



Universidad Autónoma de San Luis Potosí
Facultad de Enfermería y Nutrición

MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

TESIS

Percepciones y experiencias entorno a la atención médica y servicios del personal sanitario, no sanitario y personas usuarias que acuden a los Consultorios Adyacentes a Farmacias

Presenta: Q.F.B. Fernanda Guadalupe Flores Soria

Director: Dr. César Padilla Altamira

Co- asesor: Dr. Luis Eduardo Hernández Ibarra

San Luis Potosí, S.L.P

Septiembre 2024

Percepciones y experiencias entorno a la atención médica y servicios del personal sanitario, no sanitario y personas usuarias que acuden a los Consultorios Adyacentes a Farmacias © 2024 por Fernanda Guadalupe Flores Soria tiene licencia [Creative Commons](#)

[Atribución-No Comercial-CompartirIgual 4.0 Internacional](#)

Resumen

Introducción: Los Consultorios Adyacentes a Farmacia (CAF), los cuales surgieron a finales de la década de 1990 en México, han crecido de manera exponencial en la última década. Hoy en día abarcan un gran porcentaje de consultas externas del sistema de salud. Son miles las personas que acuden a CAF en busca de solucionar sus necesidades de salud. Además, se han posicionado como uno de los principales empleadores de personal sanitario en el país (1). **Objetivo:** Analizar las percepciones y experiencias del personal sanitario y no sanitario que labora en CAF sobre la atención médica que brindan y sobre las condiciones y prácticas laborales; además de las experiencias de atención médica y servicios recibidos por parte del personal sanitario y no sanitario hacia los usuarios que acuden a estos consultorios. **Metodología:** Se realizó un estudio cualitativo con personal sanitario, no sanitario y usuarios de CAF. Esta tesis parte de una postura teórica crítico-interpretativa. Para la recolección de datos se utilizó la entrevista semiestructurada con personal sanitario, no sanitario y usuarios de CAF y la observación no participante. **Resultados:** El personal sanitario entrevistado reportó, respecto a las condiciones laborales en CAF, que no cuentan con contratos bien establecidos o prestaciones laborales, además de carecer de un salario digno. Mencionaron, además, presión por parte de superiores por alcanzar las metas de ventas establecidas por la empresa. Sobre el servicio brindado, señalaron que los usuarios con frecuencia demandan la prescripción de medicamentos específicos (p.e. antibióticos). En cuanto al personal no sanitario (PNS), se encontró que no todos los CAF manejan el mismo esquema de comisiones por venta de medicamentos, y en algunos establecimientos se les ofrecen contratos escritos, un salario fijo, pero pocas prestaciones. Además, el PNS es un personal bien informado y consciente de la responsabilidad de su trabajo. Finalmente, en cuanto a los usuarios respecto a los servicios brindados por CAF, coinciden en percibir una menor calidad en los medicamentos y consultas brindadas en estas empresas, aunque acuden a estos por su cercanía y conveniencia en tiempos de espera. **Conclusiones:** Se deben resaltar las precarias condiciones de trabajo que enfrentan los profesionales de la salud pertenecientes a CAF. Se mostró que el problema de la mercantilización de la salud ha tenido como consecuencia que los usuarios consideren al médico como un intermediario para obtener un “producto”. El derecho a la salud, por lo tanto, se ve amenazado por situaciones en donde las consultas médicas son reducidas a transacciones mercantiles. El crecimiento que CAF ha tenido se

debe principalmente a las deficiencias del sistema de salud público y a la falta de regulación por parte de las autoridades sanitarias.

