

Consultorios adyacentes a farmacias privadas en México: infraestructura y características del personal médico y su remuneración

Sandra P Díaz-Portillo, M en SP,⁽¹⁾ Álvaro J Idrovo, MD, PhD,^(2,3) Anahí Dreser, MD, MSc,⁽¹⁾ Federico R Bonilla, MD,⁽⁴⁾ Bonifacia Matías-Juan, MD,⁽⁴⁾ Veronika J Wirtz, MSc, PhD.^(1,5)

Díaz-Portillo SP, Idrovo AJ, Dreser A, Bonilla FR, Matías-Juan B, Wirtz VJ. Consultorios adyacentes a farmacias privadas en México: infraestructura y características del personal médico y su remuneración. *Salud Publica Mex* 2015;57:320-328.

Díaz-Portillo SP, Idrovo AJ, Dreser A, Bonilla FR, Matías-Juan B, Wirtz VJ. Clinics adjacent to private pharmacies in Mexico: infrastructure and characteristics of the physicians and their remuneration. *Salud Publica Mex* 2015;57:320-328.

Resumen

Objetivo. Analizar las características del personal médico y su remuneración, así como la infraestructura, apego a la regulación y servicios ofrecidos en consultorios adyacentes a farmacias (CAF), y compararlos con consultorios médicos independientes (CMI). **Material y métodos.** Cuestionario aplicado a 239 médicos generales en 18 entidades federativas, incluido el Distrito Federal, en México en 2012. **Resultados.** Los médicos en CAF tenían menor experiencia profesional (5 vs 12 años), menos estudios de posgrado (61.2% vs 81.8%) y menor salario base promedio mensual (MXN 5 500 vs MXN 8 500) que en CMI. En CAF hubo menor cumplimiento de la regulación en relación con la historia clínica y la receta médica. **Conclusiones.** Los aspectos laborales explorados de médicos en CAF son más precarios que en CMI. Es necesario fortalecer la aplicación de la regulación vigente para consultorios y generar políticas a partir del monitoreo de su funcionamiento, particularmente, pero no de forma exclusiva, en CAF.

Palabras clave: atención primaria; prescripción; médicos; conflicto de intereses; farmacias; México

Abstract

Objective. To analyze and compare the physicians' characteristics, their remuneration, the compliance with regulation and the services offered between clinics adjacent to pharmacies (CAF) and independent medical clinics (CMI). **Materials and methods.** Questionnaire applied to 239 physicians in 18 states including the Federal District, in Mexico in 2012. **Results.** Physicians in CAF had less professional experience (5 versus 12 years), less postgraduate studies (61.2 versus 81.8%) and lower average monthly salaries (USD 418 versus USD 672) than their peers in CMI. In CAF there was less compliance in relation to medical record keeping and prescribing. **Conclusions.** The employment situation of physicians in CAF is more precarious than in CMI. It is necessary to strengthen the enforcement of existing regulations and develop policies according to the monitoring of its performance, particularly, but not exclusively, in CAF.

Key words: primary care; prescribing; physicians; conflict of interest; pharmacies; Mexico

- (1) Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. México.
- (2) Departamento de Salud Pública, Escuela de Medicina, Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga, Santander, Colombia.
- (3) Programa de Fisioterapia, Universidad Manuela Beltrán. Bucaramanga, Santander, Colombia.
- (4) Instituto Nacional de Educación Médica Continua. México, DF, México.
- (5) Department of Global Health, Boston University School of Public Health. USA.

Fecha de recibido: 15 de septiembre de 2014 • **Fecha de aceptado:** 22 de junio de 2015
 Autor de correspondencia: Veronika J Wirtz. Department of Global Health, Boston University School of Public Health.
 Crosstown Center, Room CT-363 801 Massachusetts Avenue, Boston, Massachusetts 02118 USA
 Correo electrónico: vwirtz@bu.edu

En México, el sistema de salud está formado por instituciones públicas y privadas. En el sector público se encuentran las instituciones que atienden tanto a la población derechohabiente de seguridad social como a la no derechohabiente. En el sector privado se concentran instituciones y numerosas unidades de atención constituidas con capital propio que brindan servicios directamente en sus instalaciones a población con capacidad de pago.¹⁻² En los últimos años, el uso de servicios ambulatorios privados ha tenido un crecimiento notable: mientras que en 2000 representaba 31% del total de consultas médicas otorgadas, esta proporción aumentó a 37.6 y 38.9% durante 2006 y 2012, respectivamente.³⁻⁵ Este crecimiento se ha atribuido a la falta de capacidad resolutoria del sector público, a pesar de los esfuerzos por implementar políticas orientadas a incrementar el gasto público y ampliar la cobertura en salud en los últimos años.⁶⁻⁷

