

Original

Condiciones de trabajo en consultorios adyacentes a farmacias privadas en Ciudad de México: perspectiva del personal médico

Sandra P. Díaz-Portillo^a, Hortensia Reyes-Morales^{b,*}, Silvia Magali Cuadra-Hernández^a, Álvaro J. Idrovo^c, Gustavo Nigenda^d y Anahí Dreser^a

^a Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Morelos, México

^b Hospital Infantil de México Federico Gómez, Ciudad de México, México

^c Departamento de Salud Pública, Escuela de Medicina, Universidad Industrial de Santander, Bucaramanga, Santander, Colombia

^d Universidad Autónoma del Estado de Morelos, Cuernavaca, Morelos, México

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 17 de junio de 2016

Aceptado el 24 de octubre de 2016

On-line el xxx

Palabras clave:

Farmacias

Consultorios médicos

Empleo

Prescripciones de medicamentos

Conflicto de intereses

México

R E S U M E N

Objetivo: Analizar, desde la perspectiva del personal médico, las condiciones laborales de los consultorios adyacentes a farmacias privadas (CAF), así como sus elementos organizativos.

Método: Estudio cualitativo exploratorio consistente en entrevistas semiestructuradas a 32 médicos/as de los CAF en Ciudad de México. Se utilizó la técnica de análisis de contenido dirigido basado en códigos previamente construidos y emergentes, relacionados con la experiencia vivida de los sujetos en su campo laboral.

Resultados: El personal médico percibió que trabajar en los CAF no cumple con sus expectativas profesionales por la baja remuneración, la informalidad en la contratación y la ausencia de garantías laborales establecidas en la ley. Esto les impide disfrutar de los beneficios asociados con el empleo formal y sustenta el deseo de laborar en los CAF solo de manera temporal. Consideraron que los incentivos económicos por número de consultas, procedimientos y ventas alcanzadas por la farmacia les permiten aumentar su ingreso sin influir en su conducta prescriptiva. Señalaron que los sistemas de supervisión y presión en los CAF buscan afectar su autonomía para activar la venta de medicamentos en la farmacia.

Conclusiones: El personal médico que labora en CAF enfrenta una difícil situación laboral. Los elementos gerenciales usados para inducir la prescripción y activar las ventas de las farmacias conforman un entorno laboral que genera retos en materia de regulación, y subraya la necesidad de monitorear la calidad de los servicios brindados en estos consultorios y los posibles riesgos a los usuarios.

© 2017 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Working conditions in outpatient clinics adjacent to private pharmacies in Mexico City: perspective of physicians

A B S T R A C T

Objective: To analyse the working conditions of physicians in outpatient clinics adjacent to pharmacies (CAFs) and their organizational elements from their own perspective.

Methods: We carried out an exploratory qualitative study. Semi-structured interviews were conducted with 32 CAF physicians in Mexico City. A directed content analysis technique was used based on previously built and emerging codes which were related to the experience of the subjects in their work.

Results: Respondents perceive that work in CAFs does not meet professional expectations due to low pay, informality in the recruitment process and the absence of minimum labour guarantees. This prevents them from enjoying the benefits associated with formal employment, and sustains their desire to work in CAF only temporarily. They believe that economic incentives related to number of consultations, procedures and sales attained by the pharmacy allow them to increase their income without influencing their prescriptive behaviour. They express that the monitoring systems and pressure exerted on CAFs seek to affect their autonomy, pushing them to enhance the sales of medicines in the pharmacy.

Conclusions: Physicians working in CAFs face a difficult employment situation. The managerial elements used to induce prescription and enhance pharmacy sales create a work environment that generates challenges for regulation and underlines the need to monitor the services provided at these clinics and the possible risk for users.

© 2017 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Keywords:

Pharmacies

Physicians' offices

Employment

Drug prescriptions

Conflict of interest

Mexico

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: hortensiareyes0406@gmail.com (H. Reyes-Morales).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.10.016>

0213-9111/© 2017 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

En México, los consultorios adyacentes a farmacias (CAF) forman parte de las organizaciones del sector privado que brindan servicios médicos ambulatorios, principalmente para padecimientos agudos¹. Los primeros CAF en México se establecen a finales de la década de 1990², en un momento coyuntural para el sistema de salud en que se implementan reformas dirigidas a incrementar el acceso a los servicios de salud para personas sin seguridad social; en 2003, con las modificaciones a la ley de salud se funda el Sistema de Protección Social en Salud y su brazo financiero, el Seguro Popular de Salud³. No obstante los logros de estas reformas, el surtido incompleto de medicamentos y los largos tiempos de espera en los servicios públicos permanecen como quejas comunes de los usuarios, lo que orienta la demanda de la población hacia el uso de servicios privados, incluida la compra de medicamentos⁴.

Los CAF son una alternativa para la población, independientemente de su condición de aseguramiento en salud¹. El modelo CAF, incorporado en México en 1997 por una cadena de farmacia local bajo la estrategia empresarial de ofrecer medicamentos sin patente (genéricos) y atención médica a la población de ingresos bajos, se expandió rápidamente por México y América Latina⁵. El éxito de esta organización llevó a que otras farmacias incursionaran en este modelo⁴. Con el cumplimiento en 2010 de la regulación para la venta de antibióticos solo con receta médica⁶, los CAF se fortalecieron para facilitar la prescripción de antibióticos y evitar pérdidas de ventas en las farmacias. Entre 2010 y 2014, el número de CAF aumentó en un 340%⁷ hasta llegar a 15.000 farmacias de grandes cadenas o independientes. Así, cerca de la mitad de las farmacias privadas mexicanas cuentan con un CAF, donde laboran alrededor de 32.500 médicos/as⁷.

