

Caracterización del oficio del visitador médico en Medellín: un análisis de la década 2002 al 2012

Andrés Gallego Arias

agalleg6@eafit.edu.co

Carlos Alfonso Velásquez Sierra

cvelas27@eafit.edu.co

Resumen

El presente artículo tiene el propósito de hacer una descripción detallada del oficio de la visita médica durante un periodo de diez años (2002-2012), con el ánimo de documentar una actividad sobre la cual poco se ha investigado en Medellín y por ello ha sido difícil comprender sus dinámicas, escenarios y vislumbrar su porvenir. Para lograrlo, la metodología empleada abarcó cuatro pasos: revisión documental, realización de entrevistas semiestructuradas a los actores protagónicos dentro del escenario de la visita médica, procesamiento de la información, empleando ATLAS.ti como programa para el análisis cualitativo de datos, y finalmente, análisis y presentación de los resultados obtenidos. Como resultado fue posible identificar cambios ocasionados por las transformaciones en el marco legal, la adopción de nuevas tecnologías de la comunicación y mayores exigencias en el desarrollo de las habilidades laborales y académicas.

Palabras clave

Caracterización de la visita médica, visita médica en Medellín, visitador médico.

1. Introducción

Para explicar en qué consiste la visita médica, Orduña (2004:2) anota:

“Es el eslabón entre la industria farmacéutica que investiga y el médico que es quien aplica lo desarrollado y a su vez retroalimenta la investigación, de esta forma, la visita médica pone los avances terapéuticos en las manos de los médicos para que los utilicen en beneficio de sus pacientes”.

Esta definición pone de manifiesto que la visita médica es el medio desarrollado por la industria farmacéutica para relacionarse no solo con la comunidad médica y científica sino con la sociedad en general, de forma tal, que el peso de la comunicación, la construcción de relaciones e inclusive la generación de riqueza en esta industria se encuentra soportado en gran medida por la actividad de la visita médica, de ahí su relevancia y lo imperioso de profundizar en su conocimiento. No obstante, el conocimiento estructurado basado en contenidos académicos con información suficiente al respecto frente a esta actividad es inexistente en nuestro medio, quedando sólo como

un saber implícito de quienes la practican. Esto, en esencia, es lo que ha motivado la realización del presente artículo con el ánimo de responder la siguiente pregunta: ¿Cuál es la caracterización del oficio del visitador médico en Medellín en los últimos diez años (2002-2012)?

2. Aspectos conceptuales generales

Identificar el contexto sociológico en el que se enmarca la visita médica desde el estudio de las profesiones y oficios es un elemento importante para la construcción de la caracterización propuesta; en tal sentido, el estudio y análisis de las profesiones ha sido abordado históricamente por distintas teorías y autores. Inicialmente, la llamada Escuela Definidora (en el siglo XIX), (Rodríguez y Guillén, 1992:11) fundamenta su análisis de las profesiones en los siguientes elementos: poseían un cuerpo de conocimiento al que el público no puede acceder, conformado por un sistema de formación y de control de entrada y un código de ética; además de autonomía en el ejercicio de las profesiones y su potencial para contribuir socialmente.

Posteriormente, autores como Greenwood, Barber, Parsons y Goode, citados por Rodríguez y Guillén (1992:12), conforman la llamada Escuela Evolutiva que entiende a las profesiones como un proceso continuo de profesionalización. En este enfoque: “Las profesiones pasan a través de una serie de etapas en su camino hacia la profesionalización” (Rodríguez y Guillén, 1992:11). Esta escuela destaca a la Medicina y el Derecho como arquetipos de las profesiones; además, empleó dos criterios para el análisis y la clasificación de las profesiones, en primer lugar, lo que llamó *las características estructurales*: creación de una ocupación a tiempo completo, presencia de asociación de profesionales, elaboración de códigos de ética, autonomía y exclusividad tanto en el ejercicio como en la evaluación de la práctica profesional. En segundo lugar, planteó *las actitudes*, que definió partiendo de la utilización de la organización profesional como referencia principal, la creencia en el servicio a la comunidad, la creencia en la autorregulación... y la creencia en la autonomía como sentimiento de que el profesional debería tomar sus propias decisiones sin presiones externas (Rodríguez y Guillén, 1992:12).

Bajo este análisis “algunas ocupaciones son realmente ocupaciones, mientras que otras son copias aproximadas, todavía en proceso de obtención de algunos de esos atributos” (Rodríguez y Guillén 1992:11).

El trabajo de Rodríguez y Guillén (1992:12) se refiere también a los aportes de Eliot, Freidson y Berlant, pertenecientes a la Escuela Revisionista, para indicar que es el monopolio económico el objetivo en torno al cual se estructuran las profesiones, convirtiéndose el dominio y la autonomía en el centro del profesionalismo.

Recientemente ha surgido la corriente denominada Nuevos Teóricos, donde es destacada la participación de la autora Magali Larson (1977:14), para quien las profesiones están explícitamente orientadas hacia el mercado. Vale la pena resaltar que en dichas sociedades el nacimiento de las profesiones es un proyecto que tiene como objetivo el control del mercado de servicios profesionales (Rodríguez y Guillén, 1992).

En síntesis, los estudios sobre las profesiones pasan por varios enfoques y definiciones, sin embargo, es posible afirmar que identifican a las profesiones como grupos de individuos que poseen saberes específicos y profundos sobre los que establecen su dominio a través de barreras de entrada, ejerciendo de esta manera su hegemonía en determinadas áreas de interés social. La visita médica actual presenta un saber de extensión limitada tanto en profundidad como en complejidad, escasas barreras de entrada, reducido control real del mercado e interés social poco reconocido, enmarcándose de esta manera dentro de los oficios que se encuentran en proceso de adquisición de los elementos suficientes para su profesionalización.

2.1 Aspectos contextuales de la visita médica

Entre los aspectos contextuales que afectan la concepción sobre el visitador médico está el marco legal, es decir, la legislación en salud que ha sido identificada dentro de este estudio como el factor determinante de cambios, por tal motivo, se hace una breve descripción de los contenidos de la Ley 100.

La Ley 100 crea el sistema de seguridad social integral que en términos generales busca: “proporcionar la cobertura integral de las contingencias, especialmente las que menoscaban la salud y la capacidad económica de los habitantes del territorio nacional, con el fin de lograr el bienestar individual y la integración de la comunidad” (Ley 100, 1993).

Esta definición del Sistema General de Seguridad Social Integral, visibiliza la relación entre salud y capacidad económica que, en últimas, representa la disyuntiva a resolver, y es por consiguiente el eje sobre el que gira esta ley. Aunque toda la sociedad colombiana hace parte del Sistema General de Seguridad Social Integral, la Ley 100 clasifica y enumera los integrantes de dicho sistema en:

- Vigilancia y Control: a cargo del Ministerio de Salud, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud (CNSSS) y la Superintendencia Nacional de Salud (SNS).
- Administración y Financiación: a cargo de las Entidades Promotoras de Salud (EPS), las Direcciones Seccionales, Distritales y locales de Salud y el Fondo de Solidaridad y Garantía.
- Instituciones Prestadoras de los Servicios de Salud (IPS) públicas, mixtas o privadas.
- Otras entidades de salud adscritas a los ministerios de Salud y Trabajo.
- Empleadores, trabajadores y sus organizaciones, trabajadores independientes que cotizan al sistema contributivo y los pensionados.

Las funciones y responsabilidades de cada uno de estos actores del sistema se describen en el cuerpo de la ley, no obstante, para hacer visible los efectos de esta ley sobre la visita médica, se extracta lo referente a las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y las Instituciones Prestadoras de los Servicios de Salud (IPS) que guardan relación cercana con esta actividad; es así como a partir de esta ley aparece la figura de las EPS que están facultadas para realizar el recaudo de las

cotizaciones de los empleados o trabajadores independientes con capacidad de pago, de las Unidades de pago por Capita(UPC) y de la prestación del Plan Obligatorio de Salud (POS) que incluye la provisión de medicamentos esenciales en su presentación genérica, es decir, aquellos medicamentos que por estudios de prevalencia y costo eficacia permiten atender necesidades apremiantes de la población y por tal razón deben estar siempre disponibles.

