



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE MÉXICO

Consultorios médicos adjuntos a farmacias privadas en México: Condiciones laborales del personal médico y sus implicaciones en un posible conflicto de interés

Mtra. Sandra Patricia Díaz Portillo

Generación 2012-2016

Tesis para obtener el título de Doctora en Ciencias de la Salud Pública con área de concentración en Sistemas de Salud

Directora de tesis: Dra. Hortensia Reyes Morales

Asesora de tesis: Dra. Marta Caballero García

Asesor de tesis: Dr. Álvaro Javier Idrovo Velandia

Asesora de tesis: Mtra. Anahí Cristina Dreser Mansilla

Cuernavaca, Mor., febrero 10 de 2017

DEDICATORIA

*Dedicado con profundo amor y agradecimiento a quienes con su apoyo y compañía han brindado
tanto a mi vida:*

*A Dios por tantas bendiciones, por darme salud para seguir, por darme la vida, la perseverancia y
la felicidad de lograr un anhelo más.*

A mi Madre, por el sacrificio de tantos años, por el amor y por ser mi inspiración para seguir.

*A mi Chiquita, mi hermana, mi amiga, mi mejor regalo, por su incondicional apoyo, por motivarme a
seguir y sentir tuyas mis vivencias.*

*A mi familia, aquellos presentes y a quienes se nos adelantaron: Mi Papá y mis adorados tíos
Alcira y José.*

*A mi adorado esposo Otto, mi compañero de vida y mi amigo, por su compañía amorosa, por creer
en mí, por seguir juntos este andar por la vida.*

*A mi Flaca, por su valiosa amistad a prueba del tiempo y la distancia, por reír y llorar conmigo, por
impulsarme en cada momento y darme aliento cuando más lo necesitaba.*

*A mi Andre por ser un ejemplo de la palabra amistad, por no faltar a mi llamado y ser un faro de luz
en los momentos de desasosiego.*

*Al Dr. Pedro Juan Upegui por seguir atento y entusiasta mi proceso, por todo el apoyo brindado,
por el aprendizaje laboral y de vida en mis primeros pasos como profesional.*

*A mis amigos, aquellos que nunca olvido, que han estado conmigo y me han alentado a seguir:
Ely, Mayito, Richard, Dianita Rubio, La Mona Salgado, Adita y por supuesto a Mamá Leo por
quererme como a su hija.*

*A todos aquellos que no menciono en esta dedicatoria pero a quienes agradezco de corazón todo
lo brindado.*

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a todas aquellas personas que a lo largo de este proceso me acompañaron y me brindaron su apoyo. Sin duda alguna, cada uno contribuyó, en sus distintas formas, para la consecución de este propósito que hoy, más de cuatro años después, se materializa:

A la Dra. Ange Castro, por las sinceras y extensas reflexiones, por lo valiosa que fue su compañía en este proceso, pero sin duda por su gran amistad.

A la Dra. Hortensia Reyes, por estar siempre atenta a orientarme, por su valioso apoyo, por enseñarme que este es un proceso de maduración tanto profesional como personal y por aceptar trabajar conmigo.

A la Mtra. Anahí Dreser, por sus oportunas aportaciones, por escucharme y recibirme siempre y por brindarme la oportunidad de colaborar en el proyecto del cual se deriva la presente tesis.

A la Dra. Magali Cuadra, por su gran apoyo y contribución, por atenderme y orientarme cuando más lo necesitaba.

Al Dr. Javier Idrovo y a la Dra. Marta Caballero por brindarme su asesoría.

A la Dra. Lorena Castillo por su invaluable colaboración y sensibilidad para apoyar y resolver las dificultades presentadas en el camino.

Al Dr. Ricardo Pérez Cuevas, Dr. Adolfo Martínez Valle, Dra. Blanca Pelcastre y Dr. Sergio Flores por las aportaciones realizadas al documento final y por aceptar participar como Jurado de mi tesis.

A los docentes del programa académico del doctorado que colaboraron en mi proceso formativo, a aquellos cuyas observaciones enriquecieron y dieron luces sobre mi problema de estudio.

Al Dr. Federico Bonilla y funcionarios del Instituto Nacional de Educación Médica Continua, por su entusiasta colaboración en la difusión del estudio y por establecer el contacto con algunos/as médicos/as interesados/as en participar.

Al Consejo Farmacéutico Mexicano por otorgar financiamiento parcial, sin restricciones ni condiciones, para la conducción de las entrevistas.

A la Mtra. Mariana Barraza y a la Dra. Veronika J. Wirtz por el apoyo en el diseño del instrumento y en la logística del trabajo de campo.

A la Fundación Mexicana para la Salud y al Instituto Nacional de Salud Pública por la oportunidad para participar en el proyecto “Análisis de la calidad de la atención en consultorios médicos anexos a farmacias privadas” del cual se deriva mi tesis.

Al Banco Interamericano de Desarrollo por el financiamiento otorgado al proyecto “Análisis de la calidad de la atención en consultorios médicos anexos a farmacias privadas” (Cooperación Técnica No. ATN/JF-11949-ME).

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología de México por otorgar mi beca de estudios (No. 376863), apoyo indiscutible para la consecución de este logro.

A la Licenciada Deisy Stella Pantoja Delgado por el valioso apoyo brindado en la transcripción de las entrevistas realizadas en la segunda fase de campo.

A cada uno de los entrevistados que amablemente aceptaron participar en el estudio, por brindarme un espacio en su día a día laboral, por confiar y compartir su realidad.

TABLA DE CONTENIDO

Introducción general.....	6
Producto.....	12
Condiciones de trabajo en consultorios adyacentes a farmacias privadas en Ciudad de México: perspectiva del personal médico (Manuscrito aceptado para publicación en Gaceta Sanitaria)	
Conclusiones generales.....	43
Recomendaciones para política.....	46
Recomendaciones para investigación.....	48
Referencias.....	50
Bibliografía consultada.....	54
Anexo. <i>Comentarios evaluadores Revista Gaceta Sanitaria</i>	75

INTRODUCCIÓN GENERAL

En México, los Consultorios Adyacentes a Farmacias (CAF) privadas tienen una importante participación en la prestación de servicios médicos ambulatorios¹. En el 2012 brindaron cerca del 16% de todas las consultas ambulatorias otorgadas en el país; la población usuaria acude independientemente de su condición de aseguramiento en salud, consulta principalmente para padecimientos agudos y eroga el costo de los medicamentos y frecuentemente el de la consulta.^{1,2}

Los CAF, originados en 1997, se caracterizan por formar parte del entramado organizacional de las farmacias de cadena e independientes -que son negocios más pequeños- las cuales gestionan directamente o por medio de organizaciones intermediarias el funcionamiento del consultorio.³⁻⁵ Esto incluye la contratación y remuneración del personal médico que labora en CAF; sobre estos aspectos se conoce que los CAF no siempre manejan contrato escrito y que el sistema de remuneración puede incluir incentivos económicos por prescripción de medicamentos que el usuario compra en la farmacia.^{2, 4-6}

El crecimiento y expansión de los CAF, existen cerca de 15 000 establecimientos y emplean a cerca de 32 500 médicos/as⁷, se ha relacionado con la implementación del acuerdo que prohíbe la venta de antibióticos sin receta médica⁸; las farmacias respondieron instalando consultorios médicos adjuntos, podrían contar con médicos/as para prescribir la receta y evitar pérdidas en las ventas.

La presencia de los CAF ha respondido a una lógica empresarial privada que no sólo modificó el tradicional rol de las farmacias en México⁹; su crecimiento

y expansión se originó en un contexto en que las políticas públicas se orientaban a incrementar el gasto público en salud con miras a ampliar el acceso a los servicios y reducir el gasto de bolsillo¹⁰; representó un efecto no esperado producto de una reglamentación que evitaba la automedicación¹¹; se convirtió en una opción de atención ambulatoria ante la incapacidad de respuesta de las instituciones públicas de salud^{4,12}, y representa actualmente un nicho laboral, poco estudiado, para los/as médicos/as.

En otros contextos, modelos de atención similares a los CAF, instalados dentro de grandes cadenas de almacenes y generalmente al lado de una farmacia, han sido ampliamente estudiados principalmente por la cercana relación entre el consultorio y la farmacia; la preocupación principal es que dicho vínculo podría generar una sobre prescripción o prescripción selectiva de los medicamentos que sólo se encuentran disponibles en la farmacia. ^{13,14}

Esta situación se podría agudizar con el manejo de sistemas de remuneración que incluyen incentivos financieros otorgados a los/as médico/as por servicios prestados y, particularmente, por la prescripción y dispensación de medicamentos. Si bien los incentivos financieros se han usado en organizaciones de salud como herramientas administrativas para motivar al personal¹⁵, reducir el uso de recursos y mejorar la calidad de la atención^{16, 17}; existe evidencia que reporta las implicaciones negativas de uso, particularmente cuando el personal médico obtiene una ganancia económica relacionada a la dispensación de los medicamentos que él mismo prescribe, situación que además de vincular las prácticas de prescripción y dispensación, fomenta una conducta prescriptiva

guiada por intereses económicos que deja de lado las necesidades del paciente; lo anterior ha dado como resultado una prescripción excesiva de medicamentos que afecta la calidad de la atención brindada, incrementa el gasto farmacéutico y genera costos muy altos para la población con ineficientes resultados en salud.¹⁸⁻

22

No obstante el relevante papel de los CAF en el sistema de salud mexicano, existe poca información sobre sus características organizacionales y condiciones laborales. Las particularidades del modelo como su carácter lucrativo, la cercana relación entre el consultorio y la farmacia y la posibilidad que tiene ésta de establecer la remuneración e incentivos del personal médico resalta la necesidad de profundizar sobre estos aspectos que podrían influir en la conducta del médico, particularmente al momento de prescribir, con fines de incrementar las ventas de las farmacias y maximizar sus ganancias. Esta situación podría derivar en un conflicto de interés en el personal médico que labora en CAF, dicho conflicto se origina cuando un interés secundario (i.e. la ganancia económica) se antepone al interés primario de cuidar al paciente y protegerlo contra riesgos a la salud.^{23, 24}

Por lo anteriormente mencionado el objetivo de la presente tesis fue identificar y analizar las condiciones de trabajo y los elementos organizativos de los CAF y de las farmacias que potencialmente determinen un conflicto de interés en el personal médico que labora en estos consultorios.

Para responder al objetivo de la tesis, se realizó un estudio cualitativo exploratorio en la Ciudad de México, entre 2014 y 2016, consistente en entrevistas semi-estructuradas realizadas a personal médico y supervisor que reportó laborar

en los CAF y en las farmacias, respectivamente. El estudio se llevó a cabo en dos etapas:

- Etapa 1: Analizar, desde la perspectiva del personal médico, las condiciones de trabajo y los elementos organizativos de los CAF.
- Etapa 2: Analizar, desde la perspectiva del personal médico y supervisor, los elementos organizativos de los CAF y de las farmacias que potencialmente determinen un conflicto de interés en la práctica médica.

Para los propósitos de este documento, será presentado el producto obtenido en la etapa 1, el cual consiste en un primer artículo aceptado para publicación que reporta las condiciones de trabajo de los CAF y sus elementos organizativos, desde la propia perspectiva del personal médico entrevistado.

Etapa 1

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

El objetivo fue analizar, desde la perspectiva del personal médico, las condiciones de trabajo de los CAF y sus elementos organizativos. Se realizaron, durante el periodo 2014-2016 en la Ciudad de México, entrevistas semi-estructuradas a 32 médicos/as que reportaron laborar en CAF. Para el análisis de los datos verbales se utilizó el análisis de contenido dirigido basado en códigos previamente construidos y emergentes, relacionados con la experiencia vivida de los participantes en su campo laboral. Los principales hallazgos dan cuenta de una

precariedad laboral en CAF caracterizada por la ausencia de garantías laborales establecidas en la ley, lo que sustenta el deseo de los participantes de laborar en los CAF sólo de manera temporal. Expresaron que los incentivos económicos les permiten aumentar el ingreso sin influir en su conducta prescriptiva. Los sistemas de supervisión y presión fueron señalados como elementos que buscan afectar su autonomía técnica con el propósito de activar las ventas de la farmacia.

