

Rationalité et non rationalité dans l'utilisation de la technologie médicale

Carlos H. Caicedo E.*
Ali Smida**
Ricardo Romero U.***

submitted date: September 2013
received date: October 2013
accepted date: March 2014

Resumen

La rationalité signifie principalement un calcul et une faculté calculable; est l'usage adéquat de la théorie, du pratique et de l'évaluation de la raison, c'est-à-dire: qu'elle doit être utilisée pour adopter des croyances, prendre des décisions et évaluer correctement. D'un autre côté, l'irrationalité apparaît quand on reconnaît et évalue positivement la spécificité de l'affectif, c'est-à-dire: les passions, les émotions, les sentiments et les désirs. Cet article réfléchit sur la rationalité (irrationalité) de l'utilisation des technologies de la santé - médicaments, les dispositifs médicaux et chirurgicaux et des systèmes de soutien organisationnel et où ces soins est donné - et leur cycle de vie correspondant, dans un pays en développement comme la Colombie, quand existe une pression de la part de l'Industrie pour incorporer de manière continue et massive les nouveaux dispositifs et les équipements sans évaluer et identifier les critères de prix a caractère effectif des innovations versus les technologies existantes.

* Ciencias de L'administration, Études Supérieures en Gestion des Technologies, Universidad Nacional de Colombia (Colombie); Magister en administration Pontificia Universidad Javeriana (Colombie); PhD (c) Sciences de Gestion, Université Sorbonne Paris XIII (France). Professeur Universidad Nacional de Colombia (Colombie). E-mail: chcaicedoe@unal.edu.co

** Sciences de L'ingénieur, Ismra Ensi (France); Physique Nucléaire, Doctorat 3ème Cycle Analyse Et Gestion Des Organismes, Doctorat En Pharmacie, Doctorat D'état En Sciences de Gestion: Université de Caen (France). Professeur Université Sorbonne Paris XIII (France). E-mail: alismida@aol.com.

*** Ciencias de L'administration, Universidad Nacional de Colombia (Colombie); Doctorat D'état En Sciences de Gestion, Lumière Lyon 2 (France). Professeur Universidad Nacional de Colombia (Colombie). E-mail: jrromerou@unal.edu.co

Mots-clés

raisonnalité, no rationalité, technologies de la santé, dispositifs médicaux, dispositifs chirurgicaux, systèmes organisationnels.

1. Introduction

L'Irrationalité en philosophie apparaît quand on reconnaît et évalue positivement la spécificité de l'affectif, c'est à dire, les passions, les émotions, les sentiments et les désirs. Dans cette perspective, être irraisonnable c'est comprendre la limitation de la propre intelligence et être capable d'une plus grande compréhension et lucidité [1]. Il n'est pas sans dire que durant une bonne partie de l'histoire occidentale, les passions ont été condamnées comme facteurs de désordre, ou d'une perte de la raison et plusieurs courants de pensée ont cherché à les limiter ou les éradiquer.

Les irrationnels repoussent la pensée systématique parce que ceux-ci essaient de réduire à une unité la pluralité et la variété du complexe et de la diversité; ce qui nie la dualité entre l'affectif et le rationnel et c'est pour cela que s'emploient les fragments, les aphorismes puisque l'absence d'ordre ne peut pas avoir d'expressions cohérentes.

Certains auteurs adeptes de l'irrationnel accordent une valeur maximale à l'activité artistique et certains comme Schopenhauer, considèrent la tragédie comme le plus élevé de tous les genres et que dans l'art se retrouve la réponse à l'énigme du monde, chaque fois qu'à travers du message tragique on reconnaît l'univers comme un conflit et l'être humain le reconnaît quand il est obligé de prendre une décision afin d'orienter son action face à une situation conflictuelle ou complexe l'idée de conflit de lutte de rupture est central dans la tragédie [1]. Mais aussi

la souffrance n'est pas la fin, mais plutôt le chemin vers l'harmonie finale, quand on peut atteindre un accord.