Estudios previos han documentado los factores que influyen en la práctica médica⁸ y determinan la calidad y la cantidad de servicios brindados a los/las usuarios/as⁹, como los culturales, políticos, sociales, profesionales y organizativos¹⁰. Entre estos últimos se incluyen las condiciones de trabajo, el ambiente laboral, la modalidad de contratación, la antigüedad en el trabajo¹¹, la oportunidad de capacitación¹², la seguridad laboral y los sistemas de remuneración, como el salario y los incentivos^{13,14}. Asimismo, se ha reportado el gran peso de los esquemas administrativos sobre las decisiones médicas y las consecuentes tensiones y desacuerdos entre el personal de salud¹⁵. Respecto a los aspectos laborales en los CAF, son las farmacias las que asumen la organización del consultorio y establecen las condiciones de trabajo⁴, como la existencia de contrato, el horario y el tipo de ingreso, ya sea fijo o variable, en ocasiones vinculado a incentivos por medicamentos prescritos y ventas de la farmacia^{2,16}, lo que sugiere una precarización del empleo del personal médico que ahí labora¹⁷.

Dado que la aparición de los CAF en México es un fenómeno relativamente reciente y representa un cambio en la provisión de servicios de salud con potencial influencia sobre la práctica médica, el objetivo del presente estudio fue analizar las experiencias que sobre sus condiciones de trabajo tiene el personal médico que labora en estos consultorios, así como los elementos organizativos que los caracterizan.

Material y métodos

Se realizó un estudio cualitativo exploratorio entre 2014 y 2016 en Ciudad de México, que destaca la experiencia vivida¹⁸ por el personal médico que labora en CAF sobre su situación laboral y los elementos organizativos de estos consultorios.

Se identificaron seis zonas de nivel socioeconómico medio del centro y el sur de Ciudad de México, donde se realizó la búsqueda de las farmacias mediante geolocalización. Se seleccionaron

establecimientos que, de acuerdo con la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS - Órgano regulador de la Secretaría de Salud para el control y vigilancia de los establecimientos de salud), corresponden a las mayores cadenas de farmacia en el país. También se seleccionaron farmacias independientes localizadas mediante la guía telefónica. Se incluyó personal médico que se encontrara laborando en dichos consultorios y que aceptara participar en el estudio, hasta lograr la saturación de las categorías de interés¹⁹, mediante invitación directa en los CAF y con apoyo del Instituto Nacional de Educación Médica Continua, que brinda capacitación a médicos generales en México.

Se realizaron entrevistas semiestructuradas con una duración entre 25 y 90 minutos, previa cita, mediante una guía que se elaboró tomando como referente la literatura sobre aspectos laborales y organizativos en la práctica médica. Todos/as los/las participantes dieron su consentimiento verbal y aceptaron que las entrevistas, que fueron realizadas por dos personas con experiencia en investigación cualitativa en espacios que garantizaran la confidencialidad, fueran audiograbadas.

Las entrevistas se transcribieron y para garantizar el anonimato de los/las informantes se utilizaron etiquetas. Se codificó mediante la técnica de análisis de contenido dirigido²⁰, que consiste en un proceso estructurado con base en las categorías, subcategorías y códigos construidos previamente (tabla 1), y que se relacionaron con la experiencia vivida en su campo laboral. Se revisaron los testimonios, se seleccionaron en el texto los códigos predeterminados y se identificaron los códigos emergentes relacionados con las categorías o subcategorías establecidas.

El estudio fue aprobado por los Comités de Investigación y Ética del Instituto Nacional de Salud Pública de México.

Resultados

Se entrevistaron 32 personas (20 mujeres y 12 hombres) de 24 a 67 años de edad, con 1 a 40 años de experiencia en la práctica médica y entre 1 mes y 10 años laborando en CAF. Toda la población de estudio, excepto una persona, había egresado de universidades públicas, seis contaban con especialidad y 13 se habían certificado en algún momento (una persona manifestó tener el título médico en trámite). Diez no aceptaron participar argumentando escasez de tiempo o poco interés en el estudio. Los/las informantes reportaron la modalidad de contratación, la temporalidad y la remuneración (véase tabla 1 en el Apéndice online).

Situación laboral del personal médico

De acuerdo con los/las informantes, los CAF tienen tres modalidades de contratación: el comodato, que consiste en brindar un consultorio equipado para trabajar, el contrato escrito y el acuerdo verbal sin contrato. En el comodato, el personal médico se responsabiliza del cuidado del consultorio y de sus aditamentos, con la tarifa y el horario de atención establecidos por la farmacia. No existe un vínculo laboral, dado que la relación con la farmacia gira en torno a la cesión del consultorio. Su ingreso económico varía, pues está sujeto al valor de la consulta que pagan los/las usuarios/as, y no cuenta con prestaciones laborales como servicio médico ni plan de ahorro para la jubilación (tabla 2, cita M5). En la modalidad de acuerdo verbal, sin contrato escrito, los/las entrevistados/as señalaron no contar con prestaciones laborales. El ingreso que perciben puede ser fijo o recibir el valor de las consultas médicas pagadas por los usuarios (tabla 2, M16-M22-M23). En el contrato escrito se cuenta con un salario base, situación que quienes se encuentran en ella consideran más favorable, aunque cuestionan la ausencia de prestaciones laborales (tabla 2, cita M26-M27).

Tabla 1
Categorías utilizadas para la recolección y el análisis de datos verbales

Categorías	Subcategorías	Códigos predeterminados	Códigos emergentes
Características del personal médico	Formación académica	Cursar especialidades Procesos de certificación y capacitación y otros estudios Aspiraciones profesionales	
	Trayectoria laboral	Trabajos previos Otros trabajos Experiencia en la búsqueda de empleo	
Situación laboral del personal médico de CAF	Condiciones de trabajo del personal médico	Modalidades de contratación y posibilidad de contar con prestaciones laborales Esquemas de remuneración Incentivos económicos por procedimientos y prescripción de medicamentos Acceso a capacitación	Presión por personal o dueño de farmacia para prescribir Actividades de supervisión
	Responsabilidades del personal médico	Conocer y prescribir los medicamentos de la farmacia Funciones del personal médico y elementos de la relación y la comunicación con la farmacia	Activar la venta de medicamentos
Significados asociados al desarrollo profesional	Expectativas emocionales frente al empleo en CAF	Motivaciones para buscar el empleo en CAF Deseo de permanencia Seguridad laboral	Sentimientos asociados con el ejercicio médico y la presencia de los CAF Fragilidad para el ejercicio de la profesión
	Expectativas económicas y profesionales	Percepción sobre su ingreso Crecimiento profesional Percepción sobre los servicios que brinda al usuario	

CAF: consultorios adyacentes a farmacias privadas.