En México, las unidades de consulta ambulatoria privada se pueden clasificar en a) consultorios médicos independientes (CMI) y b) consultorios médicos adyacentes a farmacias privadas (CAF). Estos últimos comenzaron a funcionar hace casi dos décadas, principalmente vinculados a cadenas de farmacias orientadas a la venta de medicamentos genéricos.⁸ A partir de la regulación de venta de antibióticos en 2010, otras cadenas de farmacias incursionaron en el modelo de CAF, incorporando, en algunos casos, la venta de medicamentos de marca propia.⁹ Para 2013 en México operaban cerca de 13 000 CAF (la mitad del total de farmacias en el país) que brindan atención a cerca de 10 millones de pacientes/mes y emplean aproximadamente a 32 500 médicos.¹⁰ Asimismo, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) 2012 reportó que los CAF representaron 41.5% de las consultas ambulatorias privadas del país.⁵

Hay poca información sobre la infraestructura y funcionamiento de los CAF en México. Chu y Coronado señalan que, además de la vinculación física entre los consultorios y las farmacias, en algunos CAF existen otros tipos de vinculación,^{8,11} por ejemplo, cuando el personal médico es contratado por la farmacia o por organizaciones intermediarias. Esta vinculación entre farmacias y consultorios ocurre en un contexto en el que prevalece el elevado gasto de bolsillo en atención médica y medicamentos¹ y en el que existe un importante mercado farmacéutico pero, al mismo tiempo, poca certeza en materia de política y regulación farmacéutica.¹²⁻¹³ Dado que la vinculación entre las prácticas de prescripción médica y venta de medicamentos podría derivar en una prescripción injustificada de medicamentos,¹⁴ algunos países han conducido esfuerzos para separar ambas prácticas.^{15,16}

En México, la regulación de los consultorios privados señala que los establecimientos de atención médica deben contar con un responsable acreditado con título

y con el equipo e instrumental señalados en las normas técnicas para obtener la licencia sanitaria.^{17,18} Las farmacias no pueden estar comunicadas con consultorios médicos por medio de ventanas, puertas o pasillos.¹⁹

A pesar de la relevancia del sector privado en México, existe una carencia de estudios que permitan caracterizar la infraestructura y el personal médico que trabaja en los consultorios médicos ambulatorios, particularmente en CAF; además, se desconocen aspectos laborales como tipo de remuneración y capacitación del personal médico. Este último aspecto ha sido señalado como elemento clave que tiene relación directa con la calidad de la atención y seguridad del paciente.²⁰ A partir de este contexto, los objetivos de este estudio fueron describir las características del personal médico que labora en CAF y su remuneración, y el cumplimiento de la normatividad vigente en términos de infraestructura y servicios ofrecidos, así como comparar dichos aspectos con los CMI. Dado que las cadenas de CAF han ampliado su mercado a países como Argentina, Chile y Guatemala, este estudio puede servir de evidencia a otros países de la región. Ante las recomendaciones internacionales de restringir la venta de antibióticos a quienes cuenten con receta, los CAF también podrían verse impulsados en aquellos países que regulen la venta de medicamentos con receta médica.

Material y métodos

Diseño y recolección de los datos. Se realizó una encuesta a médicos generales que reportaron estar trabajando o haber trabajado en un CAF. Además, se incluyó como grupo de comparación a médicos generales que reportaron estar trabajando o haber trabajado en un CMI. En un primer momento se aplicó un cuestionario impreso a quienes acudieron a jornadas de educación médica continua organizadas por el Instituto Nacional de Educación Médica Continua (Inemec), entre mayo y octubre de 2012, en 18 entidades federativas mexicanas, incluido el Distrito Federal. El Inemec es la institución más grande a nivel nacional que proporciona educación continua a médicos generales que laboran en el sector público y privado, con 13 904 profesionales adscritos. Se ofreció, además, la opción de contestar la encuesta vía electrónica en el servicio de Survey Monkey® (<http://es.surveymonkey.com>) a los médicos que no pudieron responder el cuestionario impreso; asimismo, se les pidió que referenciaran a otros médicos que podrían estar interesados en participar. El cuestionario físico y el virtual comprendían exactamente los mismos apartados.

El cuestionario fue diseñado con información proveniente de la normatividad mexicana,¹⁷⁻¹⁸ que hace referencia a la regulación de los consultorios e instrumentos

usados en estudios de recursos humanos previos.^{21,22} Se obtuvo información sobre aspectos sociodemográficos, académicos y laborales de los médicos participantes. Se indagó sobre la infraestructura y recursos de los CAF y CMI, principalmente si contaban con los requisitos mínimos para su funcionamiento de acuerdo con la normatividad, así como respecto a los procesos de referencia y notificación de enfermedades. Previamente se realizó un estudio piloto con 10 médicos (seis para la versión física y cuatro para la versión virtual del cuestionario) para probar la comprensión de las preguntas. Los datos del estudio piloto no fueron incluidos en el análisis dado que se modificó el cuestionario. Se obtuvo el consentimiento informado de todos los médicos que aceptaron participar en este estudio. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Instituto Nacional de Salud Pública de México.

Métodos estadísticos. Con los datos se crearon dos grupos: médicos de CAF o médicos de CMI; este último sirvió como grupo de referencia. Las variables categóricas se describieron mediante porcentajes, y las continuas mediante medianas y valores mínimos y máximos con sus respectivos intervalos de confianza a 95%. Para comparar los grupos descritos se usaron las pruebas de ji cuadrada, exacta de Fisher o U de Mann-Whitney, de acuerdo con la distribución observada. Se utilizó el programa estadístico Stata 12 (Stata Corporation, College Station, TX), al cual se incorporó la mayor cantidad de información posible, lo que implicó que se tuvieran diferentes tamaños de muestra para cada variable.