Le concept courant d'irrationalité est incalculable [2], ce qui signifie la liberté de volonté ; mais certains pensent que cette variable n'existe pas dans la conduite humaine, niant ainsi que la quotidienneté est remplie de phénomènes où le hasard est présent et qu'on ne peut y trouver d'explications et de relations causales. Aussi, on parle d'une irrationalité quand une interprétation d'une conduite n'existe pas, c'est-à-dire quand il n'existe pas de cohérence associée aux motifs préalables et que plusieurs fois les processus ne sont pas compris. Quand cela se produit, les personnes évaluent [2] ou prennent une position face à ce qu'ils ne connaissent pas.

La rationalité signifie principalement un calcul et une faculté calculable; le concept historique de rationalité exprime le fait de mettre en action le spécifique d'une société dont l'organisation repose sur les principes universels de calcul et rend possible de calculer les fins qui sont calculables; dans de telle condition de rationalité, le calcul et le contrôle sont synonymes [3]. Cependant, il est exprimé que la liberté de volonté agit très peu dans les décisions des dirigeants d'entreprises qui doivent affronter les pressions du milieu [2].

La rationalité est l'usage adéquat de la théorie, du pratique et de l'évaluation de la raison, c'est-à-dire qu'elle doit être utilisée pour adopter des croyances, prendre des décisions et évaluer correctement; la raison est la capacité de penser et d'agir intelligemment [4]. Il s'agit d'une vertu cognitive comportant des degrés de succès, qui peut être considérée comme un système interne de contrôle, associée à l'intention.

D'un autre côté on utilise l'expression rationnelle comme étant associée au savoir, que par dessus tout elle est propositionnelle, c'est-à-dire qu'elle est rationnelle si le savoir est faillible [5]. Ce qui ne nie pas que, après avoir choisi un concept sociologique d'action, une relation déterminée s'établit avec le monde et c'est pourquoi la rationalité de son action est conditionné. Par exemple, on peut établir un concept d'action téléologique qui présuppose des relations entre un acteur et un monde d'états de choses existantes. Dans un tel modèle on dote à l'agent d'un complexe cognitif – volitif [5], par lequel on peut former des opinions et développer des intentions. Par ailleurs, on peut établir un concept d'action stratégique qui incorpore d'autres agents qui agissent en cherchant à réaliser ses propres propos, ce qui demande d'agrandir l'horizon.

On peut aussi établir un concept d'action réglée par des normes qui inclut un groupe social, par lequel l'observance de la norme est l'accomplissement d'une attente généralisée et validée par une conduite. De la même manière, il peut s'établir une action communicative entre des sujets au moyen d'une négociation de définitions de situations susceptibles de consensus.

D'un autre point de vue, on peut établir un concept d'action dramaturgique ou d'une auto mise en scène des propres expériences, une telle subjectivité a recours aux désirs et aux sentiments qui sont des aspects de la partialité, laquelle a ses racines dans les nécessités, c'est à dire que les désirs cherchent les biens, tandis que les sentiments perçoivent affectivement les situations.

Cependant, le système affectif est un système de contrôle de la conduite parallèle à celui de rationalité et redondant [4] par rapport à celui-ci; en philosophie, l'irruption de l'affectif nourrit les courants irrationnels, lesquelles

reconnaissent et évaluent l'affectif c'est-à-dire les émotions, les passions, les sentiments et les désirs qui montrent les limites de la raison. De la même façon, les émotions couvrent les lacunes de la rationalité imparfaite en servant de filtres d'information.

L'irrationnel peut s'en remettre au problème de la connaissance et ainsi se méfie d'une raison abstraite incapable de comprendre la richesse de l'être humain; mais aussi on peut se rapporter au manque de sens rationnel de réalité [1]. Par cela, on recourt à l'imagination et à la volonté, tant comme aux instincts, aux préjugés et les pièges du langage.