Las IPS son entidades grupales o individuales destinadas a prestar el servicio médico en su nivel de atención correspondiente a los afiliados y beneficiarios del sistema. En tal sentido, las IPS son la extensión práctica de las EPS que emiten las órdenes de atención para que cada afiliado sea atendido en las diferentes IPS. Así, las EPS cobran un doble valor por la actividad de la visita médica, en tanto que influyen en el accionar de los centros médicos (IPS) que son uno de los focos de la atención en la visita, ya que son entes que aglutinan numerosas especialidades médicas y regulan la dispensación de medicamentos, tanto esenciales como específicos, en presentaciones genéricas, lo que origina un fuerte mercado de medicamentos institucionales que se consideraba inexistente hasta antes de su creación por la Ley 100.

Como elementos adicionales para complementar el marco contextual se exponen algunas cifras que pretenden brindar una aproximación al tamaño del mercado farmacéutico nacional. Para el año 2009, el Ministerio de la Protección Social estimaba que el departamento de Antioquia contaba con 9.509 médicos que atendían una población de 5.988.984 habitantes, para una proporción de 15,8 médicos por cada 10.000 habitantes, ubicándose en el sexto departamento en cobertura médica (Ministerio de la Protección Social, Dirección General de Análisis y Política de Recursos Humanos, s.f.:1-4).

Respecto a las cifras del mercado farmacéutico colombiano, Afidro, el gremio que aglutina las compañías farmacéuticas del mercado nacional, reporta la existencia de: “377 laboratorios locales, multilaterales y multinacionales de copias genéricas y de investigación con más de 15.000 productos registrados ante el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos y Alimentos (INVIMA)”. Cabe destacar la existencia de dos mercados farmacéuticos en Colombia, uno institucional estimado para 2011 en 3,2 billones de pesos y otro comercial o privado por valor de 3,9 billones (Gómez, 2014).

En términos generales, el mercado farmacéutico toma relevancia tanto desde la perspectiva social como económica, siendo necesario comprender las relaciones entre sus actores y los contextos que los determinan a fin de identificar dinámicas, coyunturas y posibles soluciones.

3. Aspectos metodológicos

El presente artículo se enmarca dentro del tipo de estudio exploratorio descriptivo apoyándose en una revisión de aspectos conceptuales generales para construir un contexto histórico-social que permita dilucidar variables involucradas en las transformaciones del ejercicio de la visita médica. Para el proceso de investigación se llevaron a cabo seis entrevistas semiestructuradas con un guion de preguntas que se adjunta en los anexos (Anexo 2). Los sujetos entrevistados fueron tres visitadores médicos, un gerente encargado de procesos de selección y dirección de equipos de

visitadores médicos y dos médicos generales de consulta particular, todos ellos con experiencialaboral que supera los quince años de ejercicio continuo.

Los entrevistados solicitaron anonimato, por ello, sus verbatim se identifican con números, el Grupo Uno para los visitadores médicos, Grupo Dos para los médicos y Grupo Tres para el gerente de selección. El tiempo promedio de las entrevistas superó los treinta minutos, por consiguiente se obtuvo abundante material para ser transcrito y procesado. Para el análisis de resultados y conclusiones se utilizó un programa de análisis cualitativo llamado ATLAS.ti y se construyó un sistema categorial basado en los objetivos específicos que pudieran dar cuenta de la caracterización de la visita médica en Medellín, respondiendo al objetivo general. La codificación fue de doble vía, tanto inductiva como deductiva, para el análisis de resultados y las conclusiones. Las categorías que direccionan las respuestas al objetivo general son las siguientes: Contexto, Gestión, Industria Farmacéutica, Sector Salud y Visita Médica, que a su vez fueron desglosadas en subcategorías para darle mayor consistencia y soporte a la información (Anexo 1).

4. Interpretación de hallazgos

Del análisis de la información resultaron redes de relaciones temáticas de las cuales se seleccionaron cinco categorías que son: Contexto, Gestión, Industria Farmacéutica, Sector Salud y Visita Médica, las cuales permitieron la construcción del análisis que se describe a continuación.

4.1 Hacia la caracterización de la visita médica antes y después de la Ley 100

La aparición de la Ley 100, en el último decenio del siglo pasado, marcó un hito profundo en el sector salud colombiano. El alcance de sus efectos sobre la prestación de los servicios de salud y la sostenibilidad de su funcionamiento aún sigue siendo motivo de análisis y debate por buena parte de la sociedad colombiana. La visita médica no fue ajena a este cambio histórico que estableció un antes y un después en su ejercicio, en su enfoque y en su crecimiento. A este respecto, la información emergente que aportaron los entrevistados resalta los siguientes hechos: nacen las EPS e IPS con el encargo de administrar los recursos del Estado destinados a la cobertura en salud de la población colombiana; no obstante, los intereses de lucro particular, cuando se manejan los recursos del Estado, parece ser el escollo principal a la hora de dar sostenibilidad y calidad al modelo público de atención en salud. Lo anterior se apoya en declaraciones que identifican en la Ley 100 una política de restricción a las posibilidades de formulación de los médicos, una limitación del tipo y número de exámenes para cada paciente y la instauración de procedimientos administrativos complejos que restan agilidad en la atención y promueven el uso

reiterado del sistema por parte de los pacientes. En tal sentido, la visita médica vio reducida su capacidad de interacción con el cuerpo médico desde el punto de vista de las posibilidades de formulación de medicamentos, además de una segmentación de los pacientes en regímenes con una óptica de acceso a medicamentos o tratamientos basada en la auditoría de costos y no en la pertinencia médica, según entrevistados de los tres grupos. Para algunos entrevistados del Grupo Dos, los diferentes actores del sector salud, incluida la visita médica, carecen de mayor nivel de actividad frente a la promoción de un cambio en la actual legislación en salud, la falta de acción de las agremiaciones médicas y del sector salud en general, lo cual podría explicarse citando a Barbero (2002:181): “El nuevo capitalismo no funciona con sindicatos fuertes, de alguna manera no solo los vuelve innecesarios sino imposibles”. ¿Por qué? Porque ahora es el individuo el responsable de las actividades, el que es puesto a competir con sus propios colegas, de forma que el sentimiento de pertenencia a un gremio y de solidaridad colectiva sufre una mengua inevitable.

Cuando gran cantidad de pacientes se afiliaron a las EPS movidos por obligación legal y por el beneficio en la entrega de medicamentos, se produce un cambio ya que dichas EPS decidieron entregar medicamentos genéricos en lugar de medicamentos de marca, lo que, según algunos entrevistados de los grupos uno y dos, marcó el origen de nuevos laboratorios dedicados a la promoción de medicamentos genéricos y copias (mercados inexistentes en el pasado). La totalidad de los entrevistados coincidieron en afirmar que se ha dado un crecimiento significativo en la cantidad de laboratorios participando en el mercado farmacéutico local y, en consecuencia, se ha incrementado el número de visitadores médicos (en la misma proporción), lo que ha generado dos problemáticas: en primer lugar, se ha puesto ante los médicos una oferta extensa en productos que no en pocos casos resultan de escasa relevancia en el ejercicio de las diversas especialidades de la medicina y por tanto generan en el cuerpo médico sentimientos de desconfianza, indiferencia o confusión. En segundo lugar, el tiempo laboral del médico que trabaja en una EPS se ha congestionado debido al alto volumen de pacientes, lo que unido a la presencia de visitadores médicos hace que se armen conflictos por lograr un espacio en la consulta.

Este panorama representa una ausencia práctica de un enfoque en la prevención y detección temprana de las patologías, lo que repercute en que el sistema acumule sobrecostos y, adicionalmente, que enfermedades con un inicio tratable pasen a ser incurables, costosas y se pierdan vidas. Por tal razón la labor de la visita médica comenzó a centrarse en el cuerpo médico y directivo de dichas instituciones para difundir mensajes de costo-efectividad de los tratamientos que emplean medicamentos de marca versus los medicamentos genéricos o copias (entrevistados grupos uno y dos).