Resultados

De las 94 invitaciones enviadas por correo electrónico sólo 15 fueron respondidas por este medio (15.96%). En medio físico (papel) se enviaron 1 030 cuestionarios a 18 entidades federativas, incluido el Distrito Federal, de los cuales fueron respondidos 270 (26.21%). Sin embargo, en el análisis sólo se incluyeron 239 debido a que en los otros (n=46) no se tuvieron datos completos. De los participantes, 33.5% (n=80) de la muestra de médicos mencionó estar trabajando en CAF y 66.5% (n=159) en CMI.

Características del personal médico y remuneración

Del total de la muestra, 56.3% eran mujeres, con edades entre 25 y 68 años (cuadro I). Todos los encuestados, excepto cinco (2.0%), manifestaron tener título profesional de medicina. Se encontró que los médicos de CAF tienen menor experiencia profesional (5 vs 12 años) y

Cuadro I
CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y ACADÉMICAS DEL PERSONAL MÉDICO* EN CONSULTORIOS ADJUNTOS A FARMACIAS PRIVADAS (CAF), EN COMPARACIÓN CON LOS CONSULTORIOS MÉDICOS INDEPENDIENTES (CMI), EN 18 ENTIDADES FEDERATIVAS. MÉXICO, 2012

Variable	CAF (N=80)	CMI (N=159)	Valor p.+
Sexo (%)			
Mujeres	45(56.3)	74(46.5)	
Hombres	35(43.7)	85(53.5)	0.15
Edad (rango)	34 (25-63)	39 (25-68)	0.00 [‡]
Titulado licenciatura (%)			
Sí	77 (96.0)	155(97.4)	
No	3(4.0)	2(1.3)	0.27
No responde	0	2(1.3)	
Años después de titulación (rango)	5 (0-40)	12 (0-43)	0.00 [‡]
Examen ENARM (%)			
Sí	48(60.0)	102 (64.0)	
No	32(40.0)	54(34.0)	0.33
No responde	0	3(2.0)	
Titulado especialidad (%)			
Sí	9(11.2)	25(15.7)	
No	65 (81.3)	126(79.3)	0.51
No responde	6(7.5)	8(5.0)	
Estudios de posgrado (%)			
Sí	49(61.2)	130(81.8)	
No	29(36.3)	25(15.7)	0.00
No responde	2(2.5)	4(2.5)	
Se actualiza leyendo revistas médicas (%)			
Sí	37(46.2)	83(52.2)	
No	38(47.5)	66(41.5)	0.66
No responde	5(6.3)	10(6.3)	

* Para fines de la descripción de los resultados se utiliza el término "personal médico", aunque se encontraron cinco individuos que fueron estudiantes de medicina

[‡] Prueba U de Mann-Whitney

ENARM: Examen Nacional para Aspirantes a Residencias Médicas

menos estudios de posgrado que los médicos de CMI (61.2 vs 81.8%) ($p<0.05$). Sólo 50.2% (n=120) del total de los médicos reportó actualizarse a partir de revistas médicas; de la misma forma se encontró que cerca de 62.7% (n=150) de los médicos ha intentado ingresar a una residencia médica sin éxito (cuadro I).

Respecto al proceso de contratación y remuneración (cuadro II), se encontró que 18.7% de los médicos

Cuadro II
PROCESO DE CONTRATACIÓN Y REMUNERACIÓN DEL PERSONAL MÉDICO EN CONSULTORIOS ADJUNTOS A FARMACIAS PRIVADAS (CAF), EN COMPARACIÓN CON PERSONAL DE CONSULTORIOS MÉDICOS INDEPENDIENTES (CMI), EN 18 ENTIDADES FEDERATIVAS. MÉXICO, 2012