2. L'usage des technologies de santé

L'OTA (Bureau d'Évaluation Technologique du Congrès des États-Unis) définit la technologie de la santé comme «les médicaments, les dispositifs médicaux et chirurgicaux utilisés dans l'attention médicale et les systèmes organisationnels et de support à l'intérieur desquels la attention se pourvoit». De cette organisation découle un «cycle de vie des technologies de santé» qui est particulièrement présent dans les pays en voie de développement.

L'usage irraisonnable des technologies de santé (des médicaments par exemple) impliquant l'usage incorrect, avec le dosage incorrect, se traduit par de hauts prix des services de santé; ainsi, il est indiqué de faire un usage thérapeutique adéquat et responsable et que les prix des services et des technologies soient effectifs en santé. L'accès aux technologies de la santé s'inscrit à l'intérieur de la lutte à ce que la santé soit un droit; la rationalité qui prévaut dans le secteur de la santé est l'économique, laquelle se présente comme la perspective la plus rationnelle qui inclut la logique [6]; par lequel le désenchantement est

un peu le statut de ceux qui font une investigation autonome par l'usage rationnel des technologies de la santé, mentionnant que les échanges dans les profils sociaux de morbi-mortalité n'ont pas été affectés par les technologies en santé.

Plusieurs formes d'irrationalité dans l'usage de technologies sont associées en santé à la prise de décisions sans avoir de certitude; dans le cas échéant, établir et documenter l'incertitude associée à absence d'évidence peut surpasser de telles conditions; sans oublier que les normes impliquent une attention très spécifique [6] aux problèmes de même nature, ce qui pose des limites aux stratégies méthodologiques globales, comme la médecine basée sur l'évidence, pour éviter que la standardisation extrême englobe la réalité [6] et la change en marchandise de consommation de masse distribuée et auto promue par les producteurs de technologies; en rappelant que la normalisation est un produit de l'intelligence critique de portée limitée et régionalisée.

On retrouve au moins deux types d'environnements lors de l'évaluation des milieux où l'on opèrent les organisations: le technique et l'institutionnel [7]. Dans le premier, il se produit et s'échange des biens ou des services dans les secteurs dans lesquels les organisations y sont récompensées pour contrôler efficacement leur système de production, avec lequel elles réussissent à protéger leur fonctionnement des perturbations externes. De même, dans le deuxième cas, il existe des règles et des conditions requises auxquelles il faut ajuster l'organisation pour avoir un appui et une légitimité; de telles règles peuvent naître de l'État, des réunions en corporations ou de l'opinion publique.

2.1. L'usage des technologies et des secteurs sociaux

Un secteur social est défini comme [7]: l'ensemble des organisations qui opèrent dans la même aire d'assistance, offrant une similitude de services, de produits ou de fonctions. Le secteur social englobe l'ensemble d'organisations qui pourvoient des services aux citoyens [8]. Le contenu de l'action collective est orienté vers la prévention (éviter), l'assistance (s'occuper des besoins) et l'insertion (intégrer des personnes).

Le type de travail immatériel qu'appuient les organisations sociales repose sur des processus d'assistance basés sur la création et sur la manipulation de l'affection, le travail d'interaction et de contact humain intense inhérent aux processus de leur mission en santé. Par son objet et sujet de travail ils requièrent un modèle enrichi de la communication pour la génération de son un produit. Ses produits provoquent un bien-être, un confort, une sûreté et une certitude chez les personnes. De tels travaux affectifs sont dénommés d'une "manière corporelle"[9], parce qu'ils requièrent des actions physiques associées à la prestation de services, et ils engendrent des produits intangibles dans trois types de travail immatériel: l'un engendre la plupart des biens d'attention sociale : 1) la production informatisée, 2) des processus analytiques symboliques et 3) une production et une manipulation affective et des soins personnels.