Entre tanto otra estrategia de los laboratorios tomó fuerza: los médicos dedicados a la reducida consulta particular comenzaron a recibir incentivos económicos por parte de algunos laboratorios farmacéuticos en respuesta al descenso en las ventas de sus medicamentos de marca debido al crecimiento del mercado de genéricos y copias, tales incentivos continúan hasta este momento. En algunos casos el visitador médico se convirtió en el portador de incentivos focalizados en

aquellos médicos que aceptan la negociación, fórmula dada por fórmula pagada, todo esto bajo el interés de algunos laboratorios que quieren movilizar rápidamente algunas marcas en lugar de otras.

- La identidad de la visita médica, el sello de cada laboratorio

Las particularidades que definen la visita médica, según las visiones de los entrevistados, pasan por cuatro grandes factores que son: el enfoque de la visita, el grado de capacitación de los visitadores, las herramientas de análisis del mercado y las relaciones de poder al interior de las casas farmacéuticas.

La manera en que se articulan estos cuatro factores conforman los atributos que dan el sello identitario a la visita médica de cada laboratorio.

- Transformaciones de la visita médica

Las transformaciones de estos factores, según se describe en las entrevistas, son las siguientes:

En el enfoque de la visitamédica se ha señalado que, en poco menos de una década, pasó de centrarse en el riguroso conocimiento de los productos y en los estudios médico-científicos de soporte a basarse en mensajes comerciales y promocionales dirigidos a la prescripción y recordación de medicamentos de marca, hecho que no fue de buen recibo por parte de algunos médicos, además de que ha originado inconformidades en los pacientes y ha propiciado cuestionamientos éticos en la voz de diferentes actores de la sociedad como medios de comunicación y ONG que obligaron, en varios casos, a la implementación de códigos de mercadeo ético por parte de las compañías farmacéuticas. Otro elemento importante que ha cambiado dentro de este factor de caracterización tiene que ver con el sentido del valor del tiempo en el consultorio, el cual ha crecido exponencialmente en la última década y cuyo manejo se ha convertido en determinante para el éxito de la visita médica ya que favorece el aprecio o el rechazo por parte del cuerpo médico y de los pacientes, de manera tal que respetar dicho espacio significa ser conciso; a este respecto, la inclusión de dispositivos electrónicos como tabletas digitales para dinamizar la visita médica no ha cumplido las expectativas sobre su alcance, pues algunos médicos opinan que no se ha logrado cambiar el fondo de la visita, ni se ha podido reemplazar el valor de la muestra médica como elemento de recordación “yo digo que hace doble trabajo sacar la tablet y después sacar el frasquito”(entrevistado Grupo Dos).

Respecto al grado de capacitación de los visitadores médicos que, décadas atrás, apuntaba principalmente al conocimiento profundo de los medicamentos promocionados, a los estudios médicos que los soportaban y a las técnicas de venta que les ayudaban a generar recordación, ha surgido en paralelo la necesidad imperiosa de desarrollar capacidades psicosociales descritas por la Organización Mundial de la Salud(OMS) como habilidades para la vida y que se definen como: “las aptitudes necesarias para tener un comportamiento adecuado y positivo que permita a

las personas enfrentar eficazmente las exigencias y retos de la vida diaria”(Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia (SSSA) 2013: 13-20).Enriquecerá las personas en este campo de las aptitudes es un elemento clave para superar las ventajas competitivas de otras compañías al constituirse en apoyo para resolver con éxito posiciones encontradas de actores poderosos de la salud como las EPS,o para conservar espacios de diálogo abierto en las diferentes instituciones médicas tanto públicas como privadas, que cada vez limitan el acceso de losvisitadores médicos a sus instalaciones (entrevistado Grupo Tres).

Otro factor sobre el que se han observado cambios significativos ha sido el de lasherramientas y tecnologías de análisis del mercado, que en respuesta al cambio en la atención en salud,implementó el uso de “parrillas promocionales” como unalolución a la necesidad de priorizar la presentación de los diferentes medicamentos en función del potencial de formulación del médico a visitar; ésta práctica de individualizar la visita médica se viene desarrollando hasta el presente(entrevistados grupos uno y dos). A este respecto, la adopción de nuevas tecnologías de la información y la comunicación y su consiguiente efecto en la aceleración de los flujos dedatos, ha gestado una alta carga administrativa y laboral que promueve a su vez horarios extendidos de trabajo;para afrontar esta situación, algunos laboratorios optaron por ofrecer bonificaciones o pagos adicionales, sin embargo, esta estrategia podría estar llegando a su fin si se tiene en cuenta que el mercado de los médicos dedicados a la consulta particular con posibilidad de formular medicamentos de marca no ha crecido, es decir,son prácticamente los mismos desde hace varios años. A continuación se detalla un comentario de uno de los entrevistados donde afirma que los consultorios particulares en sectores populares no crece, sigue siendo el mismo número de médicos con su respectivo consultorio: “Cuando a mí el gerente me visita yo le he dicho, la cuestión no es que los visitadores hagan el trabajo mal hecho, yo pienso en que la cuestión es que somos los mismos desde hace muchos años, usted mira en este sector y somos los mismos médicos, esto no ha crecido” (entrevistadoGrupo Dos).

El estancamiento en el crecimiento del mercado privado ha ocasionado una repartición estrecha de sus fórmulas, lo que limita las ventas y a su vez compromete el pago de incentivos adicionales de visitadores; es posible que no sea exclusivo el sentimiento de alguno de los entrevistados del Grupo Uno,quienreconocesu permanencia en la visita médica más por el incentivo económico que por la propia motivación; aunque enfatizó que le agrada lo que hace la intensidad de las jornadas laborales, la presión de las responsabilidades administrativas y las ventas ha derivado en cuadros de fatiga, lo que abre la puerta a la búsqueda de nuevas posibilidades laborales. Estas situaciones ponen de manifiesto la necesidad de encontrar soluciones al conflicto entre la conservación de talentos y los intereses de las compañías de obtener el máximo provecho de ellos. La imposición de la empresa sin concesiones a este respecto hará que, en el mediano plazo, algunos de sus colaboradores procuren otros panoramas laborales y de esta forma se escape un potencial de creación valioso. Hallar el equilibrio entre productividad y motivación, que permita a los laboratorios conservar y desarrollar talentos en armonía con niveles de eficiencia y control adecuados para la sostenibilidad de la actividad comercial, será posiblemente uno de los retos de la industria farmacéutica en el futuro inmediato(entrevistado Grupo Tres).

Frente a las relaciones de poder y su influencia en las dinámicas de ascenso laboral, los entrevistados de los grupos uno y dos plantean que en los últimos diez años se viene observando un fenómeno de “dificultad” para llevar a cabo procesos de crecimiento gerencial de los visitadores médicos al interior de los laboratorios que representan. Al comparar esta situación actual con épocas anteriores, una buena parte de las compañías farmacéuticas permitían, e incluso fomentaban con relativa frecuencia, los procesos de sucesión dentro de sus ápices estratégicos; tal visión al parecer ha migrado a enfoques de selección por resultados de competencia individual en lugar de aquellos obtenidos por el trabajo colectivo o a través de liderazgos enfocados en la consecución de beneficios grupales, esto concuerda con la siguiente reflexión: “Cada individuo compite con los otros miembros del grupo, y cada grupo compite con otros grupos, no sólo fuera sino aún dentro de la misma empresa. En la estructura profesional de la empresa ‘tradicional’ no había dos equipos haciendo lo mismo en situaciones que permitían evaluar permanentemente cuál de ellos era el más competitivo” (Barbero, 2002:180).

Entrevistados del grupo uno y del grupo tres plantearon, en varias ocasiones, la necesidad de un enfoque gerencial en pro del desarrollo humano integral que permita consolidar las capacidades y voluntades del grupo hacia metas comunes, medios edificantes y responsabilidades compartidas. Dentro de este contexto, la respuesta de la base operativa representada por los visitadores médicos ha consistido primordialmente en mejorar sus perfiles académicos incorporando a su currículum títulos de pregrado e incluso de posgrado con miras a lograr cierta estabilidad laboral y permitirse participar en procesos de selección a posiciones de liderazgo.