A continuación se presenta el primer artículo que corresponde al producto de la etapa 1 en la versión aceptada por la revista; asimismo al final del documento se presentan las conclusiones generales que se pueden derivar del presente trabajo y las recomendaciones para política e investigación.

Finalmente, es importante señalar que el proceso académico de la candidata a doctora comprende, además del presente estudio, su participación como autora de diferentes publicaciones en la línea de investigación sobre los Consultorios Adjuntos a Farmacias privadas, así como su participación como co-investigadora en proyectos sobre el tema. Entre otros productos generados se encuentra una revisión en extenso de la literatura sobre el tema de los CAF en México y de modelos análogos documentados en otros países. A continuación se mencionan las contribuciones realizadas a la línea de investigación:

- La revisión de la literatura permitió evidenciar la carencia de información respecto al tema; en este sentido se retomaron los sucesos contextuales en los que se originaron los CAF y los elementos en la literatura que permitieran su caracterización. Esto motivó la revisión de modelos semejantes en otros países, que si bien diferían considerablemente en su

contexto, aportaban información que contribuía a una mejor comprensión del fenómeno y sus posibles implicaciones.

- Los documentos publicados, por su parte, han contribuido a identificar el funcionamiento de los CAF en términos de los servicios brindados, equipamiento y apego a la normatividad, así como en las características del personal médico y su remuneración; evidenciando la heterogeneidad al interior del modelo en aspectos de organización y de relación laboral con el personal médico.
- Con el presente estudio se contribuirá a la generación de evidencia sustentada en una metodología que permite la comprensión de la realidad experimentada por el personal médico que labora en estos consultorios, y que utiliza para su análisis, la fenomenología como corriente interpretativa. Los hallazgos reportados permiten conocer los significados de su experiencia los cuales evidencian la problemática que enfrentan los médicos en términos de precarias condiciones laborales y de sistemas de supervisión y presión sobre su práctica con posibles implicaciones en la calidad de la atención brindada a los usuarios.

PRODUCTO

CONDICIONES DE TRABAJO EN CONSULTORIOS ADYACENTES A FARMACIAS PRIVADAS EN CIUDAD DE MÉXICO: PERSPECTIVA DEL PERSONAL MÉDICO

Aceptado para publicación el 24 de octubre de 2016

Revista Gaceta Sanitaria de la Sociedad Española de Salud Pública y
Administración Sanitaria (SESPAS)

Ref. GACETA-D-16-00226R3

Resumen

Objetivo: Analizar, desde la perspectiva del personal médico, las condiciones laborales de los consultorios adyacentes a farmacias privadas (CAF) así como sus elementos organizativos. **Métodos:** Estudio cualitativo exploratorio consistente en entrevistas semi-estructuradas a 32 médicos/as de los CAF en la 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 sólo 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.

Palabras clave: **Farmacias; Consultorios médicos; Empleo; Prescripciones de medicamentos; Conflicto de intereses; México.**

Working conditions in ambulatory offices adjacent to private pharmacies in Mexico City: perspective of physicians

Abstract

Objective: To analyze the working conditions of physicians in ambulatory offices adjacent to pharmacies (CAF) and organizational elements from their own perspective.

Methods: We carried out an exploratory qualitative study. Semi-structured interviews were conducted with 32 physicians in CAF 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 perceived that work on the CAF does not meet professional expectations due to low pay, informality in the recruitment and the absence of minimum labor guarantees. This prevents them from enjoying the benefits associated with employment formal, and sustains their desire to work in CAF only temporarily. They considered that economic incentives related to number of consultations, procedures and sales attained by the pharmacy, allows them to increase their income without influencing their prescriptive behavior. They expressed that monitoring systems and pressure exerted in the CAF seek to affect their autonomy pushing them to enhance the sales of medicines in the pharmacy.

Conclusions: Physicians working in CAF face a difficult employment situation. The management elements used to induce prescription and enhance pharmacy sales configures 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.

Key words: **Pharmacies; Physicians' offices; Employment; Drug prescriptions; Conflict of interest; Mexico.**

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 agudos.¹

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 servicios de salud a 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 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 medicamentos.⁴

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 provocó que otras farmacias incursionaran en este modelo⁴. Con el cumplimiento en 2010 de la regulación para la venta de antibióticos sólo 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%⁸ hasta llegar a 15,000 farmacias de grandes

cadena o independientes. Así, cerca de la mitad de las farmacias privadas mexicanas cuentan con un consultorio adyacente, donde laboran alrededor de 32,500 médicos/as.⁷

Estudios previos han documentado los factores que influyen en la práctica médica⁸ y determinan la calidad y cantidad de servicios brindados a los usuarios⁹, como los culturales, políticos, sociales, profesionales y organizacionales¹⁰. Entre estos últimos se incluyen condiciones de trabajo, ambiente laboral, modalidad de contratación, antigüedad en el trabajo¹¹, oportunidad de capacitación¹², seguridad laboral y sistemas de remuneración como el salario e 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 salud.¹⁵

Respecto a los aspectos laborales en CAF, son las farmacias quienes asumen la organización del consultorio y establecen las condiciones de trabajo⁴, como la existencia de contrato, horario y tipo de ingreso ya sea fijo o variable y 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 labora.¹⁷

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 les caracteriza.

Material y métodos

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

Se identificaron seis zonas de nivel socioeconómico medio del centro y sur de la CDMX, donde se realizó la búsqueda de las farmacias mediante geolocalización. Se seleccionaron establecimientos que de acuerdo a 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 a 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 consultorios y con apoyo del Instituto Nacional de Educación Médica Continua, que brinda capacitación a médicos generales en México.

Se realizaron entrevistas semi-estructuradas con duración entre 25 y 90 minutos, previa cita, mediante una guía que se elaboró tomando como referente la literatura sobre aspectos laborales y organizacionales en la práctica médica. Todos los/las participantes dieron su consentimiento verbal y aceptaron que las entrevistas fueran audio-grabadas, en espacios que garantizaran la

confidencialidad. Los entrevistadores fueron dos personas con experiencia en investigación cualitativa.

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 de los sujetos 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) entre 24 y 67 años de edad, con 1 hasta 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, egresó de universidades públicas, 6 contaban con especialidad y 13 se habían certificado en algún momento (uno manifestó tener el título médico en trámite). No aceptaron participar 10 personas argumentando escasez de tiempo o poco interés en el estudio. Los/las informantes reportaron la modalidad de

contratación, temporalidad y remuneración, disponible en la tabla I del 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 horario de atención establecido 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 paga el usuario; no cuenta con prestaciones laborales como servicio médico ni plan de ahorro para jubilación (tabla 2, cita M5).

En la modalidad de acuerdo verbal, sin contrato escrito, los entrevistados señalaron no contar con prestaciones laborales. El ingreso que perciben puede ser fijo y/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 estuvieron en esta condición consideraron más favorable, aunque cuestionaron la ausencia de prestaciones laborales (tabla 2, cita M26-M27).

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 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 percibieron que ello les permite aumentar su ingreso sin afectar su conducta prescriptiva; tienen claro que el interés de quien los 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; 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 fungen como responsables 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. El dueño o encargado de la farmacia

constantemente sugiere y en algunos casos presiona la activación de las ventas de medicamentos (tabla 4, cita M17-M8-M1-M16-M18).

Los horarios y tiempos de consulta son supervisados (tabla 4, cita M8) y se revisa 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 4, cita M4).

Los/as 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, ventilación, ausencia de insumos, saturación de la consulta e ingreso condicionado a la productividad de consultas y a los procedimientos van en detrimento de la calidad de atención que brindan.

Significados asociados al desarrollo profesional

Los motivos para laborar en los CAF fueron diversos, entre ellos: la dificultad para ingresar a instituciones de salud, la necesidad de devengar un ingreso y para obtener experiencia (tabla 3, cita M9-M13-M31). Sin embargo, fue recurrente el deseo de permanecer en el CAF de manera transitoria (tabla 3, cita M4-M26).

Otra percepción fue que trabajar en CAF no cumple las expectativas laborales y profesionales dado que no recompensa los años de estudio; algunos calificaron de “incorrecto” e “injusto” devengar un salario bajo (tabla 3, cita M8-

M20). Asimismo, se mostraron inconformes ante la falta de crecimiento profesional (tabla 3, cita M17-M5-M21). Consideraron que a la farmacia sólo le importa incrementar las ventas y cuestionaron la imposibilidad de contar con un empleo digno (tabla 3, 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 valora, se sienten aislados y sin apoyo (tabla 4, cita M16-M28). Percibieron que los CAF y su organización 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 de universidades públicas, donde la formación técnica posiblemente se acompañe de expectativas de trabajo en las instituciones públicas, complementado con la práctica privada como empresario. 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

nivel de salarios 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 empresarios dado que su remuneración es prerrogativa absoluta de la farmacia, incluso en la modalidad del comodato la farmacia es quien 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, prestaciones laborales e imposibilidad de contar con días de descanso, vacaciones y acceso a capacitación da cuenta además de una informalidad laboral en CAF contrario 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 brindar opciones de trabajo al personal médico²⁵. 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, facilitando el ingreso a los CAF.

Los incentivos económicos vinculados a la prescripción de medicamentos ofertados en la farmacia evidencian una práctica médica en 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 usuarios.²⁶⁻²⁹

Es posible argumentar que el funcionamiento de estos consultorios incrementa el acceso de la población a servicios médicos y 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 estuvo estrechamente relacionado 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 supervisión que busca inducir la prescripción y que es percibida 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 atención.¹⁵

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 organizacionales 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 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 los usuarios servicios, análisis clínicos y consumo de medicamentos³³. De la misma forma, la COFEPRIS emprendió, desde el 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 consultorios”³⁴, la cual resume la normatividad 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 limitar la comunicación física entre farmacia y consultorio. Sin embargo, los lineamientos regulatorios no consideran los conflictos derivados de la relación laboral entre farmacia y 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 organizacionales y administrativos que utilizan los CAF con fines de activar la venta de medicamentos que en la cercanía física entre la farmacia con 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 capacitación continua.

Es importante reconocer las limitaciones del estudio: dado el carácter exploratorio, no se contempló la triangulación de métodos o teorías, que podrán

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 fue el acercamiento al personal médico de manera directa, 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 en la ausencia de garantías laborales y en 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 sobre-medicalización en CAF, así como los posibles efectos en la práctica médica y en la calidad de la atención brindada a los usuarios; 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 usuaria, tanto en el ámbito de una deficiente calidad de 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.

«Puede consultarse material adicional a este artículo en su versión electrónica, disponible en DOI: ...».

Bibliografía

1. 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* [edición electrónica]. 2014 [consultado el 27/8/2016]. Disponible en: <http://bmjopen.bmj.com/content/4/5/e004669.full>
2. 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>
3. 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
4. Chu M, García-Cuellar R. Farmacias Similares private and public health care for the base of the pyramid in Mexico. Harvard Business School. 2007;N2:307-092.
5. Hayden C. A Generic Solution? Pharmaceuticals and the Politics of the Similar in Mexico. *Current Anthropology*. 2007;48:475-95.
6. Dreser A, Vázquez-Vélez E, Treviño S, et al. Regulation of antibiotic sales in Mexico: an analysis of printed media coverage and stakeholder participation. *BMJ* [edición electrónica]. 2012 [consultado el 18/9/2016]. Disponible en:

<http://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-1051>

7. Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios: Estrategia del Gobierno de la República para la prevención y el combate de servicios médicos ilegales [Internet]. México: Secretaría de Salud, 2015. [consultado 22/8/2016] Disponible en: <http://www.cofepris.gob.mx/Documents/NotasPrincipales/12022015.pdf>
8. 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 [edición electrónica]. 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)
9. Russell G, Dahrouge S, Tuna M, et al. Getting it all done. Organizational factors linked with comprehensive primary care. Fam Pract. 2010;27:535-41.
10. 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 [edición electrónica]. 2011 [consultado el 28/9/2016] <http://journals.plos.org/plosmedicine/article/asset?id=10.1371/journal.pmed.1000433.PDF>
11. 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.