Tabla 2
Condiciones de trabajo y responsabilidades del personal médico

Códigos	Cita
Modalidades de contratación y remuneración y posibilidad de contar con prestaciones laborales	M5: «[En] el contrato de comodato no tienes ninguna prestación ante la ley del Seguro Social [...], no tienes fondo de ahorro nada [...]. Te prestan el local ahí y a trabajar [...].» <i>Comodato, hombre, 29 años.</i> M16: «Es verbal, en mi caso fue verbal, pero casi siempre [el contrato] es escrito y obviamente en donde se te dice que no tienes ningún tipo de prestación.» <i>Verbal, hombre, 52 años.</i> M22: «[...] Hay otros lugares como aquí que solo te llevas tu consulta diaria, una ayuda de 750 pesos (36 €) a la quincena [...] y ese sueldo tienes que estar rogando para que te lo den.» <i>Verbal, mujer, 38 años.</i> M23: «Yo renuncié en los dos últimos lugares porque no me gustó cómo me trataron; porque desgraciadamente en este tipo de farmacias [...] nos contratan sin prestaciones, sin seguro, fuera de la ley, todo está fuera de la ley. Sin contrato, sin nada.» <i>Verbal, hombre, 67 años.</i> M26: «[...] El pro es el sueldo fijo, [...] el contra es que el contrato, no es como un trabajador normal, no tienes ninguna prestación, no tienes derechos laborales.» <i>Escrito, hombre, 28 años.</i> M27: «¡Mal! Por supuesto que me parece malo. Porque al final del día... igual que todo trabajador, busca sus prestaciones.» <i>Escrito, mujer, 31 años.</i>
Incentivos económicos por procedimientos y prescripción de medicamentos	M8: «[...] A mí me dan un salario, pero se incrementa si incrementa la consulta.» <i>Escrito, mujer, 67 años.</i> M9: «[...] Asimilado el salario, no tienes ningún tipo de prestación, tienes un sueldo base muy muy chiquito y una comisión por cada servicio que das, ya sea consulta, inyecciones; lo que sea de los servicios que se dé.» <i>Comodato, hombre, 35 años.</i> M13: «Sí, [...] tienen una meta de venta ellos (el personal de farmacia); si esa meta de venta se cumple en cierto tiempo, a mí también me dan un bono especial por eso.» <i>Escrito, hombre, 33 años.</i> M7: «[...] Pues se supone que hay una comisión de acuerdo a una meta alcanzada por venta de medicamentos y eso corresponde a medicamentos propios de la farmacia.» <i>Comodato, hombre, 26 años.</i> M1: «De las consultas, se cobra 30 pesos (1,43 €) por consulta y eso es totalmente para mí, más aparte el sueldo quincenal que me da el dueño de la farmacia y hay una modalidad de comisiones sobre medicamentos [...] En ciertos medicamentos, son alrededor de 2 pesos... 3 pesos (0,10 € a 0,15 €) por cada vez que yo receto un medicamento de esos.» <i>Escrito, hombre, 37 años.</i> M23: «La comisión que me prometieron creo que es un 5 o 10 por ciento del "producto premio".» <i>Verbal, hombre, 67 años.</i>
Acceso a capacitación	M21: «No, definitivamente no, en ningún lado; que yo le diga a la farmacia, por ejemplo, '¿me das permiso para un curso?' No.» <i>Comodato, hombre, 57 años.</i> M30: «[...] Entonces para mí era únicamente publicidad de sus medicamentos con pinta de capacitación del personal, entonces yo cuando fui dije ¡esto está terrible! No me gusta.» <i>Comodato, hombre, 26 años.</i>
Conocer y prescribir los medicamentos de la farmacia	M11: «Se maneja una lista de los medicamentos que hay en existencia en la farmacia y me informan de medicamentos próximos a caducar [...]». <i>Escrito, mujer, 44 años.</i> M21: «[...] Yo tengo que saber qué es lo que ellos (la farmacia) no tienen [...] Ellos me avisan de medicamentos próximos a caducar [...] Eso debo saberlo yo para ayudarles con la prescripción [...]». <i>Comodato, hombre, 57 años.</i> M16: «[...] Deja todo a criterio del médico, pero sí tienes que mandar una cierta cantidad de recetas con medicamentos genéricos o de similares (de la farmacia).» <i>Verbal, hombre, 52 años.</i> M20: «[...] Aquí nada más se puede vender lo que la farmacia ofrece.» <i>Verbal, mujer, 50 años.</i>

Un grupo de entrevistados/as manifestó recibir incentivos económicos otorgados por las farmacias. Estos se conceden por el volumen de consultas (al lograr un tope de consultas diarias) y de procedimientos realizados (tabla 2, cita M8-M9), por el nivel de ventas mensual alcanzado por la farmacia o como porcentaje sobre

los medicamentos prescritos que el usuario compra en la farmacia. El monto pagado puede variar según la presentación del medicamento (tabla 2, cita M13-M7-M1-M23). Quienes reciben incentivos perciben que ello les permite aumentar su ingreso sin afectar su conducta prescriptiva; tienen claro que el interés de quien los