Les structures mettent en évidence les "puissantes règles institutionnelles" [10], qui les conditionnent, lesquelles agissent comme "des mythes rationalisés" obligatoires; par cela les plans, les projets, la structure et les processus, aussi comme les technologies incorporées obéissent aux causes externes, telles que l'opinion publique, les concepts de

personnes remarquables, la jurisprudence, etc. Ces mythes rationalisés nourrissent l'apparence et valident l'organisation, engendrent des structures qui ont deux propriétés: 1) ils identifient comme technique les propos sociaux et changent en règles les moyens pour atteindre de telles fins; 2) ils sont institutionnalisés, ce qui les rendent légitimes et ne sont pas maniables par les organisations.

Dans ces secteurs institutionnels caractérisés par des règles et des conditions requises, ceux-ci "imposent" ou "autorisent" des stratégies, des processus et/ou des structures, ou encore font des pressions pour soumettre aux organisations des "processus d'accréditation volontaire". La réponse développée par ces organisations par rapport aux climats est d'émanciper les processus d'assistance de ses structures formelles, ainsi que de sélectionner les profils professionnels qui s'adaptent aux dimensions du milieu, exprimés par des normes, des conditions requises et des systèmes de licence et de certification."

L'évolution des organisations sociales montre une grande diversité initiale et par la suite, la supériorité de certains types; une situation est parfois expliquée en utilisant le concept de champ organisationnel [11] ou d'organisations qui se développent dans un secteur social spécifique et qui sont articulés à travers des services ou des produits; par exemple, des régulateurs, des pourvoyeurs, des producteurs, des clients, etc. Ce processus se nomme isomorphism [11] et cherche à homogénéiser les organisations et non nécessairement à les rendre plus efficaces. Le déroulement du champ organisationnel prend naissance dans trois facteurs : 1) Par la compétence; 2) par l'État et finalement; 3) par les professions.

Il existe trois isomorphismes dans les mécanismes d'échange institutionnel des secteurs so-

ciaux: 1) l'isomorphisme coercitif associé aux pressions politiques et à la recherche de la légitimité; 2) l'isomorphisme mimétique associé à l'inclusion de réponses standards du secteur pour diminuer l'incertitude; 3) l'isomorphisme normatif associé à la pression des corporations professionnelles qui veulent inclure des connaissances et une habileté spécifique.

Dans le secteur de la santé un type spécifique d'organisation existe: le professionnel. Celui-ci dépend pour son fonctionnement des compétences standardisées de ses professionnels opérants. Les structures des organisations professionnelles sont basées sur deux piliers fondamentaux : une division du savoir et une participation collective dans la gestion (gestion associée). Dans ces organisations, malgré la standardisation nécessaire, demandée et recherchée, deux employés n'interviendront pas de la même manière; une raison pour laquelle qu'il est difficile que deux chirurgiens appliquent leurs compétences de la même façon. La structure qui prévaut est celle des processus, qui assigne une responsabilité intégrale, regroupant la totalité des activités. Pour ce genre d'organisations, il correspond mieux de construire et de maintenir les catégories desquelles sont observées deux balises essentielles [12] : 1) Diagnostiquer les nécessités des usagers pour identifier qu'un répertoire de routines est employé; et 2) appliquer ou exécuter le programme identifié.

2.2. L'usage des technologies et des systèmes d'attention

Les milieux cliniques sont définis comme une portion des systèmes d'attention et de soin en santé et dans les activités cliniques incluses dans le soin direct aux patients, dans les recherches, en enseignement et dans les activités de service public de relation du soin de patients qui développent des activités insérées

dans beaucoup de facettes du monde hospitalier. Actuellement, les ingénieurs jouent un rôle multi facettes; leurs clients, incluent le staff clinique, l'administration hospitalière, les agences de régulations, et la sécurité de l'équipe médicale à l'intérieur de l'hôpital, afin d'assurer un service sûr et effectif.

Il est évident que le degré de développement des études relatives est centré sur les pays où l'économie de la santé et de l'évaluation économique en santé ont un plus grand développement à partir de la création d'entités qui focalisent sur les efforts et les préoccupations des professionnels en lien avec ce thème, de façon à ce qu'une masse critique soit engendrée pour réaliser des études avec une présence pluridisciplinaire, qui observe dans des pays où il y a des associations, des institutions publiques ou privées que aide au développement des méthodologies et des études en lien avec le thème, comme dans le cas de l'Espagne, de l'Argentine, du Brésil, du Mexique et de Cuba.