Variable		CAF (n=80)	CMI (n=159)	Valor p
Cédula profesional al momento del ingreso (%)	Sí	62(77.5)	125(78.6)	0.13
	No	15(18.7)	19(11.9)	
	No responde	3(3.8)	15(9.5)	
Requisito ingreso consultorio (%)	Médico título y cédula	59(73.8)	107(67.3)	0.15
	Médico pasante	9(11.2)	16(10.0)	
	Médico interno pregrado	0	2(1.3)	
	Otro	6(7.5)	6(3.8)	
	No responde	6(7.5)	28(17.6)	
Tipo de contrato laboral (%)‡	Propietario	13(16.2)	NA	
	Verbal	29(36.2)		
	Escrito	19(23.8)		
	Otro	8(10)		
	No responde	11(13.8)		
Motivos de trabajo (%)	Mejor salario			0.01
	Sí	21(26.2)	45(28.3)	
	No	56(70.0)	88(55.3)	
	No responde	3(3.8)	26(16.4)	
	Flexibilidad en horarios			0.00
	Sí	45(56.3)	65(40.9)	
	No	32(40.0)	68(42.7)	
	No responde	3(3.7)	26(16.4)	
	Creecer laboralmente			0.00
	Sí	18(22.5)	42(26.4)	
	No	59(73.7)	91(57.2)	
	No responde	3(3.8)	26(16.4)	
	Adquirir experiencia			0.00
	Sí	33(41.2)	44(27.6)	
	No	44(55.0)	89(56.0)	
	No responde	3(3.8)	26(16.4)	
	No encontró trabajo			0.00
	Sí	12(15.0)	17(10.7)	
	No	65(81.2)	116(73.0)	
	No responde	3(3.8)	26(16.3)	
Otro			0.00	
Sí	18(22.5)	15(9.4)		
No	59(73.7)	118(74.2)		
No responde	3(3.8)	26(16.4)		
Horas promedio trabajo (rango)		7 (3-20)	7 (2-14)	0.16*
Recibe salario base (%)	Sí	28(35.0)	60(37.7)	0.60
	No	49(61.3)	89(56.0)	
	No responde	3(3.7)	10(6.3)	
	Cuánto (rango)	5500 (600-30000)	8850 (1800-28000)	0.02*
Comisión por paciente revisado (%)	Sí	10(12.5)	21(13.2)	0.22
	No	68(85.0)	125(78.6)	
	No responde	2(2.5)	13(8.2)	
Ingreso promedio mensual (rango)		8500 (2000-50000)	9000 (2000-45000)	0.47
Tiempo trabajado consultorio/días (rango)		1095 (0-14600)	1095 (0-15330)	0.85*
Bonificación por medicamento (%)	Sí	3(3.8)	7(4.4)	0.92
	No	70(87.5)	140(88.1)	
	No responde	7(8.7)	12(7.5)	

* Prueba U de Mann-Whitney

‡ Pregunta que aplica sólo a médicos en CAF, dado que la mayoría de los médicos de CMI son propietarios

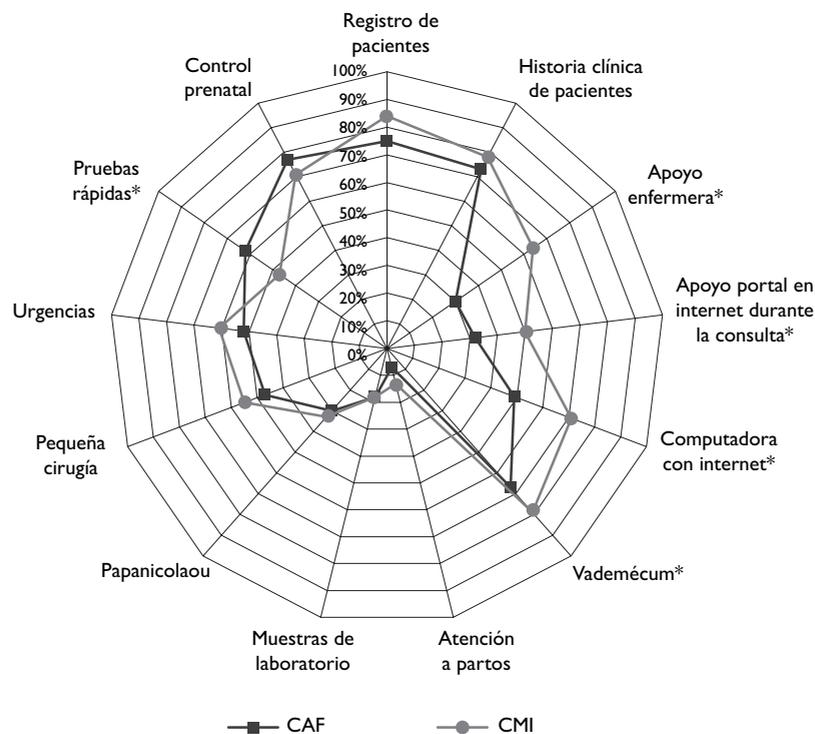
NA: no aplica

de CAF y 11.9% de CMI no tuvieron que mostrar cédula profesional para ingresar a laborar, y que 11.2% en CAF y 10.0% en CMI sólo tuvieron como requisito ser médico pasante (no titulado). A su vez, 36.2% de los médicos de CAF manifestó tener contrato verbal. Entre los motivos para trabajar se encontró que los médicos de CAF manifestaron trabajar allí porque no encontraron trabajo en otra parte, por la flexibilidad en los horarios y para adquirir experiencia; mientras tanto, los de CMI buscan tener un mejor salario y crecer laboralmente ($p<0.05$). Asimismo, los médicos de CAF reportaron recibir salario base menor en comparación con médicos de CMI (aproximadamente USD 418 vs USD 672) ($p<0.05$). Es importante señalar que el ingreso promedio mensual reportado por los médicos está por encima de lo que reportan como salario base para ambos grupos (CAF USD 646 y CMI USD 684). Esto sugiere que, además del salario base, los médicos tienen ingresos adicionales; no obstante, pocos médicos reportaron recibir bonificación por paciente revisado (12.5% CAF, 13.2% CMI) o bonificación por prescripción de algún medicamento (3.8% CAF, 4.4% CMI) (cuadro II).