4.2 Gestión o el anhelo del control

4.2.1 Horario laboral

En cuanto al tema del horario laboral, los entrevistados ofrecen varios puntos de vista al respecto; para unos se define el horario en la visita médica como un pacto de confianza entre el empleador (industria farmacéutica) y el empleado (visitador médico), ya que no hay horario de entrada ni de salida establecido. El tiempo lo fija, por un lado, la responsabilidad de cumplir con el deber y, por el otro, los horarios determinados por parte de los médicos.

Si bien el horario de la visita médica está atado a las políticas de la empresa, algunas tienen la particularidad de controlarlas. Los empleados deben, antes de comenzar la jornada laboral, asistir a reunión todos los días, de tal forma que puedan compartir sus experiencias y así plantear estrategias o alternativas para efectuar la venta dentro de la visita médica. Esto difiere poco de la lógica operativa de los equipos de ventas.

Otros entrevistados perciben que la hora laboral finaliza cuando “usted cierra el computador y deja de contestar llamadas de tipo laboral”. Estas son condiciones que exigen al visitador médico ser un buen administrador del tiempo, de manera tal que pueda cumplir con calidad sus funciones

en el día (impactar médicos y farmacias) y terminar con las labores del trabajo administrativo en la noche. Se define como trabajo administrativo toda aquella labor concerniente a revisar correos electrónicos, sistematizar las visitas y cumplir con las solicitudes de información adicional hechas por el jefe inmediato.

Es así como esta búsqueda constante por alcanzar el control ha creado nuevas tecnologías para el seguimiento a la labor de los visitantes médicos, tales herramientas tecnológicas y administrativas tienen, respecto a su forma y fondo, detractores y promotores que centran su discusión en hallar un equilibrio entre la riqueza que representa la variabilidad del factor humano y el rigor analítico-operativo de los sistemas informáticos. Un aspecto importante que tiene relación con este debate es el incremento de las jornadas laborales, que pasaron de la calle al hogar en el último decenio, llegando, en ocasiones, a invadir el tiempo familiar durante los fines de semana, en consecuencia, el visitador médico ha experimentado una restricción del tiempo para sí mismo y el consiguiente deterioro en sus relaciones familiares y sociales; aquí las herramientas tecnológicas en lugar de mitigar este impacto parece que más bien lo promovieran, al facilitar el flujo de información en horarios y lugares distintos a los convencionales para el desarrollo del trabajo. Lo anterior contrasta con lo afirmado por Barbero (2002:180) cuando escribe: "Frente al profesional de la sociedad industrial, dedicado a la ejecución de tareas fijas y fuertemente repetitivas, hoy día la profesión pasa rápidamente a estar asociada a la creatividad, la iniciativa, la innovación... a la gente no se le deja libre para que haga lo que quiera, sino para que tenga la posibilidad de competir mejor".

4.2.2 Transformaciones

El número de visitantes médicos se incrementó y de paso limitó el tiempo destinado para ellos en el consultorio. Para el año 2002, el número máximo en sala de espera por jornada (mañana o tarde) era de cinco visitantes con tiempos de visita de uno a tres minutos con una frecuencia de visita mensual; ahora es común que los médicos reciban hasta quince visitantes por día, algunos de ellos con varios impactos, es decir, dos o más visitas durante el ciclo de visita. Esta competencia por el tiempo al interior del consultorio ha llevado a transformaciones en la técnica de ventas, exigiendo que el visitador tenga de antemano un objetivo claro y definido, de tal manera que dentro del consultorio logre transmitir en poco tiempo y con efectividad el contenido de su objetivo (entrevistados Grupo Uno).

También se dieron cambios en la manera de medir la productividad. Según los entrevistados del Grupo Uno, los laboratorios pasaron de enfocarse en el cumplimiento de las ventas alcanzadas por producto, como el máximo indicador de productividad, a efectuar mediciones apoyadas en conceptos como la contabilización de la rotación de productos de la bodega del distribuidor a la farmacia, el cálculo del índice de devoluciones y el conteo de prescripciones médicas en los puntos de dispensación (farmacias). Estos ejercicios de medición recolectan datos relevantes que sirven para comparar los desempeños entre zonas geográficas, tanto al interior de los equipos del laboratorio como con los equipos de otras casas farmacéuticas. Las transformaciones en la

medición de la productividad y el desempeño laboral van atadas a montos variables llamados comisiones, los cuales dependen del tamaño del crecimiento individual o colectivo respecto a una meta fijada con anterioridad. Dichas metas pueden ser evaluadas por meses individuales, trimestres o semestres. Diez años atrás, el sueldo variable estaba atado solo a cumplir con la cuota de ventas.

Estas exigencias obligaron a ciertas transformaciones que para algunos de los entrevistados del Grupo Unosón “retrocesos” en tanto conllevan un detrimento del ingreso variable percibido. Para poder tomar decisiones hoy se debe consultar una larga línea de mando, que es percibido como: “que ahora hay mucho andamiaje y no permite darle respuesta pronta al médico” (entrevistado Grupo Uno). De otro lado, los controles actuales no permiten que los gerentes sean lo autónomos que fueron hace diez años en sus decisiones, por lo tanto, el quehacer gerencial al interior de la industria farmacéutica se ha complejizado, ya que las acciones tardan en materializarse al tener que surtir cierto número de filtros.

En cuanto a la relación con la farmacia, al inicio de 2000 el visitador médico debía cumplir con múltiples roles, desde vender a la droguería directamente pasando por la promoción médica hasta la recolección de las devoluciones en el punto de venta. En la actualidad esas funciones están especializadas y el visitador se ocupa de contactar médicos y farmacias, mientras que otras personas cumplen la función de vender al depósito y recoger las devoluciones. Esta especialización del trabajo fue el resultado del crecimiento del mercado que rebosó la capacidad de un individuo para dar cumplimiento al manejo de tal volumen de tareas.

Para el Grupo Uno de entrevistados actualmente el mercado es mixto, es decir, está compuesto por ventas al sector público y privado. Dada esta particularidad del mercado los controles se incrementaron y las decisiones de venta a distribuidores deben estar fundamentadas en razones financieras claras frente al cumplimiento de los objetivos predeterminados. Este último aspecto fue descrito por los entrevistados como “tranquilidad total” porque no se trata de llenar el canal y entablar una relación comercial momentánea sino que hoy día se plantean alianzas estratégicas entre la industria farmacéutica y los participantes del canal de distribución, a fin de alcanzar un crecimiento mutuo y perdurable en el tiempo.

Un cambio ocurrido durante estos diez años tiene que ver con el esfuerzo de los laboratorios para trascender la entrega de la muestra médica como el objetivo de la visita, ya que un visitador que ingresara al consultorio sin dicha muestra tenía, para el gremio de ese momento, un significado semejante a no haber cumplido su labor; mientras que hoy algunas casas comerciales centran sus esfuerzos en la construcción de confianza con sus clientes a partir de un servicio destacado. No es el hecho de recitar un mensaje y dejar la muestra, se ha tornado más relevante el trato, el respaldo y el cumplimiento de los compromisos que surgen entre el visitador y el médico. Para un entrevistado del Grupo Uno: “hoy día es 70% la relación con el médico y el 30% la marca o el producto”. “El visitador de hoy debería tener un perfil estratégico que intente leer las emociones, los estados de ánimo, la cantidad de pacientes en espera, el mensaje corto o el mensaje largo, dependiendo del tiempo permitido por el médico; no es lo mismo dejar el mensaje de siete marcas en retahíla que dejar un mensaje sólido de dos marcas”.

De otro lado, existía mayor libertad en el manejo del presupuesto que cada visitador tenía a su cargo; él era autónomo para tomar la decisión de invertir ya fuera en cenas o en cualquier otro tipo de atenciones especiales ya que la decisión ante una situación puntual se resolvía de inmediato. En contravía de lo anterior, hoy se observan mayores restricciones, justificaciones ante cualquier dinero invertido y las decisiones dependen de centralismos administrativos. Varios entrevistados aseguran que para el caso de la presentación de estudios de los productos hay grandes diferencias: si antes no se entendía cualquier situación el visitador podía hablar libremente con el médico, de tal manera que el mismo médico le ayudaría a retroalimentar los mensajes relevantes; mientras que actualmente se debe revisar con detalle qué se pregunta y cómo se pregunta.