12. 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.
13. 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. *International Journal for Quality in Health Care*. 2000;12:133-42.
14. 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 [edición electrónica]*. 2011 [consultado el 28/9/2016]. Disponible en: <http://www.bmj.com/content/bmj/342/bmj.d108.full.pdf>
15. 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.
16. Díaz-Portillo SP, Idrovo ÁJ, Dreser 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.
17. 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>

18. Morse JM. Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. 1a ed. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 2003. 477p.
19. Patton MQ. Qualitative research and evaluation methods. 3ª ed. Thousand Oaks, California: Sage Publications, Inc; 2002. 598p.
20. Hsieh H-F, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. Qual Health Res. 2005;15:1277-88.
21. Nigenda G, Muños JA. Projections of specialist physicians in Mexico: a key element in planning human resources for health. Hum Resour Health [edición electrónica]. 2015 [consultado el 30/9/2016]. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4578266/pdf/12960_2015_Article_61.pdf
22. Nigenda G, Ruiz JA, Bejarano R. Educational and labor wastage of doctors in Mexico: towards the construction of a common methodology. Hum Resour Health [edición electrónica]. 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=2c69507934f6f75207d33fd2350a5354e2c1d1521f3ab0762f36babe0e6f5c61

23. Ley Federal del Trabajo. Última Reforma Diario Oficial de la Federación (12 junio 2015). [consultado el 22/09/2016]. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/125_120615.pdf
24. 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
25. 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. 1a ed. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública y Centro de Proyectos para el Desarrollo; 2010. p.179-221.
26. Kwon S. Pharmaceutical reform and physician strikes in Korea: separation of drug prescribing and dispensing. Soc Sci Med. 2003;57:529-38.
27. 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;20:302-09.
28. Trap B, Hansen EH, Hogerzeil HV. Prescription habits of dispensing and non-dispensing doctors in Zimbabwe. Health Policy Plan. 2002;17:288-95.
29. 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.

30. Wazana A. Physicians and the pharmaceutical industry: is a gift ever just a gift? JAMA. 2000;283:373-80.
31. 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
32. Bosch-Capblanch X, Liaqat S, Garner P. Managerial supervision to improve primary health care in low-and middle-income countries. Cochrane Database Syst Rev [edición electrónica]. 2011 [consultado el 19/9/2016]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006413.pub2/full>
33. 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 15/09/2016]. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgs/LGS_ref29_18ene07.pdf
34. Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios: Guía para las buenas prácticas sanitarias en farmacias y consultorios [Internet]. México: Secretaría de Salud, 2013 . [consultado el 23/9/2016] Disponible en: <http://s-salud.hidalgo.gob.mx/wp-content/Documentos/guia.pdf>

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 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	

Tabla 2. “condiciones de trabajo del personal médico” y “responsabilidades del personal médico”

Códigos	Cita
Modalidades de contratación y remuneración y posibilidad de contar con prestaciones laborales	<p>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 [...]”. Comodato, hombre, 29 años.</p> <p>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”. Verbal, hombre, 52 años.</p> <p>M22: “[...] hay otros lugares como aquí que sólo te llevas tu consulta diario, una ayuda de 750 pesos (36 €) a la quincena [...] y ese sueldo tienes que estar rogando para que te lo den”. Verbal, mujer, 38 años.</p> <p>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”. Verbal, hombre, 67 años.</p> <p>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”. Escrito, hombre, 28 años.</p> <p>M27: “¡Mal! Por supuesto que me parece malo. Porque al final del día... igual que todo trabajador, busca sus prestaciones”. Escrito, mujer, 31 años.</p>
Incentivos económicos por procedimiento s y prescripción de medicamentos	<p>M8: “[...] A mí me dan un salario, pero se incrementa si incrementa la consulta”. Escrito, mujer, 67 años.</p> <p>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”. Comodato, hombre, 35 años.</p> <p>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”. Escrito, hombre, 33 años.</p> <p>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”. Comodato, hombre, 26 años.</p> <p>M1: “De las consultas, se cobra treinta 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 dos pesos... tres pesos (0.10 € a .015 €) por cada vez que yo receto un medicamento de esos”. Escrito, hombre, 37 años.</p> <p>M23: “La comisión que me prometieron creo que es un 5 o 10 por ciento del “producto premio”. Verbal, hombre, 67 años.</p>
Acceso a capacitación	<p>M21: “No, definitivamente no, en ningún lado; que yo le diga a la farmacia por ejemplo ‘¿oye mira me das permiso para un curso?’ No”. Comodato, hombre, 57 años.</p> <p>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”. Comodato, hombre, 26 años.</p>
Conocer y prescribir los medicamentos de la farmacia	<p>M11: “A pues, se maneja una lista de los medicamentos que hay en existencia en la farmacia y me informan de medicamentos próximos a caducar [...]”. Escrito, mujer, 44 años.</p> <p>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 [...]”. Comodato, hombre, 57 años.</p> <p>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)”. Verbal, hombre, 52 años.</p> <p>M20: “[...] Aquí nada más se puede vender lo que la farmacia ofrece”. Verbal, mujer, 50 años.</p>

Tabla 3. “expectativas económicas y profesionales” y “expectativas emocionales frente al empleo en consultorios adyacentes a farmacias privadas (CAF)”

Códigos	Cita
Motivaciones para la búsqueda de empleo en CAF	<p>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 de otra y porque poner un consultorio es caro”. Comodato, hombre, 35 años.</p> <p>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 CAF)”. Escrito, hombre, 33 años.</p> <p>M31: “Realmente me pareció un abuso lo que me estaban ofreciendo, pero necesitaba el dinero para el trámite de titulación [...]”. Verbal, hombre, 24 años.</p>
Deseo de permanencia	<p>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”. Escrito, mujer, 41 años.</p> <p>M26: “No, esto es sólo temporal, y yo creo que así es... No he conocido un solo médico que diga sí, quiero quedarme aquí, para ya, así”. Escrito, hombre, 28 años.</p>
Percepción sobre su ingreso	<p>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 siete mil (335 €) por medio tiempo? no checa”. Escrito, mujer, 67 años.</p> <p>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?’ ”. Verbal, mujer, 50 años.</p>
Crecimiento profesional	<p>M17: “Pues yo creo que me decepcionó un poco, yo pensé que iba a crecer más”. Escrito, mujer, 28 años.</p> <p>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”. Comodato, hombre, 29 años.</p> <p>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”. Comodato, hombre, 57 años.</p>
Seguridad laboral	<p>M23: “Malísimos, no... deberíamos de firmar un contrato, no estamos protegidos [...]”. Verbal, hombre, 67 años.</p> <p>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”. Comodato, hombre, 26 años.</p> <p>M26: “Pues es triste, es deplorable y es decepcionante que o sea yo se los comente pero ni modo, como es posible que tú siendo médico no vas a recibir atención de salud”. Escrito, hombre, 28 años.</p>

Tabla 4. Citas textuales en torno a las códigos emergentes

Códigos	Cita
Presión por personal/dueño de farmacia para prescribir Activar la venta de medicamentos	<p>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’ ”. Escrito, mujer, 28 años.</p> <p>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?...” Escrito, mujer, 67 años.</p> <p>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”. Escrito, hombre, 37 años.</p> <p>M16: “[...] Si se están caducando un grupo de medicamentos y me piden apoyo, [...] si puedo lo saco, si 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”. Verbal, hombre, 52 años.</p> <p>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”. Escrito, mujer, 31 años.</p>
Actividades de supervisión	<p>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 págume dos consultas y le dice que va a tardarse media hora y ya...’ ”. Escrito, mujer, 67 años.</p> <p>M4: “[E] 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” Escrito, mujer, 41 años.</p>
Sentimientos asociados con la profesión médica y su ejercicio en CAF	<p>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”. Comodato, hombre, 26 años.</p> <p>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”. Escrito, hombre, 37 años.</p> <p>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”. Verbal, hombre, 52 años.</p> <p>M28: “Sí, pero la organización no nos valora, el paciente nada más viene a beneficiarse y mucho menos hacer conciencia”. Comodato, mujer, 42 años.</p>
Fragilidad para el ejercicio de la profesión	<p>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 <i>te dejan morir sólo</i>”. Comodato, mujer, 44 años.</p> <p>M4: “Pues siento que es un negocio o sea de cierta forma es entendible porque ellos se dedican a eso [...]. Yo siento eso, <i>que somos el mal necesario</i> o sea nada más somos la cédula [...]”. Escrito, mujer, 41 años.</p> <p>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” Escrito, hombre, 37 años.</p> <p>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...” Verbal, hombre, 52 años.</p>

¿Qué se sabe sobre el tema? Los Consultorios Adyacentes a Farmacias privadas (CAF) en México 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 laboran, y cómo éstas 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 CAF. La ausencia de garantías laborales, 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. **Implicaciones para la práctica, la investigación, las políticas o la salud pública de los resultados obtenidos:** Se sugiere fortalecer el marco regulatorio que aplica a los CAF. Se requieren estudios que analicen las posibles implicaciones del vínculo observado en CAF entre ingreso y prescripción médica, sobre la calidad de la atención brindada en estos consultorios.

Archivos suplementarios material *online*

Tabla I. Datos sociodemográficos, contratación y remuneración del personal médico entrevistado en consultorios adyacentes a farmacias privadas (CAF) en Ciudad de México.

Clave de entrevista	Edad (años)	Años de práctica medica	Tiempo laborando en CAF	Universidad	Tipo, temporalidad de contrato y prestaciones	Sistema de remuneración
Mujeres:						
1. M2	58	35	4 años	Pública	No contrato, no prestaciones	Pago consulta
2. M3	38	10	2 meses	Pública	Escrito, indefinido, no prestaciones	Salario base, incentivo por consultas y bono por puntualidad
3. M4	41	7	6 meses	Pública	Escrito, indefinido, no prestaciones	Salario base
4. M6	38	13	2 años	Pública	Escrito/comodato, trimestral, no prestaciones	Pago consulta
5. M8	67	41	6 meses	Pública	Escrito, indefinido con prestaciones	Salario base, incentivo por consultas
6. M10	29	3	1 año	Pública	Escrito/comodato, indefinido, no prestaciones	Pago consulta
7. M11	44	3	3 años	Pública	Escrito, semestral, no prestaciones	Salario base
8. M12	29	4	3 años	Pública	Escrito/comodato, anual, no prestaciones	Salario base
9. M14	44	20	4 meses	Pública	Escrito/comodato, indefinido, no prestaciones	Pago consulta
10. M15	37	10	9 meses	Pública	Escrito/comodato, anual, no prestaciones	Pago consulta
11. M17	28	3	N/D ^a	Pública	Escrito, indefinido con prestaciones	Salario base
12. M18	31	3	1 mes	Pública	Escrito, indefinido con prestaciones	Salario base, incentivo por consultas
13. M20	50	10	2 años	Pública	Verbal, no prestaciones	Salario base, incentivo por consultas, procedimientos y medicamentos
14. M22	38	14	5 meses	Pública	Verbal, no prestaciones	Salario base, incentivo por consultas
15. M24	43	2	4 meses	Pública	Verbal, no prestaciones	Salario base, incentivo por consultas y procedimientos
16. M25	33	4	3 meses	Pública	Escrito, indefinido, no prestaciones	Salario base, incentivo por consultas, procedimientos y medicamentos
17. M27	31	7	6 meses	Pública	Escrito, semestral, no prestaciones	Salario base, incentivo por consultas
18. M28	42	19	8 meses	Pública	Escrito/comodato	Pago consultas