La infraestructura y los servicios ofrecidos

En la figura 1 se observa que el grupo CAF cuenta con menor apoyo secretarial o de enfermería y no cuenta con computadora con internet y portal en internet durante la consulta al compararse con CMI ($p<0.05$). El 27.3% de médicos de CAF y 22.0% de CMI reportaron no utilizar histórica clínica. En cuanto a aspectos de infraestructura mínimos en el consultorio, uno reportó no tener escritorio ni silla y tres no contaban con mesa de exploración clínica; asimismo, 8.3% no tenía lavamanos, 17.5% iluminación natural, 16.7% ventilación natural y 12.5% espacio adecuado, aspectos que fueron señalados en la regulación (estos últimos datos no fueron incluidos en la figura 1).

Los procedimientos realizados con mayor frecuencia en ambos grupos fueron control prenatal, atención de urgencias y pruebas diagnósticas rápidas de consultorio [aquéllas de infecciones urinarias y tiras para glicemia capilar (diabetes) fueron las más recurrentes]. Se encontró, además, que 6.8% de los médicos de CAF y 13.2% de los de CMI reportaron atención de partos en su consultorio (figura 1).



* $p<0.05$ en pruebas de χ^2 o exacta de Fisher

FIGURA 1. DISPONIBILIDAD DE RECURSOS Y SERVICIOS OFRECIDOS EN CONSULTORIOS ADJUNTOS A FARMACIAS PRIVADAS (CAF) Y CONSULTORIOS MÉDICOS INDEPENDIENTES (CMI), REPORTADA POR EL PERSONAL MÉDICO EN 18 ENTIDADES FEDERATIVAS. MÉXICO, 2012

En la figura 2 se observa que los médicos de CAF cumplen en menor proporción con lo requerido en la receta médica (razón social, nombre del establecimiento y licencia sanitaria). De la misma forma, en CAF ordenan con menor frecuencia exámenes de laboratorio que en CMI (30.0 vs 40.0%) (datos no mostrados en la figura 2). Por último y contrariamente a lo esperado, los médicos de CAF reportaron con menor frecuencia tener algún tipo de convenio con una farmacia en comparación con los médicos de CMI (10.9 vs 20.6%); sin embargo, los médicos de CAF manifestaron recibir información de los medicamentos disponibles en la farmacia cercana a su consultorio con mayor frecuencia ($p<0.05$) (figura 2).

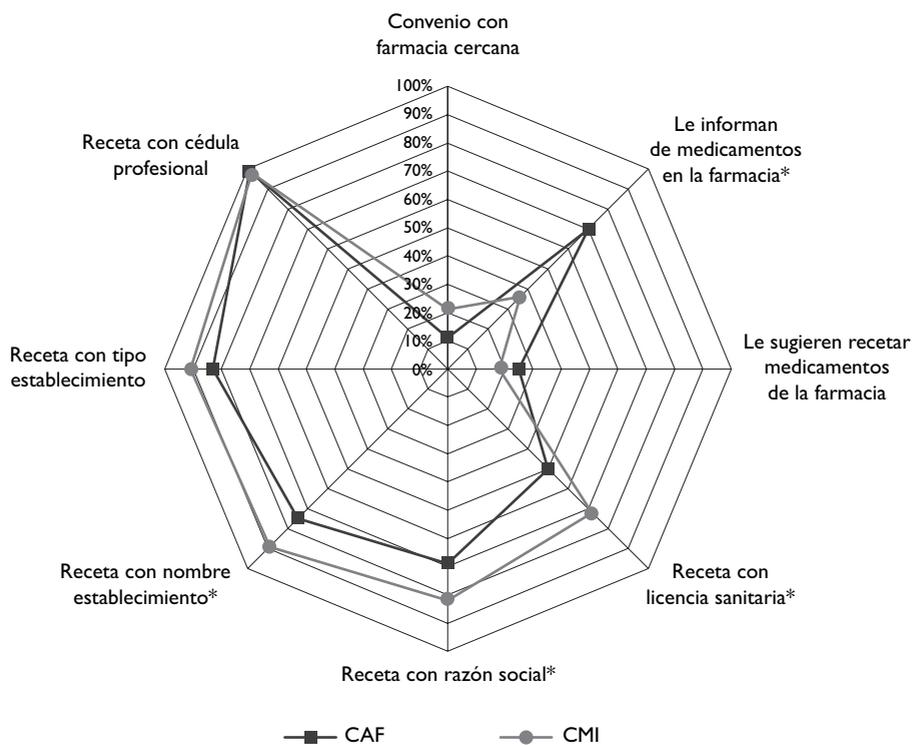
Con respecto a las enfermedades de notificación obligatoria, del total de médicos participantes ($n=239$), 7.1% manifestó no notificar casos de cólera, ni de influenza (8.3%); sin embargo, en relación con las enfermedades que no son de notificación obligatoria, como diarrea e infecciones respiratorias agudas (IRAS) en menores de

cinco años, 2.8 y 32.3%, respectivamente, manifestaron realizar la notificación sobre éstas.