Tabla 3
Citas textuales en torno a los códigos emergentes

Códigos	Cita
Presión por personal/dueño de farmacia para prescribir	M17: «A mí me decían 'es que es consultorio anexo a la farmacia y usted tiene que dar la receta aunque sea por el antibiótico', y yo 'no, no, porque es mi responsabilidad'.» <i>Escrito, mujer, 28 años.</i> M8: «[...] Nadie va a tener buen contacto, porque lo que ellos (el personal de farmacia) quisieran es que tú (el paciente) salgas y les compres 800 pesos (38 €); 'doctora, es que sus pacientes se van' (y no compran), ¿y qué puedo hacer?» <i>Escrito, mujer, 67 años.</i>
Activar la venta de medicamentos	M1: «Porque de hecho a mí me ha tocado, cuando ve (el dueño de la farmacia) que las ventas están bajas, obviamente están sobre uno, o activa uno la venta [...]. Incluso me ha llegado a (decir) 'receta tal suplemento, aunque no lo necesite el paciente [...]'. Yo creo que no debería de ser así; finalmente el que tiene la responsabilidad con el paciente es uno.» <i>Escrito, hombre, 37 años.</i> M16: «[...] Si se están caducando un grupo de medicamentos y me piden apoyo [...] si puedo lo saco, sí no, no. No me siento presionado [...] Si a mí me dicen 'doctor, mande 10 antibióticos, 10 cajas de antibióticos', pues [...] con uno sí, dos, bueno [...] sí lo hago, pero ya más no lo hago.» <i>Verbal, hombre, 52 años.</i>
Actividades de supervisión	M18: «[...] En ocasiones sí, más cuando tienen los próximos a caducar ya sea que les falte 6, 8 meses o hasta un año [...] porque [...] ellos (el personal de farmacia) lo pagan si se les caduca.» <i>Escrito, mujer, 31 años.</i> M8: «[...] No, lo más, que me toquen y me estén tocando (la pared que separa el consultorio de la farmacia porque se está demorando con un paciente). Si me tocan me tiene sin cuidado; o le digo (al paciente) [...] Hay algunos que son muy accesibles: 'La próxima págueme dos consultas y le dice que va a tardarse media hora y ya'.» <i>Escrito, mujer, 67 años.</i> M4: «[E]l responsable de operaciones comerciales [...] es el que supervisa a los médicos [...]. No tienen idea de lo que estamos haciendo nosotros pero lo que él nos exige, es lo que ellos le llaman indicadores [...] pues su negocio es vender el medicamento, entonces, ¿cuántas consultas damos?, ¿cuántas recetas damos?, ¿qué medicamentos recetamos? Eso es lo que él supervisa básicamente.» <i>Escrito, mujer, 41 años.</i>
Sentimientos asociados con la profesión médica y su ejercicio en CAF	M7: «Para la profesión médica y dado el tiempo que te pasas estudiando y todo lo que tienes que pasar es algo realmente muy barato y de alguna manera hasta cierto punto podría denigrar el medio.» <i>Comodato, hombre, 26 años.</i> M1: «No sé, yo creo que han crecido mucho por eso, por explotar mucho la profesión médica y obviamente no prestar prestaciones que deberían de dar.» <i>Escrito, hombre, 37 años.</i> M16: «Que es como lo ven, vender medicamento por vender medicamento, sin ningún apoyo para los médicos. . . Es horrible, porque entonces la medicina está devaluada, la medicina y el médico, los dos nos sentimos devaluados, nos sentimos usados y el paciente también, igual.» <i>Verbal, hombre, 52 años.</i> M28: «Sí, pero la organización no nos valora, el paciente nada más viene a beneficiarse y mucho menos hacer conciencia.» <i>Comodato, mujer, 42 años.</i>
Fragilidad para el ejercicio de la profesión	M14: «Les repito, tanto de la responsabilidad compartida de la organización con el médico, como la respuesta que muchas veces tiene el médico del personal de farmacia, de los supervisores, de las personas responsables que prácticamente te dejan morir solo.» <i>Comodato, mujer, 44 años.</i> M4: «Pues siento que es un negocio, o sea, de cierta forma es entendible, porque ellos se dedican a eso [...]. Yo siento eso, que somos el mal necesario, o sea, nada más somos la cédula [...].» <i>Escrito, mujer, 41 años.</i> M21: «Pues la verdad es que en todas partes esta infrahumano, la mera realidad [...] ahorita trabajo como veinte turnos al día y no me alcanza para vivir.» <i>Escrito, hombre, 37 años.</i> M16: «Mal, porque tendría que tener el apoyo del dueño o de la gente de la cadena o de la organización que estás perteneciendo, no hay un seguro médico, no tienes nada. . .» <i>Verbal, hombre, 52 años.</i>

CAF: consultorios adyacentes a farmacias privadas.

contrata es incrementar las ventas de medicamentos y se muestran de acuerdo con ese beneficio para la farmacia. Los/las informantes que no contaban con incentivos en su esquema de remuneración consideraron injusta la ausencia de mejoría laboral y cuestionaron que toda la ganancia sea para la farmacia.

Los/las entrevistados/as manifestaron la dificultad para acceder a algún tipo de capacitación para actualización. Las opciones que ofrecen los CAF son conferencias sobre padecimientos, a veces online, que perciben con carácter más comercial que académico. En este sentido, buscan por cuenta propia asistir a diplomados y jornadas de educación médica, aunque las exigencias del horario, la gran cantidad de trabajo y el descuento por no laborar o no tener ingreso económico de los días no laborados imposibilitan tal propósito (tabla 2, cita M21-M30).

Una parte de la población de estudio afirmó que además de brindar servicios de consulta médica funge como responsable ante la autoridad sanitaria. Otros/as relataron que una de sus funciones es conocer y prescribir los medicamentos almacenados en la farmacia (tabla 2, cita M11-M21-M16-M20), sobre todo si están próximos a caducar. La persona dueña o encargada de la farmacia constantemente sugiere, y en algunos casos presiona, la activación de las ventas de medicamentos (tabla 3, cita M17-M8-M1-M16-M18).

Los horarios y los tiempos de consulta son supervisados (tabla 3, cita M8) y se revisan el número de población atendida y las recetas prescritas para conceder bonos por productividad e incentivos por prescripción. Existen también indicadores que señalan si el volumen de usuarios/as se refleja en las ventas de la farmacia (tabla 3, cita M4).

Los/las informantes manifestaron brindar una adecuada atención a la población usuaria, aunque algunos/as indicaron que las condiciones físicas de los CAF, como falta de espacio y de ventilación, ausencia de insumos, saturación de la consulta e ingreso condicionado a la productividad de las consultas y a los procedimientos, van en detrimento de la calidad de la atención que brindan.