Il y a 40 ans aux États-Unis, les pourvoyeurs contrôlaient tout. Nous n'avons pas d'autre choix que de recourir à leurs services mais les hôpitaux ont commencé à faire affaire avec leur propre équipe de travail. Les pourvoyeurs se sont vus affectés, ce qui a produit un malaise et à mesure que l'Ingénierie Clinique s'est développée, cette activité a peu à peu cessé d'être réalisée par les pourvoyeurs mais plutôt faite par les ingénieurs cliniques, ce qui a comme conséquence créé une relation de conflits.

La forme d'unir ces deux groupes consisterait en ce que les ingénieurs cliniques soient aussi insérés dans la gestion de cette technologie - donc de cette manière, les pourvoyeurs seraient dans l'obligation de manière les besoins des ingénieurs cliniques. Le problème consistait en ce qu'avant tout, le service était offert par les pourvoyeurs et tout l'argent allait dans

leur poche, mais maintenant plusieurs de ces fonctions sont réalisées par les ingénieurs cliniques, ce qui ne plaît guère aux fournisseurs.

De plus, la maintenance et le service des équipes tendra à se simplifier dans le cas des régions isolées ou rurales ou encore des petites villes qui auraient une personne à l'intérieur de l'hôpital qui serait en charge du maintien et de la réparation des équipements, sans avoir à le demander au fournisseur. Ce qui permettrait d'assurer un meilleur service. Une dernière chose, le but des pourvoyeurs est de faire de l'argent pour les actionnaires des compagnies. Le but de l'hôpital est de donner un bon service au patient à moindre coût. Ces objectifs sont opposés.

Par type d'étude, les études d'évaluation économique partielle, et par le fait même, les études de prix sont celles qui dans un plus grand nombre ont été réalisées en Amérique latine. Les études d'évaluation économique complète ont une meilleure participation relative dans les trois dernières années par rapport aux années antérieures. En rapport avec la participation d'enquêteurs par étude, l'information obtenue confirme l'importance du travail fait dans une équipe et la nécessité de le réaliser de manière pluridisciplinaire.

La création de la Base de Données de Nevalat des études liées à l'Évaluation Économique dans la Santé [13] nous indique comment nous nous situons par rapport au développement de l'EES ce qui se convertit en apport positif pour les recherches futures et surtout pour l'amélioration des prises de décisions dans les pays de l'Amérique latine.

3. Technologies en santé

La techno vigilance est l'ensemble d'activités qui ont pour but l'identification et l'évaluation des effets non désirés (des incidents contraires)

produits par les dispositifs médicaux, ainsi que l'identification des facteurs de risques associés à ces derniers par des effets ou des caractéristiques rattachés à ce risque, qui ont comme bas la notification, le contrôle, l'évaluation systématique et une gestion correspondante des incidents contraires relatifs afin de déterminer la fréquence, la gravité des incidents du même genre et finalement prévenir leur apparition.

On entend par Dispositif médical tout instrument, appareil, équipe, matériel, produit ou autre article seul ou en association, qui comprend des accessoires et un logiciel qui intervient dans son fonctionnement, destiné à être utilisé par l'être humain, pour des fins médicales et dont l'action principale n'est pas obtenue par des moyens pharmacologiques, immunologique ou métabolique [14]. Le but principal de la techno vigilance est de réussir à améliorer la sécurité et la protection des patients et des usagers qui utilisent les dispositifs médicaux et ce, au moyen du déroulement de mécanismes pour collecter et communiquer l'information éminente relative au risque.