Discusión

Hasta donde se conoce, éste es el primer estudio que indaga aspectos laborales como contratación y remuneración en CAF y CMI en México, así como el cumplimiento de la normatividad vigente en términos de infraestructura y servicios ofrecidos. Entre los principales hallazgos está el hecho de que médicos reportaron ejercer en CAF y CMI sin título profesional, y que ser médico pasante o médico interno de pregrado, en algunos casos, fue requisito suficiente para laborar en un consultorio, situación que contradice la normatividad vigente y que tendría que ser sancionada.¹⁷

Aunque la mayoría de los médicos reportó aspirar a una residencia médica, se encontraron pocos casos con algún grado de especialización. Estos datos son señalados por Nigenda y colaboradores,²³ quienes reportan



* $p<0.05$

FIGURA 2. CUMPLIMIENTO DE LOS COMPONENTES DE LA RECETA MÉDICA Y CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO DE ATENCIÓN EN LOS CONSULTORIOS ADJUNTOS A FARMACIAS PRIVADAS (CAF) Y CONSULTORIOS MÉDICOS INDEPENDIENTES (CMI), REPORTADOS POR EL PERSONAL MÉDICO EN 18 ENTIDADES FEDERATIVAS. MÉXICO, 2012

un gran número de aspirantes a residencias médicas y un reducido número de plazas (apenas 14.6%).

Resalta la ausencia de un contrato escrito y salario base en la contratación del médico (especialmente en CAF), lo que podría ser un incentivo para tener otros empleos. Esto contrasta con las garantías laborales que brinda el sector público en términos de estabilidad laboral y prestaciones.²³ Al respecto, un estudio realizado con médicos de consultorios de una cadena de farmacias enfocada a la venta de genéricos encontró que aquéllos perciben remuneraciones precarias, junto a un discurso altruista de la organización y la aparente autonomía y ahorro derivado de no tener que invertir en un consultorio privado.²⁴ Asimismo, en Brasil se ha estudiado la contratación del personal de salud, en donde se observó un crecimiento de 305% en los contratos laborales no permanentes en el periodo 2002-2006. El personal de salud estudiado señala el empleo no permanente y la disminución del salario como condiciones precarias de trabajo.²⁵

En CAF se observa que el personal contratado es más joven y con menos años transcurridos desde su titulación, además de que obtiene un salario base menor al de sus colegas de CMI, lo que podría indicar condiciones de trabajo más precarias. Además, la dependencia laboral del médico en CAF podría restarle libertad para ejercer la profesión al estar contratado por un jefe, a diferencia de sus colegas en CMI que generalmente son propietarios del consultorio.

Los resultados de este estudio señalan que el ingreso promedio mensual de los médicos es superior al salario base reportado; sin embargo, al indagar acerca de otras fuentes de ingreso, éstas no fueron especificadas, lo que sugiere que se realizan actividades laborales no explícitas para incrementar su salario. Corresponde a futuras investigaciones indagar si el origen de estos ingresos se relaciona con la práctica médica y, especialmente, si se relaciona con la obtención de comisiones por número o tipo de medicamentos prescritos. Además, llama la atención que en CAF los médicos tienen mayor conocimiento de los medicamentos disponibles en la farmacia que en CMI, lo que confirma la vinculación estrecha con los servicios ofrecidos en la farmacia y la dificultad de separar claramente ambos incentivos económicos. En algunos países asiáticos hay estudios que reportan que la influencia económica resulta en prescripciones inadecuadas y gastos ineficientes en medicamentos.^{26,27}

Algunos consultorios no contaban con los requisitos mínimos indispensables de infraestructura y equipamiento básico. En la bibliografía se ha subrayado la importancia de contar con la infraestructura mínima para garantizar una adecuada atención y disminuir el riesgo de eventos adversos en cualquiera de los componentes

de la atención.²⁸ Aunque el uso de la historia clínica es obligatorio,²⁹ destaca el hecho de que algunos médicos reportaron no utilizarla, lo que resulta preocupante al considerar que es un documento médico-legal de vital importancia durante la práctica médica que mejora la calidad de atención.³⁰ Cabe resaltar que la Estrategia para el Fortalecimiento de la Regulación en Farmacias con Consultorio, implementada por la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris) a partir de 2013, ha fomentado el cumplimiento de la regulación al aplicar sanciones y clausuras de los CAF por violación de la legislación sanitaria; sin embargo, sólo se han reportado sanciones a 60 CAF de 947 revisados, de un total aproximado de 13 000 que se encuentran funcionando actualmente en México.¹⁰

Llama la atención que muchos médicos refirieron notificar enfermedades que no requieren ser notificadas y, lo que probablemente es más grave, no reportaron enfermedades de notificación obligatoria,^{31,32} como los casos de influenza y cólera. La notificación de enfermedades es una herramienta que permite, además de controlar y vigilar su comportamiento, prevenir daños en la salud de la población.³³

Limitaciones

Los resultados deben ser interpretados teniendo en cuenta las limitaciones inherentes al diseño de este estudio de carácter exploratorio. El hecho de que se hayan obtenido 239 cuestionarios, de los 1 030 aplicados, en parte se debe a que muchos de los médicos vinculados con el Inemec reportaron trabajar en el sector público, al momento de realizar el estudio. Adicionalmente, dado que la muestra es pequeña y no seleccionada aleatoriamente, no es posible asegurar que los hallazgos ocurran en todo el país o en regiones estudiadas. Se requiere de estudios con muestra representativa a nivel regional o de país para corroborar los resultados.