Significados asociados al desarrollo profesional

Los motivos para laborar en los CAF fueron diversos: dificultad para ingresar a instituciones de salud, necesidad de devengar un ingreso, para obtener experiencia (tabla 4, cita M9-M13-M31), y otros. Sin embargo, fue recurrente el deseo de permanecer en el CAF de manera transitoria (tabla 4, cita M4-M26).

Otra percepción fue que trabajar en un CAF no cumple las expectativas laborales y profesionales, dado que no recompensa los años de estudio; algunos/as calificaron de «incorrecto» e «injusto» devengar un salario bajo (tabla 4, cita M8-M20). Asimismo, se mostraron inconformes ante la falta de crecimiento profesional (tabla 4, cita M17-M5-M21). Consideraron que a la farmacia solo le importa incrementar las ventas y cuestionaron la imposibilidad de contar con un empleo digno (tabla 4, cita M23-M30-M26).

Para la población de estudio, el cobro de una consulta barata es sinónimo de desprestigio y consideran que los CAF «denigran» y «explotan» al profesional al no equipararse al de una consulta en un consultorio privado (tabla 4, cita M7-M1). Señalaron que la organización no los/las valora, y se sienten aislados/as y sin apoyo (tabla 4, cita M16-M28). Percibieron que los CAF y su organización

Tabla 4
Expectativas económicas y profesionales, y expectativas emocionales frente al empleo, en consultorios adyacentes a farmacias privadas

Códigos	Cita
Motivaciones para la búsqueda de empleo en CAF	M9: «[...] Es por la misma necesidad; eres médico recién egresado, es difícil encontrar un trabajo en un hospital privado y de no ganar nada [...] pues le entras mientras consigues otra cosa. Pero yo creo que muchos no están por gusto, están porque no te queda otra y porque poner un consultorio es caro.» <i>Comodato, hombre, 35 años.</i> M13: «[...] Es entrarle a eso. Para nosotros como médicos es algo muy malo, o sea, al final de cuentas la realidad es que sí, nos quitan mucho mercado de trabajo (porque no puede competir un consultorio privado con la tarifa manejada en el CAF).» <i>Escrito, hombre, 33 años.</i> M31: «Realmente me pareció un abuso lo que me estaban ofreciendo, pero necesitaba el dinero para el trámite de titulación [...]» <i>Verbal, hombre, 24 años.</i>
Deseo de permanencia	M4: «Pero nadie lo toma como algo definitivo porque ahí no hay un crecimiento, no hay evolución, no hay nada. Nada más, así como una tablita de salvación mientras busco otra cosa.» <i>Escrito, mujer, 41 años.</i> M26: «No, esto es solo temporal, y yo creo que así es... No he conocido un solo médico que diga sí, quiero quedarme aquí, para ya, así.» <i>Escrito, hombre, 28 años.</i>
Percepción sobre su ingreso	M8: «La verdad es bajo, bajísimo; compara el salario de un médico del Seguro Social, que anda en 35 o 37 mil pesos (1.673 € a 1.767 €). ¿Te parece muy bien 7 mil (335 €) por medio tiempo?» <i>Escrito, mujer, 67 años.</i> M20: «Pésimo, nada más tú dime si crees correcto que una consulta... de verdad, yo digo, ¿por qué no se ponen de acuerdo todos los médicos y ya trabajamos para que suba la consulta?» <i>Verbal, mujer, 50 años.</i>
Crecimiento profesional	M17: «Pues yo creo que me decepcionó un poco, yo pensé que iba a crecer más.» <i>Escrito, mujer, 28 años.</i> M5: «No, para nada, aquí es absorbente, incluso aquí no tienes vacaciones, aquí los días festivos no te los dan, no te dicen si tienes alguna posibilidad de estudiar otra cosa [...]. A veces siento que el interés que ellos tienen es más económico.» <i>Comodato, hombre, 29 años.</i> M21: «No, yo creo que no [...] no se cumple la meta, a nivel de que a uno le permitan estudiar [...] uno no tiene manera de crecimiento.» <i>Comodato, hombre, 57 años.</i>
Seguridad laboral	M23: «Malísimos, no... Deberíamos de firmar un contrato, no estamos protegidos [...]» <i>Verbal, hombre, 67 años.</i> M30: «Incluso así tuve que ir, con el yeso y atendiendo a los pacientes, claro, entonces me parece que no son las condiciones óptimas laborales, es una carga fuerte la que te llevas ahí con muchísimos riesgos personales y profesionales, sin ningún resguardo, sin ninguna seguridad social, entonces es un poco triste la situación laboral ahí.» <i>Comodato, hombre, 26 años.</i> M26: «Pues es triste, es deplorable y es decepcionante que, o sea, yo se los comente, pero ni modo, cómo es posible que tú siendo médico no vas a recibir atención de salud.» <i>Escrito, hombre, 28 años.</i>

CAF: consultorios adyacentes a farmacias privadas.

van en detrimento de la profesión médica (tabla 4, cita M14-M4-M28).

Discusión

Los resultados de este estudio muestran el perfil variable del personal médico de los CAF en edad y temporalidad laboral. Es interesante el predominio de quienes fueron egresados/as de universidades públicas, donde la formación técnica posiblemente se acompañe de expectativas de trabajo en las instituciones públicas, complementado con la práctica privada como modalidad empresarial. Sin embargo, este aspecto ha perdido vigencia^{21,22} y el presente trabajo muestra a los CAF como una opción laboral importante para médicos/as con distintos niveles de formación y tiempo en búsqueda de opciones laborales. Estos/as médicos/as se vinculan al mercado como empleados/as de las farmacéuticas que operan a los CAF, pero las condiciones de trabajo no cumplen sus expectativas en relación al salario y al tipo de beneficios que ofrecen, hallazgos que han sido reportados por otros autores¹⁷. En este sentido, no cuentan con un vínculo laboral formal ni se perciben como pequeños/as empresarios/as, dado que su remuneración es prerrogativa absoluta de la farmacia, pues incluso en la modalidad del comodato la farmacia es la que determina el valor de la consulta y los horarios de atención.