19. M29	39	11	8 años	Pública	indefinido, no prestaciones Escrito/comodato, indefinido, no prestaciones	Pago consultas
20. M32	26	7 meses	4 meses	Pública	Escrito/comodato, no prestaciones	Pago consultas
Hombres:						
21. M1	37	12	10 años	Pública	Escrito, bimestral con prestaciones	Salario base, incentivo por consultas y medicamentos
22. M5	29	9	7 meses	Pública	Escrito/comodato, indefinido, no prestaciones	Pago consulta
23. M7	26	1	3 meses	Pública	Escrito/comodato, quinquenal, no prestaciones	Salario base, incentivo por consultas, procedimientos y medicamentos
24. M9	35	10	5 meses	Privada	Escrito/comodato, indefinido, no prestaciones	Salario base, incentivo por consultas y procedimientos
25. M13	33	3	1 mes	Pública	Escrito, indefinido, no prestaciones	Salario base, incentivo por consultas y medicamentos
26. M16	52	29	1 año	Pública	Verbal, no prestaciones	Salario base, incentivo por consultas y procedimientos
27. M19	54	29	2 meses	Pública	Escrito, anual	Salario base
28. M21	57	29	1 año	Pública	Escrito/comodato, indefinido, no prestaciones	Pago consultas
29. M23	67	40	3 semanas	Pública	Verbal no prestaciones	Pago consulta, incentivo por consultas, procedimientos y medicamentos
30. M26	28	4	2 meses	Pública	Escrito, semestral, no prestaciones	Salario base, incentivo por consultas
31. M30	26	1	1 año	Pública	Escrito/comodato, no prestaciones	Pago consultas
32. M31	24	2 meses ^b	2 meses	Pública	Verbal, no prestaciones	Salario base
^a N/D: No disponible						
^b Título en trámite						

CONCLUSIONES GENERALES

Los hallazgos y aportaciones realizadas al estudio del fenómeno de los CAF permiten concluir lo siguiente.

La presencia y aceptación de los CAF en México contraviene las políticas públicas que han buscado incrementar el gasto público en salud con miras a ampliar el acceso a los servicios y reducir el gasto de bolsillo; situación que requiere ser considerada por los tomadores de decisiones y por la academia a fin de identificar los factores que en términos del funcionamiento del sistema de salud están dando cabida a este fenómeno.

Si bien los CAF en México responden a las necesidades de la población en términos de facilitar el acceso a servicios ambulatorios y de adquisición de los medicamentos, es conveniente reflexionar sobre su carácter eminentemente privado que persigue por naturaleza la ganancia económica. Estos aspectos se evidencian en las aproximaciones hasta ahora realizadas al modelo pero requieren de mayor investigación a fin de establecer si la presencia de los CAF se relaciona con un mayor otorgamiento de servicios y con una menos conveniente y apropiada prescripción de medicamentos.

Los sistemas regulatorios respondieron tardíamente al fenómeno, el cual se diseminó sin una reglamentación clara en términos del vínculo observado entre farmacia y consultorio. No obstante los esfuerzos realizados para vigilar el cumplimiento de la normatividad vigente, persiste el desafío de regular aspectos que van más allá de la cercanía física y de la comunicación entre ambos establecimientos.

Referente a las características de operación del modelo CAF, se puede concluir que las farmacias generan un entorno organizacional que inserta a los/as médicos/as en condiciones de trabajo precarias, de difícil acceso a capacitación, de insumos insuficientes para el ejercicio de la práctica médica y de constantes presiones que buscan influir en su criterio clínico. Si bien más estudios sobre el funcionamiento de los CAF son necesarios, esta situación deja entrever que la estructura organizativa y procesos administrativos consideran al médico/a como un elemento indispensable para la consecución de los objetivos de la farmacia, pero que al mismo tiempo recibe poca atención a sus expectativas laborales y profesionales. Dada la percepción de insatisfacción en el personal médico, se debe considerar el efecto que dicha situación puede generar en su motivación y desempeño.

La dependencia administrativa de los CAF con las farmacias permea la separación física entre ambos establecimientos para implementar sistemas de supervisión e incentivos económicos orientados más a los propósitos de ventas de la farmacia que a la calidad de los servicios brindados a los usuarios. Esta situación vincula las prácticas de prescripción y dispensación y genera el riesgo de una sobre prescripción de medicamentos dado que el criterio clínico del médico puede actuar más en concordancia de los intereses propios o de la farmacia, que de los usuarios, dando lugar a un posible conflicto de interés en el personal médico que allí labora. Dada la gran aceptación del modelo en la población, es necesario realizar estudios sobre las prácticas de prescripción que permitan identificar si los CAF promueven patrones de prescripción irracionales.

Asimismo, son necesarios estudios que permitan determinar si la presencia de los CAF se traduce en la generación de tratamientos y servicios innecesarios con resultados ineficientes en salud e incremento en el gasto de bolsillo; así como abordajes para determinar el potencial riesgo de una sobre medicalización en CAF.

Dada la percepción del personal médico sobre los CAF como una opción laboral de carácter temporal, es importante considerar las implicaciones en el seguimiento de los pacientes y del cumplimiento de las expectativas personales de los médicos que allí trabajan.

Finalmente, ante un fenómeno que continua consolidándose en el país, dada las condiciones del entorno, la participación del gremio médico se hace necesaria para orientar el debate hacia la pertinencia de estos consultorios.

Recomendaciones para política

Es necesario realizar esfuerzos para mejorar la asignación, distribución y gestión de los recursos humanos en salud en México, particularmente del personal médico en términos de adecuar la formación de profesionales a las necesidades de salud de la población.

Esta situación denota y exige una mayor participación del sistema de salud en términos de brindar espacios laborales que garanticen las condiciones mínimas; así como la de actuar como modulador de las reglas de juego e intereses entre instituciones y actores relacionados con la educación, la práctica médica y los mercados de trabajo.

Dada la proliferación del modelo CAF, un gran reto consiste en contar con información oportuna que permita cuantificar y dimensionar los alcances del modelo tanto en términos del personal médico que emplea como de los servicios brindados a los usuarios.

La presencia y crecimiento de los CAF puede servir de reflexión a los tomadores de decisiones sobre la necesidad de llevar a cabo proyectos de ley con un enfoque más integral que considere a todos los actores y componentes del sistema de salud y prevea potenciales efectos no esperados.

El vínculo observado entre ingresos del médico y ventas de medicamentos despierta las alarmas sobre un potencial conflicto de interés por patrones de prescripción guiados por intereses económicos; situación que señala necesidad de

monitorear la calidad de los servicios brindados en estos consultorios y evaluar los posibles riesgos a los usuarios.

Recomendaciones para investigación

Sin duda existe un vacío en el conocimiento sobre este modelo emergente de atención por lo que las recomendaciones en materia de investigación señalarán los aspectos más relevantes a considerar.

Analizar los elementos organizacionales de las farmacias que potencialmente determinen un conflicto de interés en el personal médico que labora en CAF. Estos abordajes podrían identificar las diferencias entre los distintos modelos de CAF en aspectos organizativos, de composición y estructura interna. Dicho análisis deberá incluir otras voces como personal supervisor y de ventas los cuales administran y ejecutan diariamente las actividades asignadas para el logro de los objetivos, tanto de la farmacia como del consultorio.

Si bien se ha caracterizado el perfil del usuario que acude a CAF, será necesario llevar a cabo estudios que aborden la experiencia del usuario para identificar los aspectos que intervienen en el proceso de búsqueda de atención en CAF versus otras instituciones.

Si bien los abordajes cualitativos permiten comprender el fenómeno desde la propia perspectiva del mismo actor social, particularmente para temas sensibles y de difícil abordaje; son necesarios estudios cuantitativos o de carácter mixto para avanzar en el conocimiento del fenómeno.

De esta forma será conveniente analizar las modalidades de remuneración reportadas en CAF y el tipo y cantidad de servicios brindados a fin de identificar su relación con el desempeño del personal médico.

En términos de la calidad de la atención, será necesario llevar a cabo estudios comparativos entre los modelos de CAF y con instituciones públicas y consultorios privados independientes a fin de observar posibles diferencias en el proceso de atención y tratamiento terapéutico brindado al usuario.

De la misma forma, se requerirá realizar estudios sobre el seguimiento de usuarios con padecimientos crónico degenerativos a fin de evaluar posibles complicaciones en los usuarios.

En materia de prescripción de medicamentos, existe la necesidad de estudiar la conducta prescriptiva de los médicos que laboran en CAF, a fin de identificar si la existencia de incentivos financieros influye en su conducta. Estos abordajes deberán contemplar la congruencia diagnóstico-terapéutica así como el seguimiento del paciente desde el encuentro clínico hasta los resultados en salud derivados de la atención en CAF.

De la misma forma será necesario realizar estudios con muestras representativas que permitan cuantificar el gasto del usuario asociado con la atención médica recibida en CAF, particularmente en relación a los medicamentos prescritos.

El abordaje del fenómeno de los CAF se enriquecerá con un equipo de trabajo interdisciplinario que aporte, desde su área de expertis, a un mayor entendimiento del objeto de estudio. Posibles líneas de trabajo pueden abordar las implicaciones del modelo en la profesión médica en términos del status, práctica diaria, desarrollo profesional y relación con el usuario. Asimismo, el éxito del modelo en México y su fracaso en otros contextos brinda sustento para llevar a cabo estudios que analicen y expliquen las razones que llevaron a un desenlace diferenciado.

Referencias

1. 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* [edición electrónica]. 2014 [consultado el 14/10/2016]. Disponible en: <http://bmjopen.bmj.com/content/4/5/e004669.full>.
2. Funsalud. Estudio sobre la práctica de la atención médica en consultorios médicos adyacentes a farmacias privadas. México, Ciudad de México; 2014.
3. Hayden C. A Generic Solution? Pharmaceuticals and the Politics of the Similar in Mexico. *Current Anthropology*. 2007;48:475-95.
4. Chu M, García-Cuellar R. Farmacias Similares private and public health care for the base of the pyramid in Mexico. Harvard Business School. 2007;N2:307-092.
5. Coronado E, Krettecos C, Lu Y. What Works: Mi Farmacita Nacional. Enabling good health in Mexico's low-income communities through pharmacy franchising. World Resources Institute. Columbia Business School;2007.
6. Díaz-Portillo SP, Idrovo ÁJ, Dreser 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.
7. Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios: Estrategia del Gobierno de la República para la prevención y el combate de servicios médicos ilegales [Internet]. México: Secretaría de Salud, 2015. [consultado

16/11/2016]

Disponible

en:

<http://www.cofepris.gob.mx/Documents/NotasPrincipales/12022015.pdf>.

8. Dreser A, Vázquez-Vélez E, Treviño S, et al. Regulation of antibiotic sales in Mexico: an analysis of printed media coverage and stakeholder participation. *BMJ* [edición electrónica]. 2012 [consultado el 10/11/2016].

Disponible

en:

<http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-1051>.

9. Wirtz VJ, Leyva-Flores R, Dreser A, Corbett K. Organización y funcionamiento de las farmacias en México. En: Homedes N, Ugalde A, editores. *Los farmacias, los farmacéuticos y el uso adecuado de medicamentos en América Latina*. 1a ed. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2011. p.60-81.

10. 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.

11. BID. Política farmacéutica y priorización en salud: El caso de México. México, Ciudad de México; 2012 [consultado el 26/11/2016]. Disponible en: https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/7062/Politica_farmaceutica_y_priorizacion_en_salud_El_caso_de_Mexico.pdf?sequence=1.

12. Wirtz VJ, Russo G, Kageyama-Escobar MdL. Access to medicines by ambulatory health service users in Mexico: an analysis of the national health surveys 1994 to 2006. *Salud Pública de México*. 2010;52(1):30-8.