Entrevistados del grupo uno y dos coincidieron en afirmar que se ha deteriorado el trato solidario hacia los visitadores. Para el médico el hecho de no poder dar calidad en el tiempo para que el visitador dialogue y deje el mensaje de su marca es percibido como un mal trato, en tanto que para el visitador la espera infructuosa se traduce como rechazo a su labor y en última instancia como improductividad.

4.2.3 Compensación salarial

Respecto al ingreso salarial del visitador médico persiste el recuerdo de una lejana bonanza de estímulos económicos antes de la entrada en vigencia de la Ley 100, en comparación con un periodo actual enfocado al pago de un salario básico. No obstante, los entrevistados señalan que la remuneración en la visita médica se encuentra en un margen superior si se compara con otras actividades ligadas al ámbito promocional; esto se cumple siempre y cuando estén presentes elementos adicionales al salario como las comisiones, bonificaciones, premios, etc.

Diez años atrás las comisiones solo estaban atadas al cumplimiento en cuota de algún producto determinado: “cumplías en tal producto, tus comisiones eran de tanto”, afirman entrevistados del Grupo Uno, mientras que en la actualidad las comisiones están calculadas con vínculos a múltiples variables que dificultan su cumplimiento. Este cambio ha perjudicado los ingresos de los visitadores pues, como lo afirma uno de los entrevistados, antes pagaban fácilmente las comisiones y eran más claras las reglas para su cálculo, se cumplía en la cuota de venta de X producto y tu comisión a pagar en tu nómina era Y.

Por otro lado, las bonificaciones especiales eran frecuentes y se otorgaban por diversos conceptos: por navidad, por lanzamiento de producto nuevo, por venta especial, por recuperación de venta en el trimestre etc. Estas políticas de estímulos económicos casi siempre estaban relacionadas con laboratorios multinacionales, que incluso realizaron pagos de bonificaciones a sus colaboradores con acciones de la compañía “cuando la empresa a nivel mundial cumplió cien años nos dieron como algo representativo cien acciones a cada empleado del mundo” (entrevistado Grupo Uno). Este panorama ha cambiado, hoy las comisiones son más complejas de alcanzar ya que están condicionadas a factores que escapan a la influencia de los visitadores, como son los

cumplimientos nacionales y regionales; o están atadas a logros por grupos de productos o portafolios, lo que disminuye las posibilidades de alcanzar dichos incentivos. No obstante esta situación, un testimonio resalta otros aspectos positivos que en años recientes se incorporaron a los beneficios extra salariales como son: la vinculación a servicios de medicina prepagada para el empleado y su núcleo familiar, la bonificación de rodamiento y el bono mensual de alimentación. Por otra parte, las zonas de influencia de la visita médica abarcaban extensos territorios geográficos en los que se hacía la venta directa a farmacias y se practicaba una visita médica informal y sin segmentaciones de ninguna clase, ya que todos los médicos tenían, en términos generales, el mismo potencial; esto comportaba que el mercado fuese prácticamente inabarcable para la mayoría de los laboratorios de la época, situación que encontró su fin con la implementación de la Ley 100.

4.3 Componentes de la visita médica

4.3.1 Del bachillerato a la profesionalización

Aunque en decenios anteriores el título de bachiller ofrecía soporte académico suficiente para el ejercicio de la visita médica, en años recientes la vinculación a esta actividad por parte de diferentes profesionales de la salud como bacteriólogos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas y odontólogos, entre otros, ha hecho que este oficio adquiera y exija el nivel de profesionalización. Otro aspecto que ha presionado la mejora académica tiene que ver con la aparición de medicamentos especializados que requieren de un diálogo abierto y profundo con los médicos que se pretende sean sus usuarios y que a su vez demandan que su interlocutor, dentro de la conversación, esté a la altura de él. Esto ha presionado a su vez a los laboratorios para que el perfil exigido sea el de una persona que posea elementos académicos al nivel de unaprofesión.

4.3.2 Relacionamiento con el cuerpo médico

Lo expresado en las entrevistas coincide en reafirmar la importancia actual de realizar visitas médicas claras y concisas, debido a la reducción del tiempo disponible durante la consulta para la atención de la visita médica ocasionado por la proliferación de laboratorios y distribuidores farmacéuticos realizando labores de promoción; esto ha hecho que algunos médicos reciban la visita por respeto o cortesía y no por el genuino interés de actualización o capacitación. Lo anterior ocurre tanto para el caso de los médicos de consulta particular como para las instituciones de salud que ven en el creciente número de visitantes médicos un factor que entorpece la eficiencia de los procesos de atención a sus usuarios.

Hay coincidencias en expresar que la percepción de un buen servicio y la confianza generada por el visitador médico son los factores clave que determinan la elección que hacen los médicos ante opciones similares, tal confianza se construye de diferentes maneras según los entrevistados del Grupo Uno: “Primero está el representante, segundo está el producto, pero primero a uno le formulan como quién es ese individuo, un tipo cumplido, que trae los reportes a tiempo, me

soluciona los problemas, viene con frecuencia, le pido alguna muestra médica y hace lo posible por cumplirme con un tratamiento, eso es el 70% y el otro 30% lo hace la marca”.

Otro apunta lo siguiente: “Es la habilidad del representante de ventas, cómo llega en dos o tres minutos y le resuelve al médico lo que le tenga que resolver. Si a mí me pasan una parrilla de seis productos y yo sé cómo es el médico y sé que es lo que él quiere yo me voy solo con dos productos y puede estar el supervisor, pero tomo la decisión: prefiero vender dos y presentar seis y no vender nada”.

La presión por las ventas genera angustia en los visitantes y los aleja de hacer una visita centrada en los temas médicos relevantes, a la vez que condiciona la visita a los aspectos de la competencia entre laboratorios, lo que desanima al cuerpo médico por considerarlo un pobre aporte a su labor.

En cuanto a la actualización ofrecida por los laboratorios se ha propuesto, por parte de los médicos entrevistados, explorar nuevas formas a través de elementos pedagógicos que faciliten la capacitación a distancia, sin tener que asistir físicamente a reuniones ni cumplir determinados horarios, es decir, desarrollar material de estudio innovador por su flexibilidad sin perder la validez científica.

Otro aspecto a destacar tiene que ver con que, en años anteriores, se daba un mayor grado de vinculación del visitador con los médicos a través de algo que pudiera ser asimilable al mercadeo emocional, basado en el reconocimiento de elementos que promueven sentimientos importantes para el médico y su utilización en la comunicación con él, así lo define un entrevistado del Grupo Uno: “Vos establecías lazos muy especiales con cada médico, porque en las técnicas de venta te hablaban: mire su entorno, mire el cuadro, mire al doctor que le gusta hacer en su tiempo recreativo, que decoración ve, que deporte práctica”.

Esto contrasta con el momento de la aplicación de la nueva legislación en salud, que trajo consigo la disminución en los niveles de inversión que hacían los laboratorios en la visita médica, lo que llevó a segmentar el mercado a médicos con determinado potencial, es decir, no se brinda un servicio igual para todos los médicos; esto ha generado una percepción de discriminación, una sensación, en los médicos, de ser objetos y que su relación con la industria farmacéutica se ha venido fundamentando en el interés económico, en el utilitarismo, en la rentabilidad financiera que se pueda obtener de ellos. Esa percepción se ha interpretado por los médicos como irrespeto, no de los visitantes que actúan según las políticas de los laboratorios sino de los laboratorios mismos.

Frente a la percepción del entorno del mercado que debe enfrentar el visitador médico, se encontró que la visión de algunos entrevistados del Grupo Dos al respecto es que se trata de una labor difícil en términos de la presión de las ventas y de las condiciones restrictivas que impone el sector de la salud hoy en día, al basarse en el listado POS con los genéricos y la sobreoferta de marcas en un panorama de ralentización económica general; no obstante, afirman que la visita médica continuará siendo personalizada por su utilidad manifiesta para el médico y no consideran

que exista una condición de sexo o de edad que impida lograr una buena visita, dado que el factor de éxito, en este caso, guardaría relación estrecha con la voluntad y la disciplina para capacitarse.