Así, el colectivo médico entrevistado refirió una alta insatisfacción laboral. La ausencia de un contrato escrito y de prestaciones laborales, y la imposibilidad de contar con días de descanso, vacaciones y acceso a capacitación, dan cuenta además de una informalidad laboral en los CAF contraria a lo establecido por la Ley Federal de Trabajo en México²³. Esta situación brinda un claro ejemplo de trabajo precario que priva al personal médico de los beneficios laborales del empleo formal²⁴. A pesar de las expectativas del personal médico de permanecer en el CAF temporalmente, el mercado no parece ofrecer otras opciones dada la dificultad del sector público para incrementar plazas y brindarles opciones de trabajo²⁵. La ruta original del médico/a empleado/a y empresario/a

ha dejado de ser una opción para las generaciones más jóvenes que no logran ingresar a una institución pública de salud y no tienen el capital para fundar su propio consultorio, lo que facilita el ingreso en los CAF.

Los incentivos económicos vinculados a la prescripción de medicamentos ofertados en la farmacia evidencian una práctica médica en los CAF que podría dar lugar a patrones de prescripción irracionales. Aunque los profesionales expresaron que tal situación no afecta su conducta prescriptiva, la experiencia en otros países ha demostrado que los incentivos económicos asociados al volumen de medicamentos dispensados son suficientes para cambiar la conducta prescriptiva, generando costos altos para el sistema de salud y para los/las usuarios/as²⁶⁻²⁹.

Es posible argumentar que el funcionamiento de estos consultorios incrementa el acceso de la población a los servicios médicos y a los medicamentos, así como los espacios laborales para los/las profesionales. No obstante, a diferencia de otros servicios públicos y privados de salud, el origen de los CAF y su impulso estuvieron estrechamente relacionados con la venta de medicamentos^{1,4}. Aunque el acto médico de curar enfermedades ha estado habitualmente vinculado con la industria farmacéutica³⁰, en el caso de los CAF la relación se estrecha con la presión y la supervisión que buscan inducir la prescripción, y que son percibidas por el personal médico como un intento para afectar su autonomía técnica. Así, la supervisión, que en el campo de los servicios públicos es considerada una herramienta administrativa³¹ para monitorear las actividades del personal de salud y garantizar la calidad de la atención a los usuarios³², en los CAF adquiere un sentido de vigilancia dirigido a intereses comerciales, no a la calidad del servicio. Esta tensión entre lo administrativo y lo profesional se ha documentado en instituciones privadas que buscan maximizar la rentabilidad financiera, racionalizando los recursos disponibles para la atención¹⁵.

Así, en la práctica, el personal médico debe afrontar un dilema ético al tener que responder a las necesidades del paciente, pero también a los lineamientos organizativos de los CAF y sus

intereses económicos. En estas formas emergentes de organización de los servicios de salud privados, la inducción para la prescripción y el consumo de medicamentos se convierten en un reto para los sistemas regulatorios. En México, la Ley General de Salud sanciona a médicos/as y organizaciones que acuerden beneficios económicos a cambio de sugerir a las personas usuarias servicios, análisis clínicos y consumo de medicamentos³³. De la misma forma, la COFEPRI emprendió, desde el año 2013, la «Estrategia para el fortalecimiento de la regulación en farmacias con consultorio», y difundió una guía para las buenas prácticas sanitarias en farmacias y consultorios³⁴ que resume la normativa vigente. Desde entonces se ha verificado que los CAF cumplan los requerimientos mínimos de infraestructura, equipamiento e instrumental, aviso de funcionamiento, responsable sanitario, expediente clínico y limitación de la comunicación física entre la farmacia y el consultorio. Sin embargo, los lineamientos regulatorios no consideran los conflictos derivados de la relación laboral entre la farmacia y los/las médicos/as que vinculan las prácticas de prescripción y dispensación, distanciados de las necesidades de la población usuaria. Sin duda, el problema radica más en los elementos organizativos y administrativos que utilizan los CAF con fines de activar la venta de medicamentos que en la cercanía física entre la farmacia y el consultorio. Lo anterior pone en duda la calidad de los servicios brindados en estos consultorios. Aunque el análisis del desempeño médico va más allá de los alcances de este estudio y requiere ser indagado en futuros análisis sobre los CAF, es interesante hacer notar la percepción del personal médico respecto a la buena calidad que otorgan y al mismo tiempo su dificultad para acceder a la capacitación continua.

Es importante reconocer las limitaciones del estudio. Dado el carácter exploratorio, no se contempló la triangulación de métodos o teorías, que podrá incorporarse en nuevos abordajes que profundicen sobre los hallazgos aquí referidos. Asimismo, debe considerarse que, al tratar temas referentes a conflictos ético-morales, es posible que los participantes evitaran aspectos sensibles en sus relatos. Por otro lado, una fortaleza del estudio es el acercamiento al personal médico de manera directa, lo que permitió conocer testimonios desde la perspectiva del mismo actor social, sin intermediación de quien les emplea.

En conclusión, el personal médico que labora en los CAF en México enfrenta una difícil situación laboral evidenciada por la ausencia de garantías laborales y la percepción de insatisfacción e incertidumbre que manifestaron en sus relatos. Los elementos gerenciales usados para inducir la prescripción y activar las ventas de la farmacia se configuran como nuevos componentes del entorno laboral, situación que señala desafíos en materia de regulación y en la necesidad de monitorear los servicios allí brindados. Asimismo, se requerirán estudios que analicen el riesgo de una sobremedicalización en los CAF, así como los posibles efectos en la práctica médica y en la calidad de la atención brindada a la población; estos abordajes deberán incluir comparaciones entre los distintos modelos de CAF y con consultorios privados e instituciones públicas. Finalmente, es importante señalar que una escasa regulación en los CAF puede aumentar las desigualdades en salud para la población, tanto en el ámbito de una deficiente calidad de la atención como en los costos de procedimientos y tratamientos innecesarios, y para el personal médico por las precarias condiciones laborales que este estudio ha documentado. Estos aspectos evidencian la necesidad de mejorar la planeación del colectivo médico buscando el ajuste entre formación y necesidades de salud de la población. El sistema de salud podría contribuir con estrategias encaminadas a fortalecer la atención primaria generando e incentivando espacios laborales que garanticen las condiciones mínimas, con estímulos al desempeño para la retención de los profesionales de la salud y para garantizar una provisión apropiada de los servicios que otorgan.