13. Bohmer R. The rise of in-store clinics—threat or opportunity? *New England Journal of Medicine*. 2007;356(8):765-8.
14. Reid RO, Ashwood JS, Friedberg MW, Weber ES, Setodji CM, Mehrotra A. Retail clinic visits and receipt of primary care. *Journal of general internal medicine*. 2013;28(4):504-12.
15. Buchan J, Thompson M, O'May F. Health workforce incentive and remuneration strategies: a research review. Geneva, World Health Organisation *Issues in Health Services Delivery, Discussion Paper*. 2000;4.
16. Chaix-Couturier C, Durand-Zaleski I, Jolly D, Durieux P. Effects of financial incentives on medical practice: results from a systematic review of the literature and methodological issues. *International Journal for Quality in Health Care*. 2000;12(2):133-42.
17. Armour BS, Pitts MM, Maclean R, Cangialose C, Kishel M, Imai H, et al. The effect of explicit financial incentives on physician behavior. *Archives of Internal Medicine*. 2001;161(10):1261-6.
18. Chou Y, Yip WC, Lee C-H, Huang N, Sun Y-P, Chang H-J. Impact of separating drug prescribing and dispensing on provider behaviour: Taiwan's experience. *Health Policy and Planning*. 2003;18(3):316-29.
19. 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 and Planning*. 2005;20(5):302-9.
20. Trap B, Hansen EH, Hogerzeil HV. Prescription habits of dispensing and non-dispensing doctors in Zimbabwe. *Health Policy and Planning*. 2002;17(3):288-95.

21. Shafie AA, Hassali MA, Azhar S, See OG. Separation of prescribing and dispensing in Malaysia: A summary of arguments. *Research in Social and Administrative Pharmacy*. 2012;8(3):258-62.
22. Teng C, Nik-Sherina H, Ng C, Chia Y, Atiya AS. Antibiotic prescribing for childhood febrile illness by primary care doctors in Malaysia. *Journal of paediatrics and child health*. 2006;42(10):612-7.
23. Thompson DF. Understanding financial conflicts of interest. *New England Journal of Medicine*. 1993;329:573-.
24. Barnes M, Florencio PS. Financial conflicts of interest in human subjects research: the problem of institutional conflicts. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*. 2002;30(3):390-402.

Bibliografía consultada

- 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.
- Adams O, Hicks V. Pay and non-pay incentives, performance and motivation. In WHO's workshop on a Global Health Workforce Strategy, Annecy, France. 2000.
- Aguirre-Gas H. Principios éticos de la práctica médica. *Cir Cir*, 2004. 72: p. 503-510.
- Akande T, Aderibigbe S. Influence of drug promotion on prescribing habits of doctors in a teaching hospital. *African Journal of Medicine and Medical Sciences*, 2007. 36(3): p. 207-211.
- Allaire BT, et al. Measuring the impact of a continuing medical education program on patient blood pressure. *The Journal of Clinical Hypertension*, 2011. 13(7): p. 517-522.
- Anderson JG. Health services utilization: framework and review. *Health Services Research*, 1973. 8(3): p. 184.
- Anderson S, et al. *Managing pharmaceuticals in international health*. 2004: Birkhäuser Verlag AG.
- Andorno R. *Bioética y dignidad de la persona*. 1998: Tecnos Madrid.
- Arellano PM., Rodríguez G. Elaboración de recetas médicas para niños en una zona del sur del Distrito Federal. *Acta Pediatr Mex*. 2009;30(6):293-8.

- Armour BS, et al. The effect of explicit financial incentives on physician behavior. Archives of Internal Medicine, 2001. 161(10): p. 1261-1266.
- Arredondo A. Factores asociados a la búsqueda y uso de servicios de salud: del modelo psicosocial al socio-económico. Salud mental, 2010. 33(5): p. 397-408.
- Asociación Médica Mundial. Código internacional de ética médica. Asamblea Médica Mundial. Italia: Venecia 1983.
- 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.
- Azuela HS. La flexibilización y las condiciones generales de trabajo. Boletín Mexicano de Derecho Comparado, 1999;94. Disponible en: <http://historico.juridicas.unam.mx/publica/rev/boletin/cont/94/art/art6.htm>
- Baos Vicente. La calidad en la prescripción de medicamentos. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud, 1999;23(2): p.45-54.
- Barnes M, Florencio PS. Financial conflicts of interest in human subjects research: the problem of institutional conflicts. The Journal of Law, Medicine & Ethics. 2002;30(3):390-402.
- Beer M. Organizational size and job satisfaction. Academy of Management Journal, 1964. 7(1): p. 34-44.
- 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 [edición electrónica]. 2011

[consultado el 28/9/2016]

<http://journals.plos.org/plosmedicine/article/asset?id=10.1371/journal.pmed.1000433.PDF>

- Berman S. Continuity, the medical home, and retail-based clinics. *Pediatrics*, 2007. 120(5):p. 1123-1125.
- Bohmer R. The rise of in-store clinics—threat or opportunity? *New England Journal of Medicine*, 2007. 356(8): p. 765-768.
- Bosch-Capblanch X, Liaqat S, Garner P. Managerial supervision to improve primary health care in low-and middle-income countries. *Cochrane Database Syst Rev* [edición electrónica]. 2011 [consultado el 19/9/2016]. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD006413.pub2/full>
- Buchan J, Thompson M, O'May F. Health workforce incentive and remuneration strategies: a research review. Geneva, World Health Organization. *Issues in Health Services Delivery, Discussion Paper*, 2000.
- Cámara de Diputados del Honorable Congreso de la Unión: Decreto por el que se reforma el artículo 376 de la Ley General de Salud [Internet]. México: Secretaría General, 2005; [consultado el 20/02/2016]. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgs/LGS_ref18_24feb05.pdf
- 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):157-60.

- Centre for Policy Research. The MAQARI Team. Mapping medical providers in rural India: four key trends. New Delhi: Centre for Policy Research. 2011 [Consultado 2014 Septiembre 18] Disponible en: <http://www.cprindia.org/research/reports/mapping-medical-providers-rural-india-four-key-trends>
- 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. International Journal for Quality in Health Care. 2000;12:133-42.
- Chimonas S, Brennan TA, Rothman DJ. Physicians and drug representatives: exploring the dynamics of the relationship. Journal of General Internal Medicine. 2007;22(2):184-90.
- 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.
- Chu M, García-Cuellar R. Farmacias Similares private and public health care for the base of the pyramid in Mexico. Harvard Business School. 2007;N2:307-092.
- 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 2015 enero 21] Disponible en: <http://www.google.com.mx/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CBsQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.cofepris.gob.mx%2FDo>

[cuments%2FNotasPrincipales%2F29012014.pdf&ei=V9IHVJbPLdexggSm3YCwCw&usg=AFQjCNEq0rwqXKFn_9W5QibbbA47mirheA&bvm=bv.74649129,d.b2U](http://www.cofepris.gob.mx/Documents/NotasPrincipales/29012014.pdf&ei=V9IHVJbPLdexggSm3YCwCw&usg=AFQjCNEq0rwqXKFn_9W5QibbbA47mirheA&bvm=bv.74649129,d.b2U)

- Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios: Estrategia del Gobierno de la República para la prevención y el combate de servicios médicos ilegales [Internet]. México: Secretaría de Salud, 2015. [consultado 22/8/2016] Disponible en: <http://www.cofepris.gob.mx/Documents/NotasPrincipales/12022015.pdf>
- Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios: Guía para las buenas prácticas sanitarias en farmacias y consultorios [Internet]. México: Secretaría de Salud, 2013 . [consultado el 23/9/2016] Disponible en: <http://s-salud.hidalgo.gob.mx/wp-content/Documentos/guia.pdf>
- Córdoba A, Santos CL, Carreño JN. Dilemas éticos en las relaciones entre la industria farmacéutica y los profesionales de la salud. *Persona y Bioética*, 2007. 11(28).
- Coronado E, Krettecos C, Lu Y. What Works: Mi Farmacita Nacional. Enabling good health in Mexico's low-income communities through pharmacy franchising. World Resources Institute. Columbia Business School;2007.
- Dahrouge S, Hogg WE, Russell G, Tuna M, Geneau R, Muldoon LK, et al. Impact of remuneration and organizational factors on completing preventive manoeuvres in primary care practices. *Canadian Medical Association Journal*. 2012;184(2):E135-E43.

- Dambisya YM. A review of non-financial incentives for health worker retention in east and southern Africa. Health Systems Research Group, Department of Pharmacy, School of Health Sciences, University of Limpopo, South Africa, 2007.
- Dantés OG, Sesma S, Becerril VM, Knaul FM, Arreola H, Frenk J. Sistema de salud de México. Salud Publica Mex 2011;53:s220-s32.
- Das J, Hammer. J. Which doctor? Combining vignettes and item response to measure clinical competence. Journal of Development Economics, 2005. 78(2): p. 348-383.
- De la Morena JC. Ética de la Prescripción. Revista Clínica de Medicina de Familia, 2012. 5(3): p. 149-150.
- 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 [Consultado 2013 abril 12]; 11(4):1-13. Disponible en: <http://www.revista.unam.mx/vol.11/num4/art40/art40.pdf>
- Diario Oficial de la Federación (DOF) [sitio en internet]. Decreto por el que se reforman adicionan diversas disposiciones del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica.México: Secretaría de Gobernación, 2014 [Consultado 2014 noviembre 30] 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: Subsecretaría de Desarrollo e Integración del Sector Salud, 2013. [Consultado 2014 octubre 18] Disponible en:

http://www.dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284306&fecha=08/01/2013

- 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 2013 junio 30]. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5272787&fecha=15/10/2012
- 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 2013 octubre 27]. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5288225&fecha=19/02/2013
- 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 2013 agosto 16]. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5274127&fecha=23/10/2012
- 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

- Díaz-Portillo SP, Idrovo ÁJ, Dreser 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.
- Domínguez-Pérez D, Pérez-Rul M, Reséndiz-Romero J. Los medicamentos genéricos intercambiables: su origen e impacto en México durante el periodo de 1998-2005. *Mundo Siglo XXI [edición electrónica]*. 2007 [consultado el 22/2/2016]. Disponible en: <http://www.mundsigloxxi.ciecas.ipn.mx/pdf/v03/11/07.pdf>
- Domínguez-Pérez D, Pérez-Rul M. Los medicamentos similares: ¿una nueva clase de medicina o sólo una estrategia comercial?. *Mundo Siglo XXI [edición electrónica]*. 2009 [consultado el 20/2/2016]. Disponible en: <http://www.mundsigloxxi.ciecas.ipn.mx/pdf/v05/18/07.pdf>
- Dreser A, Vázquez-Vélez E, Treviño S, et al. Regulation of antibiotic sales in Mexico: an analysis of printed media coverage and stakeholder participation. *BMJ [edición electrónica]*. 2012 [consultado el 18/9/2016]. Disponible en: <http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-12-1051>
- Fidler AH. The role of the private sector in health financing and service delivery. *The European Journal of Public Health*, 2009. 19(5): p. 450-451.

- Forsberg B, Montagu D, Sundewall J. Moving towards in-depth knowledge on the private health sector in low-and middle-income countries. *Health Policy and Planning*, 2011. 26(suppl 1): p. i1-i3.
- 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>
- 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>
- Garbi M, Reyes C, Delfino A. Ética en la farmacoterapia y corrientes de la medicina contemporánea. *Ética y farmacia. Una perspectiva latinoamericana*. Acta Bioética. Santiago de Chile: Universidad de Chile, OPS/OMS, 2009: p. 73-104.
- Gilbert L. Dispensing doctors and prescribing pharmacists: A South African perspective. *Social Science & Medicine*, 1998. 46(1): p. 83-95.
- Gilbert L. To diagnose, prescribe and dispense: whose right is it? The ongoing struggle between pharmacy and medicine in South Africa. *Current Sociology*, 2001. 49(3): p. 97-118.
- Gómez Dantés O. La regulación de la práctica médica en México. *Rev. Invest Clín*, 1999. 51(4): p. 245-53.