Índice

| | |
|--|-----------|
| I. Introducción | 1 |
| II. Planteamiento del problema | 4 |
| III. Marco teórico | 11 |
| 3.1 <i>Sistema de salud mexicano</i> | 11 |
| 3.2 <i>El derecho a la salud y las desigualdades en salud en México</i> | 17 |
| 3.3 <i>La atención primaria en salud</i> | 21 |
| 3.4 <i>Consultorios Adyacentes a Farmacias</i> | 24 |
| 3.5 <i>Experiencias y perspectivas de los usuarios en la atención de la salud</i> | 26 |
| 3.6 <i>Estudios sobre la experiencia de los profesionales de la salud que brindan servicios de atención primaria.</i> | 29 |
| 3.7 <i>Derechos laborales en México</i> | 32 |
| IV. Objetivos | 35 |
| 4.1 <i>Generales</i> | 35 |
| 4.2 <i>Específicos</i> | 35 |
| V. Metodología | 35 |
| 5.1 <i>Tipo de estudio y diseño metodológico</i> | 35 |
| 5.2 <i>Participantes</i> | 36 |
| 5.3 <i>Muestreo</i> | 37 |
| 5.4 <i>Lugar</i> | 38 |
| 5.5 <i>Técnicas de obtención de información</i> | 38 |
| 5.6 <i>Análisis de datos</i> | 40 |
| 5.7 <i>Procedimientos</i> | 41 |
| 5.8 <i>Recursos Humanos, Materiales y Financieros</i> | 43 |
| 5.9 <i>Consideraciones éticas y legales</i> | 44 |
| 5.10 <i>Preparación del trabajo de campo</i> | 47 |
| VI. Resultados | 50 |
| 6.1 Experiencias y percepciones del personal sanitario que brinda servicios en CAF. | 51 |
| Esfera Estructural | 53 |
| Esfera Ideacional | 68 |
| Esfera Relacional | 73 |
| 6.2 Experiencias y percepciones del personal médico que labora en CAF. | 76 |
| Esfera Estructural | 77 |
| Esfera Relacional | 83 |
| Esfera Ideacional | 87 |
| 6.3 Experiencias y percepciones del personal no sanitario que labora en CAF. ... | 90 |
| Esfera Estructural | 91 |
| Esfera Relacional | 100 |
| Esfera Ideacional | 101 |

| | |
|---|------------|
| 6.4 Experiencias y percepciones de los usuarios sobre la atención médica y servicios de CAF..... | 102 |
| Esfera Estructural | 103 |
| Esfera Ideacional | 107 |
| Esfera Relacional..... | 111 |
| VII. Discusión | 113 |
| VIII. Conclusiones..... | 124 |
| IX. Bibliografía..... | 126 |
| X. Anexos..... | 131 |
| 10.1 Instrumentos..... | 131 |
| 10.3 Carta de consentimiento informado..... | 141 |

I. Introducción

Los Consultorios Adyacentes a Farmacia (CAF) surgieron a finales de la década de 1990, como parte de la estrategia de expansión del mercado de los medicamentos genéricos, emprendida por la empresa Farmacias Similares. A partir de entonces, distintas cadenas de farmacias copiaron dicho modelo, entre las cuales se encuentran: Farmacias Guadalajara, Farmacias Benavides, Farmacias del Ahorro, Farmacias San Pablo, entre las más conocidas. Este tipo de consultorios han crecido de manera exponencial, y hoy en día abarcan un gran porcentaje de las consultas externas del sistema de salud puesto que se tienen registros de alcanzar hasta los seis millones de consultas, y sólo son superados por los ocho millones de consultas al mes que otorga el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)(1).

Los CAF son un servicio de salud privado que ofrece consultas ambulatorias a bajo costo. Abarcan servicios de medicina general con sus consultorios médicos, también ofrecen servicios de consultorios dentales donde brindan consulta y procedimientos odontológicos básicos, además de contar con consultorios nutricionales. Por otra parte, cuentan con laboratorios de análisis clínicos y de gabinete especializados en diversas áreas como cardiología, neumología, ginecología, entre otras. También ofrecen servicios de rayos X, resonancia y ultrasonidos. Dichos consultorios están sujetos a la Norma Oficial Mexicana 005-SSA3-2010, que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatoria, por su parte COFEPRIS compartió una guía de buenas prácticas médicas en farmacias con consultorio, la cual brinda recomendaciones para ofrecer igualar la calidad en los servicios de salud que ofrecen (2).

Recientemente debido al crecimiento que han tenido y a la gran demanda por parte de los usuarios, los CAF han estado en la mira de las autoridades, en especial de Secretaría de Salud. El actual subsecretario de salud, el Dr. Hugo López Gatell argumentó el pasado 16 de agosto del 2022, que este tipo de empresas (CAF) donde se ofrecen consultas a bajo costo “eran un gran engaño”. Destacó que las

condiciones del personal médico que labora en CAF son consideradas precarias, además de resaltar el interés de dichas empresas de vender medicamentos por encima de solucionar un problema de salud (1).