¿Qué se sabe sobre el tema?

En México, los consultorios adyacentes a farmacias privadas (CAF) son una alternativa de atención privada a bajo precio que goza de aceptación en el público y que emplea a un importante número de médicos/as. Hay escasa información sobre las condiciones de trabajo del personal médico que allí labora y sobre cómo estas pueden influir en su práctica.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

Se expone la percepción del personal médico sobre su situación laboral en los CAF. La ausencia de garantías laborales y de incentivos por productividad, y la presión y supervisión del personal de farmacia, complejizan el entorno laboral del personal médico con posibles implicaciones en su práctica. Se sugiere fortalecer el marco regulatorio que aplica a los CAF. Se requieren estudios que analicen las posibles implicaciones del vínculo observado en los CAF entre ingreso y prescripción médica sobre la calidad de la atención brindada.

Editora responsable del artículo

Mercedes Carrasco Portiño.

Declaración de transparencia

La autora principal (garante responsable del manuscrito) afirma que este manuscrito es un reporte honesto, preciso y transparente del estudio que se remite a GACETA SANITARIA, que no se han omitido aspectos importantes del estudio, y que las discrepancias del estudio según lo previsto (y, si son relevantes, registradas) se han explicado.

Contribuciones de autoría

S.P. Díaz-Portillo contribuyó en el diseño del estudio, la recolección de datos y su análisis, y participó en la elaboración del manuscrito y la versión final. H. Reyes-Morales contribuyó en el diseño del estudio, el análisis de los datos, la elaboración del manuscrito y la discusión de los resultados. A. Dreser contribuyó en el diseño del estudio, la elaboración del primer borrador y la discusión de los resultados. S.M. Cuadra-Hernández contribuyó en el análisis de los datos, la elaboración del primer borrador y la discusión de los resultados. A.J. Idrovo y G. Nigenda contribuyeron en la elaboración del primer borrador y en la discusión de los resultados. Todas las personas firmantes participaron en la revisión crítica del manuscrito y aprobaron la versión final para su publicación.

Financiación

La información obtenida formó parte del proyecto «Análisis de la calidad de la atención en consultorios médicos anexos a farmacias privadas», realizado por el Instituto Nacional de Salud Pública de México (No. Proyecto 1219), en colaboración con la Fundación Mexicana para la Salud y el Banco Interamericano de Desarrollo (Cooperación Técnica No. ATN/JF-11949-ME). La autora principal es becaria del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología de México (No. 376863). Para la conducción de las entrevistas, que forman parte de su tesis doctoral, se obtuvo financiamiento parcial, sin restricciones ni condiciones, por parte del Consejo Farmacéutico Mexicano.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

Los/las autores/as agradecen a la Mtra. Mariana Barraza y a la Dra. Veronika J. Wirtz su apoyo en el diseño del instrumento y en la logística del trabajo de campo; al personal médico que de manera desinteresada aceptó participar en este estudio y a los/las funcionarios/as del Instituto Nacional de Educación Médica Continua (INEMEC) por su apoyo en la difusión del estudio y por establecer el contacto con algunos/as médicos/as interesados/as en participar.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.gaceta.2016.10.016](https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.10.016).