- Gonzáles-Jaimes E, Pérez-Saucedo EP. Condiciones laborales y desgaste profesional en trabajadores de la salud. *Revista Alternativas en Psicología*. 2012(27):8-22.
- González-Pier, E., Barraza M. Trabajando por la salud de la población: propuesta de política para el sector farmacéutico. Versión para el diálogo. México, DF: Funsalud, 2011.
- 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
- 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.
- Hall R. Organizaciones: estructuras, procesos y resultados. 1983, Prentice Hall, México DF.
- Hayden C. A Generic Solution? Pharmaceuticals and the Politics of the Similar in Mexico. *Current Anthropology*. 2007;48:475-95.
- Hickam DH, et al. The Effect of Health Care Working Conditions on Patient Safety: Summary. 2003.
- Hsieh H-F, Shannon SE. Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res*. 2005;15:1277-88.

- Hunter LP, et al. Patient satisfaction with retail health clinic care. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 2009. 21(10): p. 565-570. 42
- Hutchinson JM, Foley RN. Method of physician remuneration and rates of antibiotic prescription. *Canadian Medical Association Journal*, 1999. 160(7): p. 1013-1017.
- Jodar P. La Organización Internacional del Trabajo (OIT) y los estándares laborales internacionales. *IUSLabor*, 2005(4): p. 17.
- Juárez Hernández O. Administración de la compensación sueldos, salarios, incentivos y prestaciones. 2014 1ª Edición ebook. México: Grupo Editorial La Patria.
- Kairys J, et al. Satisfaction with organizational aspects of health care provision among Lithuanian physicians. *Central European Journal of Public Health*, 2008. 16(1): p. 29.
- Kim HJ, Chung W, Lee, SG. Lessons from Korea's pharmaceutical policy reform: the separation of medical institutions and pharmacies for outpatient care. *Health Policy*, 2004. 68(3): p. 267-275.
- Kumar R, et al. Antibiotic prescribing practices in primary and secondary health care facilities in Uttar Pradesh, India. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 2008.33(6): p. 625-634.
- Kwon S. Pharmaceutical reform and physician strikes in Korea: separation of drug prescribing and dispensing. *Soc Sci Med*. 2003;57:529-38.
- Lama A. El médico y los conflictos de intereses. *Revista médica de Chile*, 2003. 131(12): p.1463-1468.

- Laws M, Scott MK. The emergence of retail-based clinics in the United States: early observations. *Health Affairs*, 2008. 27(5): p. 1293-1298.
- Levin A, Kaddar M. Role of the private sector in the provision of immunization services in low-and middle-income countries. *Health policy and Planning*, 2011. 26(suppl 1): p. i4-i12.
- Ley Federal del Trabajo. Última Reforma Diario Oficial de la Federación (12 junio 2015). [consultado el 22/09/2016]. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/125_120615.pdf
- 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 15/09/2016]. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/ref/lgs/LGS_ref29_18ene07.pdf
- 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>
- Lim D, et al. Australian dispensing doctors' prescribing: quantitative and qualitative analysis. *The Medical Journal of Australia*, 2011. 195(4): p. 172-175.
- Llanes-Betancourt C. Prevenir efectos adversos para alcanzar la excelencia en la gestión del cuidado [editorial]. *Rev Cubana Enferm* 2010;27(1):1-3.

- López-López FH, Ortega-González M, Rodríguez-Domingo JM. La importancia del expediente clínico como prueba documental. Rev Evidenc Invest Clin 2009;2(2):70-74.
- 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.
- Margarita, V. Compiten farmacias con Seguro Popular. Diario La Reforma, 2011, Abril.
- McKinlay JB, Marceau LD. From cottage industry to a dominant mode of primary care: Stages in the diffusion of a health care innovation (retail clinics). Social Science & Medicine, 2012. 75(6): p. 1134-1141.
- Mehrotra A, et al. Comparing costs and quality of care at retail clinics with that of other medical settings for 3 common illnesses. Annals of Internal Medicine, 2009. 151(5): p. 321- 328.
- Mehrotra A, Lave JR. Visits to retail clinics grew fourfold from 2007 to 2009, although their share of overall outpatient visits remains low. Health Affairs, 2012. 31(9): p.2123-2129.
- México Evalúa Centro de Análisis de Políticas Públicas, A.C [sitio en internet]. 10 puntos para entender el gasto en salud en México: En el marco de la cobertura universal, 2011. [Consultado 2015 marzo 10] Disponible en: http://www.mexicoevalua.org/wpcontent/uploads/2013/02/MEX_EVA-INHOUS-GASTO_SALUD-LOW.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.
- Moore JC, Stinson LL, Welniak EJ. Income measurement error in surveys: a review. *Journal Official Statistics*. 2000;16(4):331-61.
 - Morales-Carmona F, et al. La supervisión como detonador de estrés en la práctica médica: Recomendaciones para su manejo. *Perinatol Reprod Hum*, 2010 (3)187-93.
 - Morse JM. *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa*. 1a ed. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 2003.477p.
 - Muñoz-Seco E, et al. Influencia del clima laboral en la satisfacción de los profesionales sanitarios. *Atención primaria*, 2006. 37(4): p. 209-214.
 - Narro-Robles J, et al. Ética y salud: Retos y reflexiones. *Gaceta médica de México*, 2004.140(6): p. 661-666.
 - 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 y Centro de Proyectos para el Desarrollo; 2010. Pp. 179-221.
 - Nigenda G, Muñoz JA. Projections of specialist physicians in Mexico: a key element in planning human resources for health. *Hum Resour Health* [edición electrónica]. 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 [edición electrónica]. 2005 [consultado el 23/8/2016]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1087866/pdf/1478-4491-3-3.pdf>
- Obasan KA. Effect of compensation strategy on corporate performance: Evidence from Nigerian firms. Research Journal of Finance and Accounting. 2012. 3(7): p. 37-44.
- Ochoa CH. Conflictos normativos. 2003: Universidad Nacional Autónoma de México. Instituto de Investigaciones Jurídicas.
- Olaiz G, et al. Encuesta Nacional de Salud 2000. Resultados nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX), 2003 [Consultado 2014 noviembre 5] Disponible en: http://ensanut.insp.mx/informes/ENSA_tomo1.pdf. Vol. 2. Tomo.
- 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.
- 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

- 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/>
- 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/>.
- O'Riordan M. Continuing medical education in Irish general practice. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 2000. 18(3): p. 137-138.
- Orlowski JP, Wateska L. The effects of pharmaceutical firm enticements on physician prescribing patterns. There's no such thing as a free lunch. *CHEST Journal*, 1992. 102(1): p.270-273.
- 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;20:302-09.
- Patton MQ. *Qualitative research and evaluation methods*. 3^a ed. Thousand Oaks, California: Sage Publications, Inc; 2002. 598p.
- 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* [edición electrónica]. 2014 [consultado el 27/8/2016]. Disponible en: <http://bmjopen.bmj.com/content/4/5/e004669.full>

- Pollack CE, Armstrong K. The geographic accessibility of retail clinics for underserved populations. *Archives of internal medicine*, 2009. 169(10): p. 945-949.
- Ramió A. Valores y actitudes profesionales. Estudio de la práctica profesional enfermera en Cataluña. 2005, [Tesis Doctoral]. Barcelona: Universidad de Barcelona.
- Ramírez de la Roche OF, et al. Condiciones de trabajo de los médicos pasantes mexicanos durante el servicio social. *Perfiles Educativos*, 2012. 34(138): p. 92-107.
- Ramos de Vasconcellos-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.
- Reid RO, et al. Retail clinic visits and receipt of primary care. *J Gen Intern Med* 2013. 28(4): p. 504-512.
- Rischatsch M. Lead me not into temptation: drug price regulation and dispensing physicians in Switzerland. *The European Journal of Health Economics*, 2013: p. 1-12.
- Rosas EP, Dantés OG, Latorre FG. Trato a los usuarios en los servicios públicos de salud en México. *Pan Am J Public Health*, 2006. 19(6): p. 394-402.
- 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 [edición electrónica]*. 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, Dahrouge S, Tuna M, et al. Getting it all done. Organizational factors linked with comprehensive primary care. *Fam Pract.* 2010;27:535-41.
- Santacruz R. Código de ética y deontología médica. Colegio Mexicano de Urología AC. *Bol Col Mex Urol*, 2005. 20(2): p. 62-70.
- Schor EL. Retail-Based Clinics: Public Preferences and Professional Choices. *JAMA pediatrics*, 2013. 167(9): p. 798-799.
- 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.
- 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 [edición electrónica]*. 2011 [consultado el 28/9/2016]. Disponible en: <http://www.bmj.com/content/bmj/342/bmj.d108.full.pdf>
- 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.
- Sistema Nacional de Información en Salud. El componente privado del sistema de salud: producción, establecimientos y personal ocupado. México: Secretaría de Gobernación, 2012.

- Smith E, Brugha R, Zwi A. Working with private sector providers for better health care: an introductory guide. 2001: London School of Tropical Medicine.
- Smith R. Conflicts of interest: how money clouds objectivity. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 2006. 99(6): p. 292-297
- Solar O. Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. 2007.
- Steinbrook R. Controlling conflict of interest—proposals from the Institute of Medicine. *New England Journal of Medicine*, 2009. 360(21): p. 2160-2163.
- Takach M, Witgert K. Analysis of state regulations and policies governing the operation and licensure of retail clinics. National Academy for State Health Policy, 2009.
- Tejera Concepción JF. La ética y la medicina actual, en *Contribuciones a las Ciencias Sociales*. 2008. [Consultado 2014 noviembre 5] Disponible en: <http://www.eumed.net/rev/cccss/02/jftc12.htm>
- Teng CL, Nik-Sherina H, Ng Cj, Chia YC, Atiya AS. Antibiotic prescribing for childhood febrile illness by primary care doctors in Malaysia. *J Pediatric Child Health* 2006;42(10):612-7.
- Thompson DF. Understanding financial conflicts of interest. *New England Journal of Medicine*, 1993. 329: p. 573-573.
- Thygeson M, et al. Use and costs of care in retail clinics versus traditional care sites. *Health Affairs*, 2008. 27(5): p. 1283-1292.

- Trap B, Hansen EH, Hogerzeil HV. Prescription habits of dispensing and non-dispensing doctors in Zimbabwe. *Health Policy Plan.* 2002;17:288-95.
- Trap B., Hansen E. Treatment of upper respiratory tract infections—a comparative study of dispensing and non-dispensing doctors. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 2002. 27(4): p. 289-298.
- 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.
- Wagstaff A. Health systems in East Asia: what can developing countries learn from Japan and the Asian Tigers? 2005: World Bank, Development Research Group, Public Services Team.
- Wazana A. Physicians and the pharmaceutical industry: is a gift ever just a gift? *JAMA.* 2000;283:373-80.
- Weinick RM, et al. Policy implications of the use of retail clinics. 2010: RAND Santa Monica, CA.
- 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.
- Wirtz VJ, et al. Medicines in Mexico, 1990-2004: systematic review of research on access and use. *Salud Publica Mex.* 2008;50: p. S470-S479.