Tous ces équipements ont différentes phases d'étude avant d'être commercialisés; Dans la phase de pré mise en marché, ils doivent passer par une batterie de tests où l'on démontre que leur fonctionnement est sécuritaire, que les risques sont analysés et que des mesures sont prises afin de diminuer les risques. L'évolution des technologies en santé a entre autres les étapes suivantes [15]: la première innovation, qui commence avec l'invention d'un nouveau produit, qui inclut le processus ou la pratique qui est complétée par la première utilisation. Le facteur déterminant de l'innovation se présente comme la persistance d'une maladie, associée fondamentalement à des pathologies chroniques que l'on retrouve dans les pays dits développés où s'initie le processus. Aussitôt qu'une nouvelle technologie

est lancée sur le marché, la forme de paiement s'engage alors dans la couverture de diffusion, influencée par des facteurs tels que le prestige du fabricant, etc., ce qui n'est pas nécessairement rattaché aux caractéristiques épidémiologiques de la population. L'incorporation se produit lorsque les assureurs ou l'État prennent la décision de rembourser les patients ou de subventionner la nouvelle technologie, ce qui a pour résultat l'obtention des gains en santé et l'amélioration de la qualité des services due à son usage.

En général, la validation d'un processus est le mécanisme ou système utilisé par le fabricant qui sert à planifier et à obtenir des données, à inscrire des données, et à interpréter des données. Ces activités se divisent en trois phases : 1) une qualification initiale de l'équipement utilisé et la disposition des services nécessaires - aussi connue comme qualification d'installation (IQ); 2) une démonstration que le processus produira des résultats acceptables et établira des limites (dans le pire des cas) des paramètres du processus - aussi connue comme qualification opérationnelle (OQ); et 3) un établissement de la stabilité du processus à longue échéance - aussi connue comme qualification de dégagement (PQ).

Alors que la théorie de la validation de processus est raisonnablement directe, la décision du fabricant pour évaluer tous les processus en vue d'une validation potentielle peut porter à l'incertitude. Quelques recherches régulatrices indiquent que tous les processus qui ne peuvent pas complètement avoir lieu au moyen d'une inspection subséquente doivent être validés. La déviation de ce principe peut être permise par les réglementations locales, mais elle doit être complètement justifiée par le fabricant du au manque de risque pour le patient. Des règles sont fournies pour prendre des décisions sur une validation potentielle.

Le déroulement technologique dans le domaine de la santé des dernières années a connu un développement important sur le plan mondial et la Colombie n'échappe pas à cette règle. Dans dernières décennies, le secteur la santé, spécialement les institutions hospitalières, ont dirigé leur attention vers l'acquisition et l'incorporation de technologies sanitaires telles que des dispositifs médicaux, des produits biologiques, des produits obtenus par la biotechnologie et les systèmes informatiques, pour ne nommer que ceux-là.

L'affiliation de ces technologies requiert une réalisation d'un processus judicieux d'évaluation, dans lequel on considère les risques et gains que celles-ci peuvent engendrer pour la santé de la population, et qui devra être la principale préoccupation des organismes sanitaires de l'état et des institutions hospitalières qui utilisent ces technologies; Ce processus d'évaluation doit mettre une emphase particulière sur les risques possibles associés aux étapes qui couvrent le cycle de vie des dispositifs médicaux (design, fabrication, autorisation de commercialisation, commercialisation, sélection, d'acquisition, installation, usage, maintenance et élimination), afin de garantir que ces produits ne causent pas dommages aux patients ni aux usagers ou à l'environnement.

Dans le cas où il n'y a pas de contrôle, les risques se traduisent dans des manifestations contraires ou les incidents contraires, qui dans beaucoup de cas, peuvent nuire à la santé ou même causer la mort des patients; c'est pour cela que ces problèmes de sécurité ont un aspect critique dans les activités de vigilance et de contrôle des organismes de l'état, des systèmes de qualité et de surveillance épidémiologique pour les prestataires des services de santé.