De manera paralela viene presentándose un fenómeno de programas de incentivos para la formulación, derivado de la amplia oferta de medicamentos similares o sustitutos que ha ralentizado las ventas de la mayoría de laboratorios; sin embargo, tales programas generan descontento en algunos médicos debido al incumplimiento por parte de los laboratorios a causa de su difícil seguimiento y sostenibilidad presupuestal en el tiempo, de esta manera un estímulo concebido para mejorar resultados de la actividad se ha convertido en un factor de desequilibrio.

Existe una dualidad en la percepción que los profesionales de la salud tienen respecto de la posición en la escala social y económica que para ellos representa el ejercicio de la visita médica, al ser vista por algunos entrevistados del Grupo Dos como poseedora de un saber valioso que es asimilable a una profesión; en tanto que para otros es una actividad asociada a una función meramente comercial o publicitaria, perdiendo, en este caso, algo que en las entrevistas fue descrito como “muy agradable en la visita”.

En cuanto a la presentación personal y la manera de expresarse los médicos manifiestan que dependiendo de la personalidad hay visitantes médicos que inspiran respeto y que esto se traduce en credibilidad, asimilándolo como una persona decente y respetuosa, aquella que es capaz de leer los momentos para saber qué tipo de mensaje se le da al médico, de cuánto tiempo dispone para decirlo y la forma de decirselo. Los médicos entrevistados afirman que hay días que por las múltiples ocupaciones no queda tiempo para recibir o darles espacio para la visita médica y que es mucho más vendedor volver en otro momento; esto se traduce en respeto y en confianza. Sin embargo, se presentan casos donde los médicos no están interesados en construir una relación recíproca basada en el servicio y la credibilidad como factores importantes, por el contrario, lo que pretenden es construir una relación económica donde la pregunta es hasta dónde está dispuesto a dar en especie o en dinero cada laboratorio para apoyarlo en la prescripción. Entrevistados del Grupo Dos afirman que hay muchos colegas que han vendido su profesión y su ética para llenar su bolsillo. La discusión queda abierta y hace parte del desafío ético que deben enfrentar ambos actores.

4.3.3 La muestra médica, un sello de identidad

A este respecto las entrevistas realizadas concuerdan en señalar que la muestra médica es una de las herramientas de mercadeo con mayor tradición en la industria farmacéutica, estando presente durante un periodo superior al propuesto para este estudio y llegando a convertirse en un elemento distintivo de la visita médica a lo largo de su trayectoria. Podría decirse que su importancia radica en que es percibida por el cuerpo médico como un “premio” por la atención dispensada al visitador. Algunos de los usos que los médicos dan a estas muestras van desde el apoyo con inicios de tratamientos a sus pacientes hasta la realización de eventos benéficos con la comunidad.

Ha sido posible identificar, dentro de los testimonios revisados, que si bien el empleo de la muestra médica continua vigente hoy en día ha sufrido varias transformaciones, ya que existe un consenso amplio en afirmar que se ha reducido su disponibilidad, es decir, se ha venido segmentando su entrega a médicos considerados potenciales para la formulación de ciertos medicamentos y se ha limitado el ofrecimiento de las presentaciones originales al entrar en escena el concepto de las muestras médicas reducidas.

4.3.4 Crecimiento del oficio de visitador médico

La totalidad de los entrevistados de los tres grupos coincidieron en afirmar que ha habido un crecimiento significativo en la cantidad de laboratorios participando en el mercado farmacéutico local y, en consecuencia, el número de visitadores médicos se ha incrementado en la misma proporción generando dos problemáticas, según se desprende de sus testimonios: en primer lugar, se ha puesto ante los médicos una oferta extensa en productos o terapias que no en pocos casos resultan de escasa relevancia en el ejercicio de las diversas especialidades de la medicina y, por tanto, generan sentimientos de desconfianza, indiferencia o confusión en el cuerpo médico. En segundo lugar, el tiempo laboral del médico se ha restringido por la alta presencia de visitadores médicos, convirtiéndolos, a la larga, en personas que restan una parte valiosa del tiempo necesario para atender a los pacientes.

4.3.5 Transformaciones en la técnica de ventas

Los laboratorios multinacionales cuentan con técnicas de ventas definidas y de alto nivel desde hace años, y son considerados pioneros en este aspecto. Algunos entrevistados del Grupo Uno afirmaron que las técnicas de venta cambian cada cuatro años y buscan adaptarse a las modificaciones de contexto como el vivido con las regulaciones impuestas por los cambios en la legislación, donde la visita médica pasó de centrarse en el producto y sus beneficios a enfocarse en crear recordación de la marca. La técnica actual parte de los mismos pasos de la técnica “natural”, sin embargo, la secuencialidad de los pasos ha “encasillado” al visitador y, a pesar de contar con elementos aprendidos de la psicología del consumidor, esto no le ha permitido moverse con fluidez en su conversación, al limitar su iniciativa y la capacidad de conocer un panorama amplio en tanto apunta a los objetivos del laboratorio y no a los del médico.

La participación espontánea del médico es el objetivo de la visita; se considera valioso y gratificante cuando los médicos crean gusto por la visita médica al permitirse nutrir una relación que pasa de lo comercial a lo profesional: “que él cuente su historia [...] su experiencia de uso del medicamento con sus pacientes” (entrevistado Grupo Uno). Pero para ello la teoría de la técnica de ventas no es suficiente, se requiere más que eso, se necesita confianza ya que las técnicas de ventas no han logrado desplazar la confianza y credibilidad que surge entre las relaciones humanas de largo plazo. La relación del visitador con el médico y sus pacientes debería pasar por la empatía y la solidaridad, que son habilidades para la vida ampliamente valoradas por

las personas y que se traducen en construcción de confianza.

El crecimiento del mercado farmacéutico en años anteriores permitió que el negocio soportara mayores niveles de inversión en la promoción de medicamentos, traducido en algunos casos en estímulos económicos a los médicos que contemplaban el pago de su plan celular, el pago de su secretaria, viajes con su familia, etcétera. Este ha sido un recurso habitual en el último decenio que ha puesto contra las cuerdas la ética médica y no ha generado los réditos esperados por los laboratorios, especialmente en lo referente a la sostenibilidad de la formulación a largo plazo; en consecuencia, el modesto crecimiento del mercado actual, las exigencias de un mercadeo ético y la sobreoferta de la visita médica hará que en un futuro cercano desaparezcan este tipo de incentivos e incluso puedan ser necesarios los recortes de visitadores o a la reducción drástica de sus beneficios (entrevistado Grupo Uno).

Otro elemento a tener en cuenta dentro de este panorama es la segmentación de médicos por potencial de formulación que hizo que los laboratorios visitaran prácticamente a los mismos médicos y, dada la inevitable rivalidad, se impusiera desde el mercadeo una visita médica agresiva presionando al médico para formular: “Yo hoy en día siento como una obligación que tiene el médico de prescribirnos[...] ponerle metas al médico que esta semana dos pacientes, tres pacientes[...] las visitas pasaron de lograr la venta partiendo de beneficios a plantear objetivos y lograr compromisos con el médico” (entrevistado Grupo Uno).

5. Consideraciones generales

Aplicando los conceptos teóricos a la visita médica en Medellín es posible identificar que ésta se enmarca dentro del ámbito de las ocupaciones. Si se mira desde la Escuela Evolutiva la visita médica solo presenta una de las cuatro características estructurales, que es la ocupación de tiempo completo, pues las demás son inexistentes o bien su incipiente grado de desarrollo hace que sus efectos prácticos sean mínimos. Si el ejercicio se hace desde la Nueva Escuela Teórica la visita médica en Medellín carece de barreras de entrada que defiendan el monopolio de su ejercicio, es decir, la práctica de la visita médica puede ser llevada a cabo por personas con diversidad de profesiones o disciplinas, a la vez que tampoco cuenta con marcos legales y tributarios específicos, ni emplea recursos legales para protegerse ante la competencia de otras profesiones mediante el otorgamiento exclusivo de licencias, derechos de autor, certificaciones, etc.