- Wirtz VJ, et al. Organización y funcionamiento de las farmacias en México. Las farmacias, los farmacéuticos y el uso adecuado de medicamentos en América Latina, 2011: p. 59-81.
- Wirtz VJ, Russo G, Kageyama-Escobar M. Access to medicines by ambulatory health service users in Mexico: an analysis of the national health surveys 1994 to 2006. Salud Pública de México, 2010. 52(1): p. 30-38.
- World Health Organization (WHO). Key components of a well functioning health system. Geneva: WHO Health System, 2010. 12: p. 2012 [Consultado 2014 noviembre 5] Disponible http://www.who.int/healthsystems/EN_HSSkeycomponents
- Wranik D, Durier-Copp M. Framework for the design of physician remuneration methods in primary health care. Social Work in Public Health, 2011. 26(3): p. 231-259.
- Zakus D, Bhattacharyya O. Organization in Low-and Middle-Income Countries. School Public Health. Harvard University, 2007.
- Zurita B, Ramírez T. Desempeño del sector privado de la salud en México. Caleidoscopio de la Salud, Fundación Mexicana para la Salud, México, 2003.
- Zwi AB, Brugha R, Smith E. Private health care in developing countries: If it is to work, it must start from what users need. BMJ: British Medical Journal, 2001. 323(7311): p.463.

ANEXO. Comentarios evaluadores Revista Gaceta Sanitaria

I. Comentarios para el autor

Primera revisión.

Nº. DE REFERENCIA: GACETA-D-16-00226

TITULO: Condiciones de trabajo en consultorios adyacentes a farmacias privadas en Ciudad de México: perspectiva de médicos. Working conditions in clinics adjacent to private pharmacies in Mexico City: perspective of physicians

Comentarios para el autor:

Interesante trabajo que describe las condiciones de trabajo en los CAF de profesionales de la medicina en México y como los incentivos son utilizados para alinear esfuerzos con los intereses del propietario de éstos en un medio sensible a recompensas financieras, donde las necesidades de salud de la población son insuficientes por sí solas. En éste contexto se hace relevante su contenido y podría publicarse en la Revista Gaceta Sanitaria, siempre y cuando se consideren la Política de Gaceta Sanitaria para fomentar la igualdad de género en la publicación científica (Ver: <http://gacetasanitaria.org/contenidos/sobre-revista/Politica%20de%20genero%202015%20Cast.pdf>) y las observaciones de las 3 revisiones que se detallan a continuación.

Respuesta: siguiendo las recomendaciones del editor se aseguró que el manuscrito cumpliera con la política de igualdad de género; así a la luz del análisis realizado a las entrevistas se constató que los resultados no presentaran diferencias por género que fueran omitidas por los autores. De esta forma, se

modificó la tabla I del apéndice *online* para presentar los aspectos relevantes de la situación laboral del colectivo médico entrevistado separando hombres y mujeres, en donde se puede apreciar la no existencia de diferencias por género, aspecto que de igual forma fue considerado al analizar y reportar sus percepciones. Asimismo, se revisó el texto para verificar la utilización de un lenguaje no sexista y la sustitución de masculinos genéricos por términos colectivos.

Revisión 1

Revisor: Los autores han realizado 32 entrevistas a profesionales de la salud que tienen tres tipos de contratos diferentes, sin embargo en los resultados no se distingue entre los diferentes tipos de contrato.

Respuesta: En la sección de resultados (primer párrafo pág. 5) se describen los tres tipos de modalidades de contratación y algunos aspectos relevantes de cada una de éstas. De acuerdo con los comentarios del revisor, en las tablas que contienen el testimonio de los informantes se agregó al final de cada cita el tipo de contrato que reportó el personal médico para facilitar al lector la contextualización de la información reportada por los entrevistados Pág. 17, 18 y 19 (ver tablas 2, 3 y 4).

Revisor: No queda suficientemente claro cómo se escogieron las farmacias ni a los médicos en cada una de las farmacias.

Respuesta: atendiendo los comentarios del revisor en el apartado de métodos se agregó una descripción más detallada del proceso de selección de las farmacias y del reclutamiento del personal médico entrevistado (párrafo 2, Pág. 4 y 5).

Revisor: Parece ser que una de las personas entrevistadas no es médico... no sé si se trata de una persona que no debería haber participado en el estudio y por lo tanto se debería haber excluido del análisis o si se trata de una persona que si trabaja en los CAFS. Se sugiere aclararlo.

Respuesta: De acuerdo con los comentarios del revisor en el apartado de resultados (primer párrafo) se aclara que uno de los participantes manifestó haber concluido sus estudios de medicina, pero tener el título en trámite. (Ver 1 párrafo en resultados Pág. 5).

Revisor: Algunos de los resultados que aparecen en la tabla podrían incluirse en el texto.

Respuesta: Consideramos que el límite de palabras permitido por la revista nos impide agregar las citas de los informantes en los resultados, por tal razón optamos por agrupar los testimonios en las tablas; sin embargo atendiendo los comentarios del revisor, en el apartado de resultados (Pág. 5, párrafo 1,) agregamos información adicional sobre los hallazgos contenidos en la tabla I del apéndice online.

Revisor: La discusión es interesante pero no se basa tanto en los resultados como en la crítica al modelo.

Respuesta: siguiendo los comentarios del revisor, en el apartado discusión (Pág. 8 a 11) se realizaron los ajustes en el texto con el fin de señalar y discutir los resultados relevantes del estudio.

Revisor: Tener en cuenta las siguientes reflexiones:

En mi opinión el problema de los CAF radica que su propio diseño. Las condiciones de contratación no es el tema más importante - lo importante es preguntarse si pueden ofrecer buena medicina, y eso no se le puede preguntar al médico... obviamente no van a admitir que están trabajando mal... pero si hay formas de llegar a establecerlo. Por ejemplo, ¿tienen los CAFs historias clínicas? ofrecen continuidad de atención? Los que yo conozco no lo hacen, y como además tratan a la población de bajos recursos es muy probable que los pacientes no les puedan dar información detallada sobre su historial médico, los medicamentos que consumen y la medicina tradicional que utilicen. ¿Hay concordancia entre los síntomas, el diagnóstico y el tratamiento? ¿qué proporción de medicamentos tienen valor terapéutico?

Respuesta: La observación del revisor es muy importante y coincidimos en que la calidad de la atención, tanto técnica como interpersonal, es un aspecto central en éstas y en otras organizaciones de salud. La calidad de atención es un aspecto relevante, entre varios otros, que necesita documentarse en torno al fenómeno reciente que son los CAF. No obstante, en este trabajo nos centramos en las condiciones de trabajo del personal médico que labora en CAF y los aspectos organizativos que les caracteriza, desde su propia perspectiva. Por ello, no se obtuvo información adicional dirigida a variables de calidad, que requiere de distintas fuentes de información para ser válida. Sin duda, se requerirá continuar con esta línea de investigación que permita dar respuesta a las preguntas planteadas en el comentario.

Revisor: Siendo que México tiene cobertura universal... el hecho de que los CAF se hayan extendido tiene que criticarse. Obviamente demuestran que los sistemas de Seguridad Social y los servicios del Seguro Popular no satisfacen las demandas de la población. En un momento en que todos los recursos internacionales se encaminan a expandir la cobertura universal a través de modelos de prestación parecidos al mexicano hay que diseminar este tipo de información.

El modelo de los CAF cristaliza los conflictos de interés que afectaban a las farmacias mexicanas antes de que COFEPRIS modificara la regulación en el 2010. Antes de eso las farmacias vendían las recetas que ya les habían firmado amigos, o referían a los pacientes al médico de la esquina. Antes estos arreglos eran ilegales, ahora COFEPRIS los acepta y decide ignorar todos los conflictos de interés que hay detrás.

Respuesta: Estamos de acuerdo con los comentarios del revisor y por ese motivo en la introducción incorporamos los sucesos contextuales que dieron cabida al modelo CAF en México y que sustentan la relevancia de este trabajo. Asimismo, en el texto se hace referencia a un estudio distinto (referencia 1) en el cual se discuten las implicaciones del fenómeno CAF en el contexto de las políticas de ampliación de cobertura y protección financiera.

Revisor: En un momento en que la medicalización excesiva se ha convertido en la tercera o cuarta causa de muerte, hay que cuestionar un modelo de prestación de servicios que induce a prescribir más... con consecuencias negativas para la salud y que representan un gasto excesivo para los que acuden a estas farmacias. Es

un modelo de salud de baja calidad para los pobres, que son la mayoría de pacientes que acuden a ellas, y que además ahora ya han pre-pagado por servicios que no reciben. Creo que este tipo de análisis debería incorporarse a un artículo sobre los CAF, además, las entrevistas arrojan información al respecto. Es probable que estos pacientes, si se tiene en cuenta el pago de las consultas y los medicamentos, estén pagando más por su atención que si fueran a un médico privado bien establecido.

Respuesta: Como se anotó en una respuesta previa, el análisis de la calidad de la atención y la evaluación económica del modelo son, como bien apunta el revisor, fundamentales para evidenciar los posibles aspectos negativos de este tipo de servicios de salud. Debido a que los datos obtenidos para el presente manuscrito no permiten establecer con suficiente solidez un buen análisis de estos aspectos, consideramos que tendrá que ser motivo de estudios posteriores. Esta necesidad se incluye en el apartado de discusión (Pág. 11).

Asimismo, en el texto se hace referencia a otro estudio (referencia 1) que analiza aspectos tales como características socioeconómicas de los usuarios de CAF, y el gasto total asociado a la consulta en CAF en comparación con otros servicios de salud.

Revisor: El que los CAF puedan explotar a los médicos también responde a: (1) deseo de los médicos de quedarse en la capital y no establecerse en zonas marginadas; (2) corrupción en las contrataciones públicas. Yo no he visto otro país en donde los médicos puedan tener doble contrato con el sector público: uno con la seguridad social y otro con la secretaria de salud correspondiente o con el

seguro popular... y además algunos atienden a pacientes privados. Esto es tan común que incluso los administradores de los sistemas lo mencionan en reuniones académicas... ¿se considera normal que cobren dos salarios públicos! ¿donde están los gestores, reguladores, sindicatos?. Por último ¿donde están los colegios médicos, los sindicatos, las universidades y los que deberían velar por la calidad de la medicina en México? ¿No se atreven a criticar un modelo de atención deficiente? Creo que este tema también hay que discutirlo. Si es que ha habido una crítica, ¿como es que no ha tenido impacto? ¿Tan precaria es la situación de los médicos que se prestan a hacer mala medicina? o es que ¿no se dan cuenta de que al prescribir pueden producir iatrogenia y hacer que el paciente incurra en gastos innecesarios?

Respuesta: Estamos de acuerdo con la importante apreciación del revisor en términos de las deficiencias en el papel rector del sistema de salud. Sin embargo, nuestro manuscrito no aspira a un análisis con dicho alcance que requeriría un abordaje macro del propio sistema. De esta forma, la información obtenida en el estudio no permite dar respuesta a diversos interrogantes que requieren ser abordados en CAF y que serán muy probablemente el componente de líneas de investigación futura. Aun así, nuestro estudio se suma al conocimiento que se está generando progresivamente en torno al funcionamiento de los CAF, lo cual podrá servir de base, más adelante, para otros análisis y para informar la toma de decisiones.

Revisión 2

Revisor: El estudio es interesante al reflejar una situación laboral de médicos que, en otros entornos, sería difícilmente aceptable y éticamente más que dudosa. Sin lugar a dudas constituye un material esencial para que los responsables sanitarios de México se replanteen el modelo. Desde un punto de vista metodológico el trabajo es adecuado, tanto en su diseño como en su desarrollo. No obstante, si bien se explicita que el reclutamiento de los sujetos de estudio fue intencional, no explicitan los criterios para dicho reclutamiento.

Respuesta: Atendiendo a los comentarios del revisor, en el apartado métodos (segundo párrafo Pág. 4 y 5) se agrega información sobre los criterios para el reclutamiento de los informantes.

Revisor: Por otra parte tampoco se explicita si el estudio fue sometido a algún tipo de validación, como por ejemplo, triangulación, lo que podría conducir a sesgos de interpretación en el estudio. Resultados y discusión correctos, así como la bibliografía.