Bibliografía

- Pérez-Cuevas R, Doubova SV, Wirtz VJ, et al. Effects of the expansion of doctors' offices adjacent to private pharmacies in Mexico: secondary data analysis of a national survey. *BMJ*. 2014 (Consultado el 27/8/2016.) Disponible en: <http://bmjopen.bmj.com/content/4/5/e004669.full>
- Funsalud. Estudio sobre la práctica de la atención médica en consultorios médicos adyacentes a farmacias privadas. México: Ciudad de México; 2014. (Consultado el 26/9/2016.) Disponible en: <http://funsalud.org.mx/portal/wp-content/uploads/2015/07/Informe-final-CAF-v300615-e-book.pdf>
- Frenk J, González-Pier E, Gómez-Dantés O, et al. Reforma integral para mejorar el desempeño del sistema de salud en México. *Salud Pública de México*. 2007;49:23–36. (Consultado el 15/9/2016.) Disponible en: http://bvs.insp.mx/rsp/_files/File/2007/supl%201/6-REFORMA.pdf
- Chu M, García-Cuellar R. Farmacias Similares private and public health care for the base of the pyramid in Mexico. *Harvard Business School*. 2007;N2:307–92.
- Hayden C. A generic solution? Pharmaceuticals and the politics of the Similar in Mexico. *Current Anthropology*. 2007;48:475–95.
- Dresler A, Vázquez-Vélez E, Treviño S, et al. Regulation of antibiotic sales in Mexico: an analysis of printed media coverage and stakeholder participation. *BMJ*. 2012. (Consultado el 18/9/2016.) Disponible en: <http://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-1051>
- Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios: Estrategia del Gobierno de la República para la prevención y el combate de servicios médicos ilegales. México: Secretaría de Salud; 2015. (Consultado el 22/8/2016.) Disponible en: <http://www.cofepris.gob.mx/Documents/NotasPrincipales/12022015.pdf>
- Rowe AK, de Savigny D, Lanata CF, et al. How can we achieve and maintain high-quality performance of health workers in low-resource settings? *Lancet*. 2005. (Consultado el 5/9/2016.) Disponible en: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(05\)67028-6/Abstract](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(05)67028-6/Abstract)
- Russell G, Dahrrouge S, Tuna M, et al. Getting it all done. *Organizational factors linked with comprehensive primary care*. *Fam Pract*. 2010;27:535–41.
- Berendes S, Heywood P, Oliver S, et al. Quality of private and public ambulatory health care in low and middle income countries: systematic review of comparative studies. *PLoS Med*. 2011. (Consultado el 28/9/2016.) Disponible en: <http://journals.plos.org/plosmedicine/article/asset?id=10.1371/journal.pmed.1000433.PDF>
- Acevedo G, Farias A, Sánchez J, et al. Condiciones de trabajo del equipo de salud en centros de atención primaria desde la perspectiva del trabajo decente. *Rev Argent Salud Pública*. 2012;3:15–22.
- Lundstrom T, Pugliese G, Bartley J, et al. Organizational and environmental factors that affect worker health and safety and patient outcomes. *Am J Infect Control*. 2002;30:93–106.
- Chaix-Couturier C, Durand-Zaleski I, Jolly D, et al. Effects of financial incentives on medical practice: results from a systematic review of the literature and methodological issues. *Int J Qual Health Care*. 2000;12:133–42.
- Serumaga B, Ross-Degnan D, Avery AJ, et al. Effect of pay for performance on the management and outcomes of hypertension in the United Kingdom: interrupted time series study. *BMJ*. 2011 (Consultado el 28/9/2016.) Disponible en: <http://www.bmj.com/content/bmj/342/bmj.d108.full.pdf>
- Molina-Marín G, Vargas-Jaramillo J, Muñoz-Echeverri IF, et al. Dilemas en las decisiones en la atención en salud. Ética, derechos y deberes constitucionales frente a la rentabilidad financiera en el sistema de salud colombiano. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. 2010;9:103–17.
- Díaz-Portillo SP, Idrovo AJ, Dresler A, et al. Consultorios adyacentes a farmacias privadas en México: infraestructura y características del personal médico y su remuneración. *Salud Pública de México*. 2015;57:320–8.
- Leyva-Piña MA, Pichardo-Palacios S. Los médicos de las farmacias similares: ¿degradación de la profesión médica? *Polis: Investigación y Análisis Sociopolítico y Psicosocial*. 2012. (Consultado el 26/8/2016.) Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=72623424006>
- Morse JM. *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 2003. p. 477.
- Patton MQ. *Qualitative research and evaluation methods*. 3rd ed. Thousand Oaks, California: Sage Publications, Inc; 2002. p. 598.
- Hsieh H-F, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res*. 2005;15:1277–88.
- Nigenda G, Muñoz JA. Projections of specialist physicians in Mexico: a key element in planning human resources for health. *Hum Resour Health*. 2015. (Consultado el 30/9/2016.) Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4578266/pdf/12960.2015.Article.61.pdf>
- 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. (Consultado el 23/8/2016.) Disponible en: <http://download.springer.com/static/pdf/471/art%253A10.1186%252F1478-4491-3-3.pdf?originUrl=http%3A%2F%2Fhuman-resources-health.biomedcentral.com%2Farticle%2F10.1186%2F1478-4491-3-3&token2=exp=1471805132~acl=%2Fstatic%2Fpdf%2F471%2Fart%25253A10.1186%25252F1478-4491-3-3.pdf~hmac=2c69507934f675207d33fd2350a5354e2c1d1521f3ab0762f36babe0e6f5c61>
- Ley Federal del Trabajo. Última Reforma. *Diario Oficial de la Federación* (12 junio 2015). (Consultado el 22/9/2016.) Disponible en: <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/125.120615.pdf>
- Organización Internacional del Trabajo. Políticas y regulaciones para luchar contra el empleo precario. Informe para el simposio regulaciones y políticas para combatir el trabajo precario. Ginebra: OIT; 2011. (Consultado el 26/8/2016.) Disponible en: http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/-ed_dialogue/-actrav/documents/meetingdocument/wcms.164288.pdf
- Nigenda G, Aguilar EM, Ruiz J. Capítulo VI: Médicos. En: Nigenda G, Ruiz JA, editores. *Formación, empleo y regulación de los recursos humanos para la salud, bases para su planeación estratégica*. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública y Centro de Proyectos para el Desarrollo; 2010. p. 179–221.
- Kwon S. Pharmaceutical reform and physician strikes in Korea: separation of drug prescribing and dispensing. *Soc Sci Med*. 2003;57:529–38.
- Park S, Soumerai SB, Adams AS, et al. Antibiotic use following a Korean national policy to prohibit medication dispensing by physicians. *Health Policy Plan*. 2005;20:302–9.
- Trap B, Hansen EH, Hogerzeil HV. Prescription habits of dispensing and non-dispensing doctors in Zimbabwe. *Health Policy Plan*. 2002;17:288–95.
- Shafie AA, Hassali MA, Azhar S, et al. Separation of prescribing and dispensing in Malaysia: a summary of arguments. *Res Social Adm Pharm*. 2012;8:258–62.
- Wazana A. Physicians and the pharmaceutical industry: is a gift ever just a gift? *JAMA*. 2000;283:373–80.
- Guadalajara J, Durante I, Ortigoza J, et al. Evaluación y supervisión en educación médica. Seminario: El ejercicio actual de la medicina. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México; 2006. (Consultado el 24/8/2016.) Disponible en: http://www.facmed.unam.mx/sms/seam2k1/2006/sep_02_ponencia.html
- Bosch-Capblanch X, Liaqat S, Garner P. Managerial supervision to improve primary health care in low- and middle-income countries. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011. (Consultado el 19/9/2016.) Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006413.pub2/full>
- Ley General de Salud. Decreto por el que se reforman los artículos 419, 420, 421 y 422; y se adiciona un artículo 421-bis (18 enero 2007). (Consultado el 15/9/2016.) Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgs/LGS_ref29.18ene07.pdf
- Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios. Guía para las buenas prácticas sanitarias en farmacias y consultorios. México: Secretaría de Salud; 2013. (Consultado el 23/9/2016.) Disponible en: <http://s-salud.hidalgo.gob.mx/wp-content/Documentos/guia.pdf>