Por el contrario, desde la óptica de los oficios son evidentes las coincidencias al fundamentar su acción principalmente sobre la experiencia y, en menor medida, en el ejercicio de un conocimiento abstracto complejo, como ocurre en la mayoría de los oficios; no obstante, en años recientes, se ha desarrollado un cierto conocimiento abstracto derivado de la incursión en la visita médica de personas capacitadas en temas profesionales como ciencias de la salud y

administración, entre otros. Tal conocimiento se hace palpable en el grado de complejidad cada vez mayor de la práctica de la visita médica y su relación con el cuerpo médico, sin embargo, la profundidad y la complejidad de este conocimiento abstracto dista de un conocimiento abstracto profesional como tal.

En contraste con el análisis anterior, Orduña (2004) propone la visita médica como “un oficio certificado ya que necesita adquirir conocimientos específicos de una patología o producto”.

Vale la pena aclarar que si bien el objetivo de este escrito no es definir si la visita médica se enmarca dentro de las profesiones u oficios, sí se exponen los argumentos teóricos consultados a fin de aportar un panorama que brinde suficientes elementos para la construcción de la caracterización propuesta.

Orduña(2004:20) en su libro *Manual del visitador médico:Un profesional del mundo de la salud* sostiene lo siguiente:

La visita médica es una profesión cualificada, que es digna y adecuada para un profesional que tiene la posibilidad de utilizar sus conocimientos científicos y desarrollar sus habilidades de comunicación, informativas y persuasivas, para buscarse un futuro profesional dentro de la industria farmacéutica. A su vez, el visitador médico es la herramienta de marketing más eficaz, por lo que es una figura muy cuidada en los laboratorios farmacéuticos en lo referido a su formación científica continuada y que está actualizándose continuamente con el objeto de estar a la altura del profesional médico (Orduña, 2004).

A continuación se presenta un gráfico piramidal que resume la visión del autor respecto de lo que ha sido el proceso de transformación de la visita médica desde 1960 hasta el año 2000. Esta gráfica, a pesar de estar centrada solo en aspectos de conocimientos y de formación académica, permite visualizar un panorama que coincide con lo expuesto por los entrevistados de los diferentes grupos participantes en este estudio y que refleja, en parte, los procesos de profesionalización que experimenta este oficio.

Transformación de la visita médica desde 1960 hasta el año 2000



Fuente:Orduña (2004).

En suma, la visita médica es el canal de comunicación que la industria farmacéutica ha desarrollado para relacionarse con su entorno sectorial o social y, en tal sentido, ha debido adaptarse a todos aquellos factores que propiciaron las transformaciones sociales, desde las innovaciones tecnológicas hasta los cambiantes modelos de mercadeo; sin embargo, las reformas en el marco legal, representadas en la Ley 100 para este periodo de estudio, constituyen para la visita médica el factor determinante de influencia ya que le obliga a readaptarse a nuevas exigencias, a nuevos mercados y a nuevos enfoques. De esta manera es posible pensar que la próxima reforma a la salud que se viene debatiendo, en los diferentes sectores sociales y gubernamentales, será sin duda un nuevo motor de cambio que, según sea el tamaño y la densidad de sus reformas, tendrá repercusiones en las actuales relaciones de la industria farmacéutica con el sector salud y será, por ende, otro factor remodelador en el transcurrir de la visita médica en Medellín.

6. Conclusiones

Las transformaciones tecnológicas que procuran acelerar los procesos, la mayor exigencia en la formación académica que busca aportar elementos conceptuales necesarios para el manejo de medicamentos de alta complejidad en mercados cambiantes, y la modificación de incentivos o motivaciones para atraer y conservar el talento humano indispensable para el éxito, son algunas evidencias del dinamismo con el que la visita médica avanza en su camino hacia la superación de barreras y desafíos que le imponen los tiempos recientes. Desde cambios en los marcos jurídico-legales pasando por cuestionamientos éticos, hasta los vaivenes macroeconómicos y de mercado, son el reflejo de las transformaciones de un oficio que ha sido el enlace entre la industria farmacéutica y la sociedad. Según la perspectiva de los entrevistados, los cambios durante el periodo evaluado son: El mercado farmacéutico tiene relevancia tanto desde la perspectiva social como económica y, en tal sentido, el régimen de salud, sus políticas y leyes son insumos determinantes para que la industria farmacéutica construya estrategias y tácticas acordes a las exigencias de este mercado, siendo ejemplo de esto el efecto que tuvo la Ley 100 en la industria farmacéutica al crear un mercado institucional basado en el uso de medicamentos genéricos en contraposición al mercado privado centrado en el empleo de marcas comerciales; este panorama condujo a que se diera, desde la industria farmacéutica, una segmentación de los médicos a visitar de acuerdo a su potencial prescriptivo, lo que ha despertado sentimientos de inconformidad en algunos miembros de la comunidad médica.

Cada uno de estos mercados cuenta con particularidades que exigen del visitador médico mayores capacidades de relacionamiento y comunicación para definir el tipo de mensajes que le permitan construir relaciones duraderas.

Un factor presente en las entrevistas es el que hace referencia al desafío actual para las gerencias encargadas de la gestión del recurso humano en los laboratorios farmacéuticos, consistente en hallar equilibrio entre productividad y motivación, permitiendo a las empresas conservar y desarrollar el talento humano en armonía con los niveles de eficiencia y control que permitan la sostenibilidad de la actividad comercial.

Otro aspecto a destacar tiene que ver con la adopción de las casas farmacéuticas de nuevas herramientas para la comunicación que permiten el flujo de información en horarios y lugares distintos a los convencionales, el incremento de la jornada laboral de los visitadores médicos que pasó de la calle al hogar, la implementación de nuevas formas de medición de la productividad del visitador médico pasando del cumplimiento en ventas por producto a introducir conceptos de rotación bodega-farmacia, el índice de devoluciones y la cuantificación de la generación de demanda a través del auditaje de las formulas médicas en puntos de venta, además del cambio en el cálculo de comisiones que migró a un mecanismo complejo que involucra mayor cantidad de variables y, por consiguiente, menores posibilidades de cumplimiento; no obstante, algunos laboratorios introdujeron beneficios como la medicina prepagada, el auxilio de transporte y los bonos de alimentación, con el fin de balancear el ingreso de sus fuerzas de ventas.

7. Referencias bibliográficas

Barbero, J. (2002). “La crisis de las profesiones en la sociedad del conocimiento”. *Nómadas*. Núm. 16, pp. 177-182.

Gómez, F. de P. (2014). “Mercado farmacéutico descripción y cifras”. Sitio web: *Revista Dinero*. Disponible en: <http://www.portafolio.co/opinion/mercado-farmacautico-descripcion-y-cifras>.

Ley 100 de 1993, 1, 42-90. Disponible en: <http://www.caprecom.gov.co>.

Ministerio de la Protección Social, Dirección General de Análisis y Política de Recursos Humanos (s.f.). “Composición de la oferta de profesionales en medicina en Colombia 2009”. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Observatorio%20Talento%20Humano%20en%20Salud/COMPOSICI%C3%93N%20OFERTA%20DE%20PROFESIONALES%20EN%20COLOMBIA.pdf>.