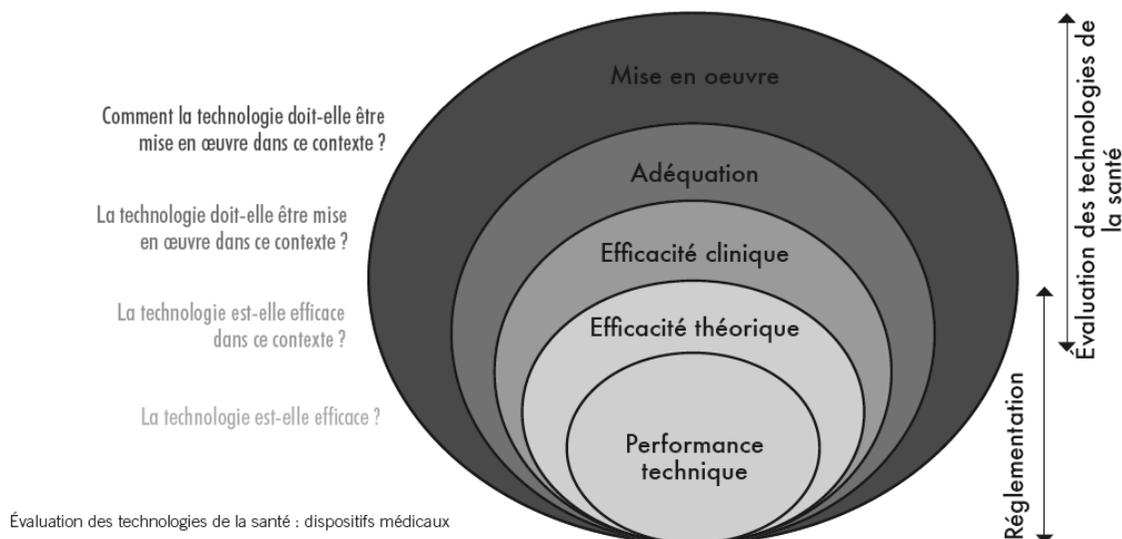
L'OMS a formulé un programme appelé Essential Health Technologies [16] qui inclut l'ensemble de technologies qui fournissent des solutions coût/ efficacité basées sur l'évidence, en prenant en considération des appareils comme le tensiomètre jusqu'à des machines de dialyse, en excluant l'infrastructure physique et les équipement de support de puissance. Cette initiative réunit les besoins pour les soins en santé. La construction d'une politique est cruciale pour les services de santé et affecte les soins des patients, le traitement de la maladie et le taux de mortalité.

Les expressions d'irrationalité dans la gestion de la technologie en santé sont : l'infection, les complications et la mort des patients par l'usage de dispositifs et d'équipements médicaux [17]. La sécurité des services est une partie des programmes de gestion de la qualité en santé; une grande partie de l'inéquité en santé s'explique par l'accès à la haute technologie, étant donné que le marché global des dispositifs est estimé à environ US\$260 billion pour l'année 2006 [17].

Un modèle de liste essentielle de dispositifs médicaux définit, d'après les maladies des populations les plus pauvres, les interventions de santé [16] et établit les dispositifs nécessaires pour de telles maladies et les interventions qui doivent être accomplies. Pour conformer cette liste nous devons considérer que des dispositifs sont nécessaires pour établir des interventions à un prix raisonnable. Si les dispositifs sont efficaces et sûrs.

Dans tous les cas, la complémentarité de la réglementation et de l'évaluation des technologies de la santé est liée à une série de questions auxquelles il faut répondre pour assurer une introduction cohérente, *et rationnelle*, de ces technologies, notamment des dispositifs médicaux, dans les systèmes de santé, Figure 1, [18].

Figure 1. De la performance à l'utilisation dans le domaine des soins de santé : Strates de questions. [18]



3. Conclusions

Les formes d'irrationalité dans l'usage de technologies sont associées en santé à la prise de décisions sans avoir de certitude. Les Agences d'Évaluation de Technologie en Santé évaluent la meilleure évidence possible relative à la sûreté, c'est à dire, l'efficacité, l'impact de l'organisation et l'analyse économique. Le Réseau d'Agences d'Évaluation de Technologies en Santé (INHATA) qui réunit 30 pays, et la Société Internationale d'Évaluation de Technologies (ISTAHC) font la promotion de l'échange d'information et d'expériences.