Respuesta: el estudio desde su concepción se mantuvo como una exploración hacia el fenómeno de los CAF en México; si bien el proyecto de investigación se llevó a cabo con la colaboración y el aporte de investigadores de diversas disciplinas del campo de la salud pública, su ejecución y desarrollo no incorporó el intercambio de teorías o métodos que dieran como resultado un constructo transdisciplinario del objeto de estudio¹. Consideramos que lo reportado en nuestro

¹ Minayo, 1999. Triangulación de métodos en la evaluación de programas y servicios de salud.

estudio podrá servir de referencia para futuros estudios que aborden la dinámica de los CAF y sus implicaciones desde diversos enfoques y perspectivas. Si bien, esta situación podría dar lugar a sesgos de interpretación, tal como lo comenta el revisor, consideramos que el análisis de las entrevistas llevado a cabo por tres investigadores puede asegurar que los resultados reportados reflejan la percepción y el sentir del colectivo médico entrevistado tal como fue expresado. La precisión de la no triangulación se explicita en el apartado de limitaciones del estudio (Pág. 11).

Revisión 3

Revisor: Interesante aproximación que describe las condiciones de trabajo en los CAF por parte de los médicos y como los incentivos son utilizados para alinear esfuerzos con los intereses del propietario -exigidos contractualmente-, en situaciones de precariedades profesionales y por tanto sensibles a recompensas financieras. Otros tipos de motivadores -las necesidades de salud de la población- son insuficientes por sí solas. Para las administraciones públicas responsables de la salud colectiva, lo descrito en el manuscrito y analizado en el párrafo anterior, hace que este trabajo sea lo suficientemente relevante como para ser publicado, siempre que se acometan cambios en algunos elementos metodológicos.

Clásicamente, la evidencia señala que en sanidad cualquier sistema de incentivos que vincule la retribución del empleado a variables de resultado, traslada riesgos al convertir en aleatorias parte de las rentas de los empleados. Singularmente, en este caso la aleatoriedad no existe, ya que se puede medir sin dificultad el comportamiento sin necesidad de recurrir a variables proxy. La variable objetivo es

única y está bajo el control del profesional: la prescripción, obviando otras características de la atención médica: esfuerzo, complejidad, calidad técnica, etc.

Respuesta: Agradecemos la opinión del revisor respecto a nuestro trabajo.

Revisor: Metodología. Sería conveniente enfatizar este trabajo como una aproximación. En investigación cualitativa no se puede realizar inferencia de resultados, especialmente cuando la muestra -32 entrevistas en relación con los 32.500 médicos que trabajan en CAF- a juicio de este revisor es considerada discreta. Al igual que en otro de tipo de estudios, la técnica cualitativa de este trabajo debe de justificar más el diseño muestral, ya que el universo poblacional objeto de estudio 32.500 es cuantitativamente significativo. En cualquier caso, los autores deben de aclarar nítidamente si esta investigación cualitativa no pretende generalizaciones pero sí explorar la situación organizativa de los CAF.

Respuesta: Atendiendo los comentarios del revisor agregamos en las limitaciones del estudio que no se pretende hacer generalizaciones a partir de los hallazgos dado que estos dan cuenta de la situación laboral específica de los médicos que participaron y que reportaron laborar en CAF (ver Pág. 11). De la misma forma aclaramos en el apartado de métodos (Pág. 4, primer párrafo) que el estudio pretende explorar a partir de la experiencia del personal médico la situación laboral en CAF y los elementos organizativos que los caracteriza.

Revisor: Resultados y Discusión: congruentes con el objetivo. Las condiciones de trabajo y las retribuciones de los médicos, son componentes de los incentivos asociados al cumplimiento de objetivos o resultados. Tal como señala el

manuscrito como limitación, no existe un único sistema de incentivo-retributivo, que pueda definirse estándar para los CAF, por lo que se han de realizar nuevos estudios que permitan evaluarlos, de forma sistemática e independiente, a fin de obtener la mayor evidencia posible.

Respuesta: Como lo sugiere el revisor, en las conclusiones (Pág. 12) se han agregado sugerencias sobre la necesidad de realizar más estudios que permitan evaluar los sistemas incentivo-retributivos con los que operan los distintos modelos de CAF.

Revisor: Finalmente, señalar la conveniencia de que los autores planteen sobre la base del estado del arte revisado, alternativas organizativas de los CAF y nuevas líneas de investigación.

Respuesta: En el apartado conclusiones (Pág. 12) se han agregado, siguiendo la recomendación del revisor, las futuras líneas de investigación que permitirán continuar con estudios que brinden mayor evidencia sobre el funcionamiento e implicaciones de los CAF. Consideramos que si bien se logró información relevante sobre las características organizativas de los CAF, ésta se limita a lo que pudo obtenerse mediante el relato del personal médico. Estudios futuros deberán incluir la perspectiva de personal administrativo como supervisores y gerentes, así como de los usuarios de los servicios. Con ello, podrá tenerse un panorama integral del funcionamiento organizacional de los CAF que permita a futuro sugerir alternativas organizativas, tal como lo sugiere el revisor.

II. Comentarios para el autor

Segunda revisión.

Elsevier Editorial System(tm) for Gaceta

Sanitaria

Manuscript Draft

Manuscript Number: GACETA-D-16-00226R2

Title: Condiciones de trabajo en consultorios adyacentes a farmacias privadas en Ciudad de México: perspectiva del personal médico. Working conditions in clinics adjacent to private pharmacies in Mexico City: perspective of physicians

Article Type: (OA) Original / Original Article

Palabras clave: Farmacias; Consultorios médicos; Empleo; Prescripciones de medicamentos; Conflicto de intereses; México.

Key words: Pharmacies; Physicians' offices; Employment; Drug prescriptions; Conflict of interest; Mexico.

Suggested Reviewers:

Respuesta a los comentarios del Comité Editorial

En general: Ha mejorado sustancialmente el manuscrito con las aportaciones de sus autoras(es) a consecuencia de las sugerencias de las primeras revisiones. Sin embargo, aún queda un poco de trabajo para que el trabajo sea aceptado sin modificaciones para su publicación en Gaceta Sanitaria.

Las cuestiones a modificar son principalmente de forma y no de fondo que detallo a continuación:

Comentario. Resumen: Adaptar palabras claves a términos DeCS/MeSH. 3 de 5 son correctos.

Respuesta: De acuerdo con la recomendación, se adaptaron las palabras clave a términos DeCS/MeSH: se cambió conflicto de interés por conflicto de intereses, prescripción de medicamentos por prescripciones de medicamentos, drug prescription por drug prescriptions, asimismo se agregaron las palabras empleo/employment y consultorios médicos/physicians' offices.

Comentario: Introducción. Ha mejorado, aunque deberían considerar actualizar ciertas citas que se comentan en el apartado de referencias bibliográficas. Añadir cita sobre tipo de contratación de personal médicos de los CAF que se menciona en éste apartado, objetivo, metodología y posteriormente en resultados.

Respuesta: Siguiendo la sugerencia, se citó nuevamente en el párrafo 2 de la página 4, una referencia (#4) que ha reportado el tipo de contratación entre los CAF y médicos. Cabe señalar que en el mismo párrafo se han referido citas específicas de otras publicaciones realizadas por el mismo grupo de trabajo y que han reportado aspectos laborales de los CAF.

Comentario. Metodología: Adecuada.

Comentario. Resultados: Ha mejorado, pero considerar las siguientes sugerencias.

1. La explicación de la modalidad de contratación y remuneración en la tabla I debe estar en concordancia con el contenido y ahora no lo está. Inicio de página 6.

Respuesta: Se agregó al final del primer párrafo de la página 6 una mejor descripción de la tabla I a fin de que corresponda con su contenido, tal como lo sugiere el revisor.

2. Se sugiere mejorar la conexión entre el segundo y tercer párrafo de la página 6, ya que no está correctamente redactado.

Respuesta: Se ajustó la conexión entre los dos párrafos para dar claridad al texto.

3. Se sugiere volver a revisar el vocabulario desde la perspectiva de género, ya que se continúa utilizando en genérico masculino para incluir a hombres y mujeres (último párrafo de la página 6, primer y segundo párrafo de la página 9, primer y segundo párrafo página 10, primer párrafo página 12).

Respuesta del autor (Authors response)

Respuesta: Se realizaron las correcciones solicitadas, de la misma forma se revisó de manera minuciosa el texto encontrando ajustes adicionales en la Pág. 7 párrafos 2 y 3 y Pág. 8 párrafo 3, así como en el resumen.

4. Evitar utilizar el concepto de pacientes, y se sugiere reemplazar por personas usuarias o similar. Esto se extiende para todo el documento.

Respuesta: Siguiendo la sugerencia, se revisó a detalle el documento a fin de reemplazar el concepto pacientes por usuarios: pág. 7 párrafo 4 y 5.

Comentario. Discusión: Considerar que elegir la metodología cualitativa lleva intrínsecamente la decisión de no extrapolar los resultados, por tanto, no es una limitación. Corregir el documento.

Respuesta: De acuerdo con el comentario, se corrigió el documento retirando esa limitación.

Comentario. Se sugiere considerar añadir una idea sobre el riesgo de sobremedicalización en éste tipo de prácticas que debería investigarse a futuro.

Respuesta: Siguiendo la recomendación, en la página 11, párrafo 3, se agregó la idea del riesgo de sobre-medicalización que podrían generar la presencia de los CAF.

Revisor. Por último, es importante añadir la idea de que la perpetuación de éste tipo de servicios sin fiscalización afianza las desigualdades en salud, tanto para el personal médico por las precarias condiciones laborales como para la población que accede en desventaja a éste servicio.

Respuesta: Agradecemos la sugerencia, con base en la cual se agregó un párrafo al respecto en el apartado conclusiones, entre el último párrafo de página 11 y primer párrafo de la página 12.

Revisor. Referencias bibliográficas.

Respuesta: se realizaron todos los ajustes sugeridos a las referencias bibliográficas que han sido marcados con negrilla, de la misma forma se retiró la referencia 6 por no contar con link de acceso.

III. Comentarios para el autor

Tercera revisión.

Página 1. Resumen:

Cambiar "Los/as entrevistados/as percibieron" por "El personal médico percibió"

Página 5. Resultados: 3era fila del primer párrafo: Cambiar "Todos los/as informantes, excepto uno,..," por "Toda la población de estudio, excepto una persona, egresó de universidades..."

Página 7. Resultados:

Fila 11. Cambiar "Algunos entrevistados/as afirmaron..." por "Una parte de la población de estudio afirmó..."

Fila 19. Cambiar "usuarios atendidos" por "población atendida".

Fila 21. Cambiar "usuarios" por "usuarios/as".

Fila 23. Cambiar "Todos los entrevistados" por "Los/as informantes" o "Toda la población informante" o "Toda la población de estudio" o "Toda la población entrevistada".

Fila 24. Cambiar "usuarios" por "usuarios/as" o "población usuaria".

Fila 24. Cambiar "algunos" por "algunos/as".

Página 8. Resultados:

Fila 14. Cambiar "Para los/as entrevistados/as.." por " Para la población de estudio..".

Fila 18. Corregir la cita a la tabla 4, ya que está unida la palabra al número.

Página 9. Discusión:

Fila 14. Cambiar "los/las entrevistados/as" por "del personal médico".

Fila 23. Cambiar "entrevistados/as" por "profesionales".

Página 10. Discusión:

Última fila. Cambiar "de los usuarios" por " de la población usuaria".

Página 11. Discusión

Fila 6-7. Cambiar "de los/as médicos/as" por "del personal médico".

Fila 16-17. Cambiar "los empleadores" por "quien les emplea".

Respuesta: agradecemos las consideraciones solicitadas, se han realizado todos los cambios sugeridos y se ha revisado el texto en su totalidad ajustando el lenguaje al requerido por la política editorial de Gaceta Sanitaria. Las modificaciones han sido resaltadas en negrilla en el texto de la nueva versión del manuscrito.