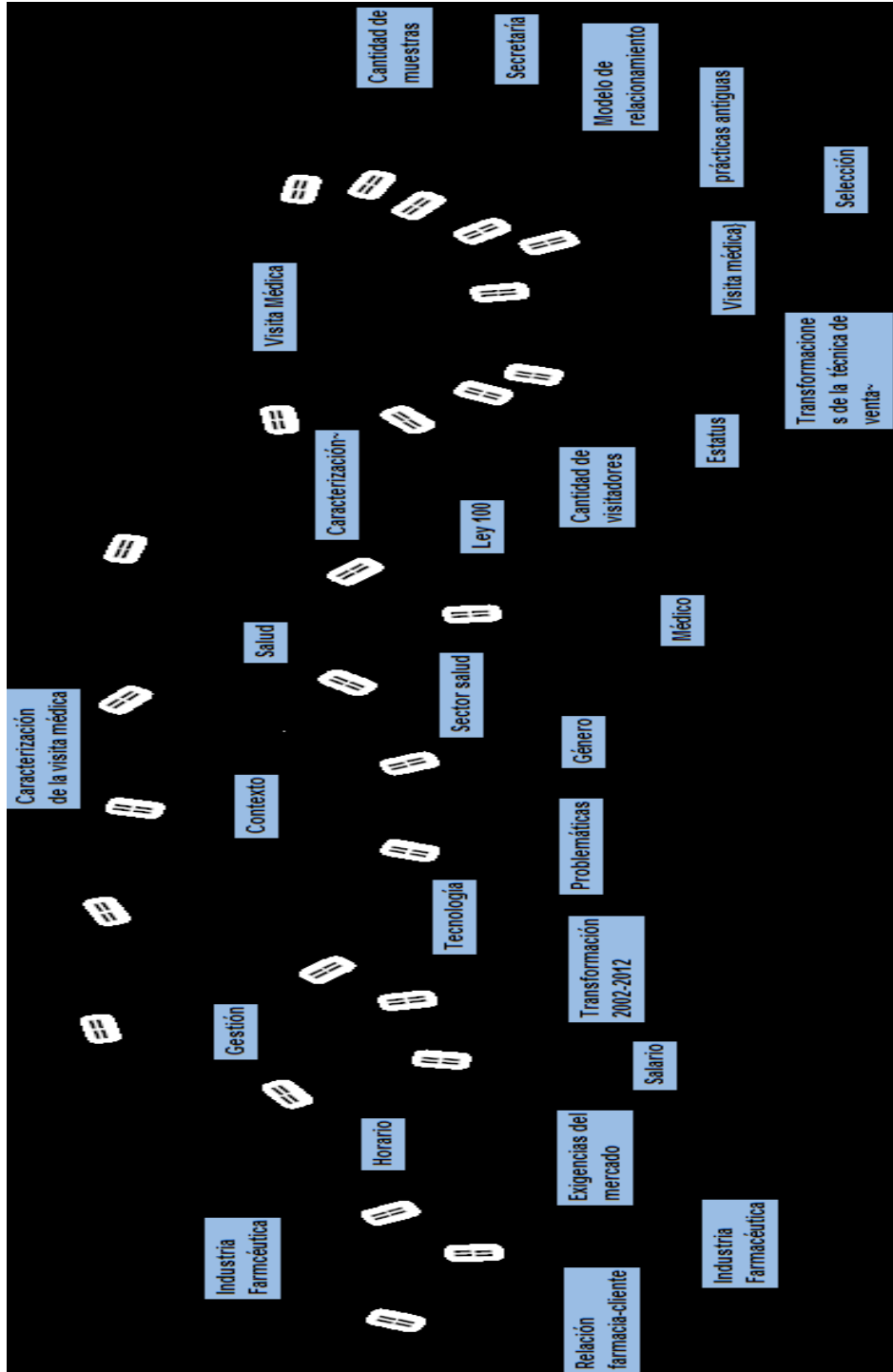
Orduña, F. (2004). *Manual del visitador médico: Un profesional del mundo de la salud*. Madrid: Ediciones Díaz de Santos.

Rodríguez, J. A. y M. F. Guillén (1992). “Organizaciones y profesionales en la sociedad contemporánea”. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*. Vol. 59, pp. 9-18.

Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia (SSSA) (2013). “Módulo de habilidades para la vida. Guía para el trabajo con adolescentes y jóvenes”. Sin datos.

8. ANEXOS

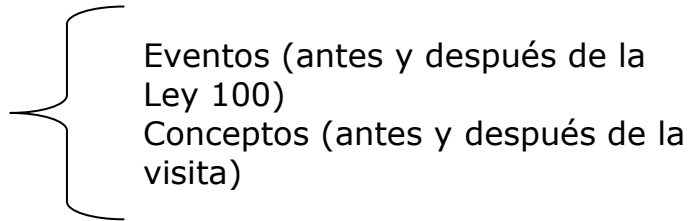
Anexo 1



Anexo 2

Qué queremos lograr-encontrar con las entrevistas

Caracterización basada en aspectos sociales, económicos y políticos



Propósito – QUÉ SE HARÁ CON LAS ENTREVISTAS

Construir un artículo producto de la investigación para que sirva de elemento académico útil para el estudio del oficio de la visita médica en Medellín

PREGUNTAS

A continuación relacionamos algunas preguntas básicas que nos ayudarán a explorar las percepciones y opiniones de los entrevistados.

Para visitadores médicos

- Tiempo en el ejercicio de la visita médica (año de inicio hasta la actualidad o en caso de estar retirado desde qué fecha)
- Profesión
- Especialidades médicas trabajadas durante la visita médica (hipertensión, pediatría, dermatología)

Preguntas filtros

- ¿Cuál es su nivel educativo?
- ¿Cuál es su oficio?
- ¿En qué empresas ha trabajado?
- ¿Hace cuántos años trabaja en el medio?
- ¿Cuáles son las áreas trabajadas durante la visita médica?

Pregunta introductoria

¿Cuáles fueron las situaciones o razones que lo llevaron a decidirse por la visita médica?

Primera pregunta

Responde el aspecto de interrelación entre los dos actores médico-visitador médico

¿Cómo recuerda usted que era la visita médica hace diez años? En términos del contacto con el médico en el consultorio

- Qué entregaba (tipo de material y cantidad)
- Tiempo de duración de la visita
- Abordaje
- Limitación respecto a lo que decía, qué podía decir y qué no
- Objetivo de la visita

¿En qué ha cambiado?

¿A qué cree que se deben estos cambios?

Segundapregunta

Abordando los aspectos socioeconómicos de la visita médica, cuáles eran las condiciones laborales en cuanto a:

- Salario, prestaciones y beneficios (bonos adicionales)
- Qué tan fácil era acceder al trabajo de visitador médico
- Qué tan grande era el gremio de la visita médica.
- Cuál era la percepción social del visitador médico (cómo veían las personas al visitador médico, cuál era su estatus social)

Tercerapregunta:

En su opinión¿cuáles han sido los cambios más representativos que ha tenido la visita médica en los últimos diez años?

- Restricción en la formulación
- Regulación de precios
- Cantidad de pacientes
- Cantidad de médicos y especialidades

Para médicos

- Tiempo en el ejercicio de la medicina (año de inicio hasta la actualidad o en caso de estar retirado desde qué fecha)
- Especialidadmédica

Preguntasfiltros

- ¿Cuál es su nivel educativo?

- ¿En qué instituciones ha trabajado?
- ¿Hace cuántos años trabaja en el medio?

¿Cómo recuerda usted que era la visita médica hace diez años? En términos del contacto con el visitador en el consultorio

- Qué entregaba (tipo de material y cantidad)
- Tiempo de duración de la visita
- Abordaje
- Limitación respecto a lo que decía, qué podía decir y qué no
- Objetivos de la visita

¿En qué ha cambiado?

¿A qué cree que se deben estos cambios?

Abordando los aspectos socio económicos de la visita médica ¿cuál considera que eran las condiciones laborales en cuanto a:

- Salario, prestaciones y beneficios (bonos adicionales)
- Qué tan fácil era acceder al trabajo de visitador médico
- Qué tan grande era el gremio de la visita médica.
- Cuál era la percepción social del visitador médico (cómo veían las personas al visitador médico, cuál era su estatus social).

En su opinión ¿cuáles han sido los cambios más representativos que ha tenido la visita médica en los últimos diez años?

- Restricción en la formulación
- Regulación de precios
- Cantidad de visitadores y nuevos laboratorios
- Cantidad de médicos, especialidades e instituciones

Preguntas para personal de recursos humanos (selección)

¿Podría decirme qué perfil busca su empresa para seleccionar los visitadores médicos?

¿Considera usted que ese perfil ha tenido algunas transformaciones en los últimos diez años?

¿Qué ha originado esos cambios?