Il existe une pression de la part de l'Industrie qui souhaite incorporer de manière continue et massive les nouveaux dispositifs et les équipements, alors que les gouvernements cherchent évaluer et identifier les critères de prix à caractère effectif des Innovations versus les technologies existantes qui ont été acceptées dans ses listes de gains et de couverture.

Referencias

- [1] M. Suances, E. Villar. "El Irracionalismo. De los orígenes del pensamiento hasta Schopenhauer Vol I". Madrid: Síntesis, 2004. p. 15, 20.
- [2] M. Weber. "El Problema de la Irracionalidad en las Ciencias Sociales". Madrid: Tecnos, 2001, p. 76.
- [3] L. Aguilar. "En Torno del Concepto de Racionalidad de Max Weber", en L. Olive, "Racionalidad". México D.F.: Siglo XXI, 1988, p. 82.
- [4] F. Broncano. "Las Dimensiones de la Racionalidad", en O., Nudler. "La Racionalidad". Bs. As.: Paidós, 1996, p. 29, 1988.
- [5] J. Habermas. "Teoría de la Acción Comunicativa". Madrid: Taurus, 1987, p.26.
- [6] G. Tognoni. "La Cultura del Medicamento". En Revista GAPURMED. "Medicamentos y Salud". La Plata. Año 2. Marzo 1998, p. 7, 15, 17.

- [7] Scott y Meyer. "La Organización de los sectores sociales. Proposiciones y Primeras Evidencias". En POWELL Y DIMAGGIO. "El Nuevo Institucionalismo en el Análisis Organizacional". FCE. México, 1999, p. 164, 171
- [8] M.J. Arriola y M.L. Setien. "Política Social y servicios Sociales" en ALEMAN Y GARCES (Coords.) Política Social. Madrid, Mc Grau Hill. 1997, p. 330
- [9] T. Negri y M. Hardt. "Imperio". Ed. Desde Abajo. 2001, p. 289.
- [10] J. Meyer y B. Rowan. "Organizaciones institucionalizadas: la estructura formal como mito y ceremonia" en POWELL, W. y DIMAGGIO, "El nuevo institucionalismo en el análisis organizacional". México D.F. Fondo de Cultura Económica, 1999, p. 82.
- [11] P. Di Maggio y Walter W. Powell. "Retorno a la Jaula de Hierro: El Isomorfismo Institucional y la Racionalidad Colectiva en los Campos Organizacionales". En: Paul Di Maggio y Walter W. Powell. El Neoinstitucionalismo en el Estudio de las Organizaciones. México: FCE, pp. 104, 108.
- [12] H. Mintzberg. "La Organización Burocrática". En MINTZBERG Y QUINN. "El Proceso Estratégico", 1993, p. 790.
- [13] Rovira y Sanabria. "La evaluación económica en salud en Iberoamérica". Proyecto Nevalat: participaron investigadores de países latinoamericanos, de España, Portugal e Inglaterra.
- [14] Ministerio de la protección social. "Decreto 4725 de 2005: por el cual se reglamenta el régimen de registros sanitarios, permiso de comercialización y vigilancia sanitaria de los dispositivos médicos para uso humano", falta la fecha, disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=18697>
- [15] A. Pérez. "Proyecto de Creación de Agencia de Evaluación de Tecnología en Uruguay". Banco Mundial, 2000.
- [16] WORLD HEALTH ORGANIZATION. "Strategy 2004 – 2007". Geneve. 1998.
- [17] WORLD HEALTH ORGANIZATION. "Toward a Who Model List of Essential Medical Devices". Geneve, 1998, p. 1, 2.
- [18] Organisation mondiale de la Santé "Évaluation des technologies de la santé: dispositifs médicaux Série technique de l'OMS sur les dispositifs médicaux", 2012. Available in: http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789242501360_fre.pdf