En el instrumento sólo se consideraron tres vías de ingresos económicos de los médicos; sin embargo podrían existir otras formas de remuneración no incluidas en el cuestionario. Además, debe considerarse que el cuestionario fue autoaplicado, lo que pudo originar un sesgo en el auto reporte del ingreso, situación que ha sido señalada en la bibliografía referente al tema.³⁴ El hecho de que los participantes fueran contactados mientras asistían a cursos de educación médica continua o por internet puede ser condición para un sesgo de selección que favoreciera la inclusión de médicos con más interés en capacitación o con acceso a tecnología. Esto significa que probablemente se esté sobreestimando el interés de los médicos en actividades de educación continua y algunas otras características relacionadas.

Conclusión

Los resultados muestran diferencias importantes entre CAF y CMI, lo que evidencia un sector privado heterogéneo. La incursión de las cadenas de farmacias en la oferta de servicios de salud ambulatorios ha tenido un papel relevante, por un lado, al generar opciones de atención para los pacientes³⁵ y, por el otro, al crear un nicho laboral para médicos que no encuentran oportunidad en el sector público o en la práctica privada independiente.

Es necesario fortalecer la aplicación de la regulación vigente y generar políticas que se ajusten al monitoreo de su funcionamiento, particularmente, pero no de forma exclusiva, en CAF. La falta de cumplimiento del marco normativo podría dar lugar a servicios de salud de dudosa calidad y a condiciones laborales precarias que pueden desencadenar en insatisfacción de los médicos y bajo desempeño. Aunque se encontraron algunos aspectos laborales como contratación y remuneración precarios en ambos grupos, es importante resaltar que estos aspectos son más frecuentes en CAF que en CMI. Existe la necesidad de conocer si estas condiciones se asocian con efectos sobre el bienestar de los médicos y el de los usuarios. Finalmente, los resultados de este estudio indican un vínculo entre la prescripción y venta de medicamentos en CAF, lo que podría representar un conflicto de interés que derive en una prescripción inadecuada. Se sugiere investigar las características de este vínculo y otras posibles formas de remuneración con un abordaje cualitativo.

Agradecimientos

A los funcionarios de Instituto Nacional de Educación Médica Continua (Inemec) por su apoyo en la logística del trabajo de campo.

Declaración de conflicto de intereses. Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

- Dantés OG, Sesma S, Becerril VM, Knaut FM, Arreola H, Frenk J. Sistema de salud de México. *Salud Publica Mex* 2011;53:s220-s32.
- Sistema Nacional de Información en Salud. El componente privado del sistema de salud: producción, establecimientos y personal ocupado. México: Secretaría de Gobernación, 2012.
- Valdespino JL, Olaiz G, López MP, Mendoza L, Palma O, Velásquez O, et al. Encuesta Nacional de Salud 2000. Tomo I. Vivienda, población y utilizaciones de servicios de salud. Cuernavaca, Morelos, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2003.
- Olaiz-Fernández G, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Rojas R, Villalpando-Hernández S, Hernández-Ávila M, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2006.

- Gutiérrez JP, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Villalpando-Hernández S, Franco A, Cuevas-Nasu L, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2013.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) [sitio en internet]. Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: México. México, 2005 [consultado el 12 de enero de 2014]. Disponible en: <http://www.oecd.org/mexico/>.
- Ávila-Burgos L, Serván-Mori E, Wirtz VJ, Sosa-Rubí SG, Salinas-Rodríguez A. Efectos del Seguro Popular sobre el gasto en salud en hogares mexicanos a diez años de su implementación. *Salud Publica Mex* 2013;55:S91-S9.
- Chu M, Garcia-Cuellar R. Farmacias Similares: private and public health care for the base of the pyramid in Mexico. Boston: Harvard Business School, 2011.
- Funsalud. Estudio sobre la práctica de la atención médica en consultorios médicos adyacentes a farmacias privadas. México, DF: Funsalud, 2014.
- Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris). Avanza la estrategia para regular consultorios en farmacias [comunicado de prensa]. México: Secretaría de Salud, 2014 [consultado el 3 de septiembre de 2014]. Disponible en: http://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&firm=I&source=web&cd=I&ved=0CBsQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.cofepris.gob.mx%2FDocuments%2FNotasPrincipales%2F29012014.pdf&ei=V9IHVJbPLdexggSm3YCwCw&usq=AFQjCNEqQr_wqXKFn_9W5QibbbA47mirheA&bvm=bv.74649129,d.b2U
- Coronado E. KCyLY. What Works: Mi Farmacita Nacional, Enabling good health in Mexico's low-income communities through pharmacy franchising. World Resources Institute, 2007.
- González-Pier E, Barraza-Lloréns M. Trabajando por la salud de la población: propuestas de política para el sector farmacéutico. Versión para el diálogo. Mexico City: Funsalud, 2011.
- Wirtz VJ, Dreser A, Heredia-Pi I. Retos y oportunidades para el desarrollo de la política farmacéutica nacional en México. *Salud Publica Mex* 2012;55(3):329-336.
- Park S, Soumerai SB, Adams AS, Finkelstein JA, Jang S, Ross-Degnan D. Antibiotic use following a Korean national policy to prohibit medication dispensing by physicians. *Health Policy Plan* 2005;20(5):302-309.
- Kwon S. Pharmaceutical reform and physician strikes in Korea: separation of drug prescribing and dispensing. *Soc Sci Med* 2003;57(3):529.
- Chou YJ, Yip WC, Lee CH, Huang N, Sun YP, Chang HJ. Impact of separating drug prescribing and dispensing on provider behaviour: Taiwan's experience. *Health Policy Plan* 2003;18(3):316-329.
- Diario Oficial de la Federación (DOF) [sitio en internet]. Reglamento de la Ley General de Salud en materia de prestación de servicios de atención médica. México: Secretaría de Gobernación, 2013 [consultado el 30 de noviembre de 2014]. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5320513&fecha=01/11/2013
- Diario Oficial de la Federación (DOF) [sitio en internet]. Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA3-2010 que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios. México: Secretaría de Gobernación, 2014 [consultado el 18 de octubre de 2013]. Disponible en: http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284306&fecha=08/01/2013
- Secretaría de Salud, Suplemento para establecimientos dedicados a la venta y suministro de medicamentos y otros insumos para la salud. *Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos*. 3a ed. México: Secretaría de Salud, 2005.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) [sitio en internet]. Colaboremos por la salud: Informe sobre la salud en el mundo. Ginebra: OMS, 2006 [consultado el 12 de julio de 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2006/es/>
- Nigenda G, Ruiz JA, Bejarano R. Educational and labor wastage of doctors in Mexico: towards the construction of a common methodology. *Hum Resour Health* 2005;3(1):3.

