hidroxiopropilcelulosa 5 mg</p>	
Antibiótico	<p>- Solución oftálmica  Cloranfenicol 0,50%  Gentamicina sulfato 0,3%  Sulfacetamida sódica 10%</p>	<p>- Ungüento oftálmico  Bacitracina 500 unidades/g (3,5 g)  Sulfacetamida 10%  Polymyxin B 10 000 unidades /bacitracin 500 unidades/g  Neomicina 400 unidades /polimixina B 3,5 mg/bacitracina 10 000 unidades/g  Tobramicina 0,3%</p>	18,51%



	<p>Sulfacetamida sódica 30%</p> <p>- Ungüento oftálmico</p> <p>Gentamicina sulfato 0,3%</p>	<p>Gentamicina 0,3%</p> <p>Eritromicina 0,5%</p> <p>Ciprofloxacina 0,3%</p> <p>Gentamicina sulfato 0,3%</p> <p>- Solución oftálmica</p> <p>Sulfacetamida 10%</p> <p>Sulfacetamida 15%</p> <p>Sulfacetamida 30%</p> <p>PolimixinaB/trimetoprim 10 000units/1mg/1mL (10mL)</p> <p>Neomicina 1,75 mg/ Polimixina B 10 000/ Gramicidina 0,025 mg/1mL (10mL)</p> <p>Trimethoprim 1mg/polymyxin B 10 000 units)/mL</p> <p>Tobramicina 0,3%</p> <p>Gentamicina 0,3%</p> <p>Natamicina 5%</p> <p>Azytromicina 1% (2,5mL)</p> <p>Becifloxacina 0,6% (5mL)</p> <p>Ciprofloxacina 0,3%</p> <p>Gatifloxacina 0,3%</p> <p>Gatifloxacina 0,5%</p> <p>Levofloxacina 0,5%</p> <p>Moxifloxacina 0,5%</p> <p>Ofloxacina 0,3%</p> <p>Cloranfenicol 0,50%</p>	
Antiviral	<p>- Ungüento oftálmico</p> <p>Aciclovir 3%</p>	<p>- Implante oftálmico</p> <p>Ganciclovir 4,5 mg</p> <p>- Gel oftálmico</p> <p>Ganciclovir 0,15% (5 g)</p> <p>- Solución oftálmica</p> <p>Trifluridina 1%</p>	25%

		- Ungüento oftálmico Aciclovir 3%	
Antiinflamatorios no esteroideos		- Solución oftálmica ketorolaco 0,4% ketorolaco 0,45% ketorolaco 0,5% bromofenaco 0,07% bromofenaco 0,075% bromofenaco 0,09% diclofenaco 0,1% flurbiprofen 0,03% nepafenaco 0,1% nepafenaco 0,3%	0%
Corticosteroides		- Solución oftálmica Loteprednol 0,2-0,5% Dexametasona 0,1% Difluprednate 0,05% Prednisolona 0,11% Prednisolona 0,9% Prednisolona 1% Fluorometalona 0,1% Fluorometalona 0,25% Rimexolona 1%  - Gel oftálmico Loteprednol 0,5%  - Ungüento oftálmico Loteprednol 0,5% Fluorometalona 0,1%	0%

Corticoide + Anti-biótico	<p>- Solución oftálmica Dexametasona 0,1% /neomicina 0,65%/polimixina 10 000UI/mL</p>	<p>- Ungüento Prednisolona 0,2% /sulfacetamida 1 0% Dexametasona 0,1% /neomicina 0,65% /polimixina 10 000UI/mL Dexametasona 0,1%/tobramicina 0,3% Prednisolona0,6% /gentamicina 0,3%</p> <p>- Solución oftálmica Prednisolona 0,2% /sulfacetamida 10% Dexametasona 0,1% /neomicina 0,65% / polimixina 10 000UI/mL Dexametasona 0,05% /tobramicina 0,3% Dexametasona 0,1% /tobramicina 0,3% Prednisolona 1% /gentamicina 0,3% Tobramicina 0,3% /loteprednol 0,5%</p>	10%
Mídiático	<p>- Solución oftálmica Atropina 1%</p>	<p>- Solución oftálmica Ciclopentolato 0,5% Ciclopentolato 1% Ciclopentolato 2% Fenilefrina 0,12% Fenilefrina 2,5% Fenilefrina 10% Atropina 1% Ciclopentolato 0,2% /fenilefrina 1% Homatropine 2% Homatropine 5% Tropicamida 0,5% Tropicamida 1% Escopolamina 0,25%</p> <p>- Ungüento oftálmico Atropina 1%</p>	7,14%
Miótico	<p>- Solución oftálmica Pilocarpina 2%</p>	<p>- Solución oftálmica Ecotiofato 0,125% Pilocarpina 1%</p>	16,6%

		<p>Pilocarpina 2%  Pilocarpina 4%  Carbacol 1,5%  Carbacol 3%</p>	
Anestésico local	<p>- Solución oftálmica  Proparacaina 0,5%  Tetracaina 0,5%</p>	<p>- Gel oftálmico  Lidocaina 3,5%</p> <p>- Solución oftálmica  Proparacaina 0,5%  Benoxinato 0,4%/fluoresceína 0,25%  Fluoresceína 0,25% /proparacaina 0,5%  Tetracaina 0,5%</p>	
Hipotensor ocular	<p>- Solución oftálmica  Brimonidina 0,2%  Latanoprost 0,05%  Timolol 0,25%  Timolol 0,5%</p>	<p>- Solución oftálmica  Brimonidina 0,1%  Brimonidina 0,15%  Brimonidina 0,2%  Apraclonidina 0,5%  Apraclonidina 1%  Levobunolol 0,25%  Levobunolol 0,5%  Betaxolol 0,25%  Betaxolol 0,25%  Timolol 0,25%  Timolol 0,5%  Cartelol 1%  Metipranolol 0,1%  Brinzolamida 1%  Dorzolamida 2%  Brinzolamida 1%/ brimonidina 0,2%  Timolol (5 mg/2 mg)/brimonidina mL (0,5%/0,2 %)  Timolol 0,5%/ dorzolamida 2%  Brimatoprost 0,01%  Brimatoprost 0,03%</p>	14,2%

		<p>Latanoprost 0,05% (2,5 mL)  Unoprostone 15 %  Tafluprost 0,0015% (0,015 mg/mL)  Travaprost 0,004%</p> <p>- Tableta  Acetazolamida 125 mg  Acetazolamida 250 mg  Metazolamida 25 g  Metazolamida 50 g</p>	
Antialérgico	<p>Cromoglicato de sodio 2%  Cromoglicato de sodio 4%</p>	<p>- Solución oftálmica  Nafazolina/feniramina 0,025%/0,3%  Nafazolina/feniramina 0,027%/0,3%  Ketotifeno 0,025%  Alcaftadina 0,25%  Azelastina 0,05%  Bepotastina 1,5% (10mL)  Cetirizina 1,5% (10mL)  Epinastina 0,05%  Emedastina 0,05%  Olopatadina 0,1%  Olopatadina 0,2%  Olopatadina 0,7%  Cromoglicato de sodio 2%  Cromoglicato de sodio 4%</p>	

**Correspondencia a**  
Facultad de Medicina  
Universidad de La Sabana  
Campus Universitario Puente del Común  
Km 5 Autopista Norte  
Chía  
Colombia



Esta obra de Medwave está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, Medwave.