22. Canepa C, Briones J, Pérez C, Vera A, Juárez A. Desequilibrio esfuerzo-recompensa y estado de malestar mental en trabajadores de servicios de salud de Chile. *Cien Trab* 2008;10(30):157-160.
23. Nigenda G, Aguilar EM, Ruiz JA. Capítulo VI: Médicos. En: Nigenda G, Ruiz JA, eds. Formación, empleo y regulación de los recursos humanos para la salud, bases para su planeación estratégica. México, Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública/Centro de Proyectos para el Desarrollo, 2010:179-221.
24. Leyva-Piña MA, Pichardo-Palacios S. Los médicos de las farmacias similares: ¿degradación de la profesión médica? *Polis* 2012;8(1):143-175.
25. Ramos de Vasconcelos-Coelho MC, Ávila-Assunção A, Belisário SA. Employment and sociodemographic characteristics: a study of increasing precarity in the health districts of Belo Horizonte, Brazil. *Hum Resour Health* 2009;7:56.
26. Teng CL, Nik-Sherina H, Ng CJ, Chia YC, Atiya AS. Antibiotic prescribing for childhood febrile illness by primary care doctors in Malaysia. *J Paediatr Child Health* 2006;42(10):612-617.
27. Shafie AA, Hassali MA, Azhar S, See OG. Separation of prescribing and dispensing in Malaysia: A summary of arguments. *Res Social Adm Pharm* 2012;8(3):258-262.
28. Llanes-Betancourt C. Prevenir efectos adversos para alcanzar la excelencia en la gestión del cuidado [editorial]. *Rev Cubana Enferm* 2010;27(1):1-3.
29. Diario Oficial de la Federación (DOF) [sitio en internet]. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, del expediente clínico. México: Secretaría de Gobernación, 2012 [consultado el 30 de junio de 2013]. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5272787&fecha=15/10/2012
30. López-López FH, Ortega-González M, Rodríguez-Domingo JM. La importancia del expediente clínico como prueba documental. *Rev Evid Invest Clin* 2009;2(2):70-74.
31. Diario Oficial de la Federación (DOF) [sitio en internet]. Norma Oficial Mexicana NOM-017-SSA2-2012, para la vigilancia epidemiológica. México: Secretaría de Gobernación, 2013 [consultado el 27 de octubre de 2013]. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5288225&fecha=19/02/2013
32. Diario Oficial de la Federación (DOF) [sitio en internet]. Norma Oficial Mexicana NOM-016-SSA2-2012, para la vigilancia, prevención, control, manejo y tratamiento del cólera. México: Secretaría de Gobernación, 2012 [consultado el 16 de agosto de 2013]. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5274127&fecha=23/10/2012
33. De la Torre A, Macías AE. Centinelas de la influenza pandémica en México: perspectivas de la vigilancia epidemiológica y el control. *Rev Digital Univ* [serie en internet] 2010; 11(4):1-13 [consultado el 12 de abril 2013]. Disponible en: <http://www.revista.unam.mx/vol.11/num4/art40/art40.pdf>
34. Moore JC, Stinson LL, Welniak EJ. Income measurement error in surveys: a review. *J Off Stat* 2000;16(4):331-361.
35. Pérez-Cuevas R, Doubova SV, Wirtz VJ, Dreser A, Serván-Mori E, Hernández-Ávila M. Effects of the expansion of doctors' offices adjacent to private pharmacies in Mexico: secondary data analysis of a national survey. *BMJ Open* 2014;4(5):e004669.