A pesar de las críticas oficiales, los CAF están abarcando un importante lugar en el sistema de salud. Son miles las personas que acuden a estos consultorios en busca de solucionar sus necesidades de salud diariamente. Además, se han posicionado como uno de los principales empleadores de personal sanitario en el país. Es importante que en este tipo de empresas se asegure la calidad de la consulta y se elimine cualquier posible conflicto de intereses que ponga en riesgo la economía de los usuarios. También se debe poner especial atención en las condiciones laborales del personal médico, ya que cada vez es más común darse cuenta de que el hecho de tener una carrera profesional e inclusive alguna especialidad no asegura condiciones justas de trabajo, tal como se observa en CAF y esto puede mermar el desempeño del personal de salud y afectar directamente en los usuarios.

Sin duda, estos CAF son empresas que trabajan con modelos que se centran en la prestación de un servicio donde el principal objetivo es obtener un beneficio económico. El fenómeno de la mercantilización de la salud se caracteriza por un proceso donde se comercializa la salud en todos los niveles y donde si se necesita recibir mejores prestaciones y/o atenciones se requiere de un incremento en la aportación. Sin embargo, en el caso de la salud, la mercantilización implica ir en contra de los derechos humanos, puesto que la salud es un derecho universal y este no debe estar condicionado (3). No obstante, también es evidente que son de utilidad para un sector de la población que carece de recursos suficientes para atender sus problemas de salud, o que inclusive está decepcionada del actual sistema público de salud.

Esta investigación busca estudiar, desde una perspectiva cualitativa, el creciente fenómeno de los CAF en la ciudad de San Luis Potosí. Se centrará en conocer y analizar las experiencias y percepciones de los usuarios sobre la atención que reciben en estos servicios, así como en las perspectivas y prácticas del personal

sanitario y no sanitario que labora en los CAF. Las experiencias se entienden como una manera de entender la existencia de múltiples realidades, fenómenos puros de la conciencia, producto de las interacciones y las actividades humanas que son consecuencia de la voluntad y del lenguaje, de la cultura; dichas realidades, no responden a principios de causa y efecto, ya que surgen producto de procesos holísticos y complejos. Dichas experiencias adquieren un significado especial, además que pueden ser de corta o larga duración, ser positivas o negativas, lo importante es que éstas tengan un significado para las personas. Se estudian para obtener una mejor comprensión de lo que las personas viven, dicha experiencia puede llegar a ser compleja y sus contenidos pueden originarse en el interior del sujeto, en el mundo real o en su interior (4,5). Por otro lado, la percepción se entiende por la interpretación de la información que se recibe por medio de las sensaciones para formarse luego una idea sobre el mundo circundante, es decir, es un reflejo subjetivo de la realidad objetiva. Estas percepciones reflejan una pequeña parte del todo y destacan la relación jerárquica que tiene el conocimiento con respecto a los subprocesos correspondientes (6).

Para fines de esta investigación se les denominará personal sanitario a todos los profesionales con formación académica universitaria y título profesional tales como médicos, enfermeras y químicos farmacobiólogos, por otra parte, se le denominará personal no sanitario a aquellos con formación de bachillerato o inferior y que no cuenten con formación universitaria, ni título profesional, cómo el personal de farmacia que labora en este tipo de cadenas. La investigación se apoyará en una perspectiva crítica e interpretativa, en la cual se privilegiará la perspectiva de los actores involucrados y se analizarán sus perspectivas y prácticas considerando el contexto social e histórico en el que se sitúa el surgimiento de los CAF (7).

II. Planteamiento del problema

Los CAF tienen su origen en México en la década de 1990, en el contexto de un proceso de reformas neoliberales en el sistema de salud. El marco neoliberal plantea que históricamente un mercado libre produce menos desigualdades, una distribución de la riqueza más amplia y menos pobreza que cualquier otra forma de organización económica. De igual forma, se orienta a darle importancia secundaria a las cuestiones sociales y privilegiar ante todo el principio de propiedad privada y la libertad individual (8,9). Dicho marco neoliberal, se aplicó a todos los países de América Latina, a través de una serie de “recomendaciones”¹, las cuales suponían guiarían las políticas económicas de la economía global, sin embargo, estas no abordaban las grandes inequidades o pobreza de la población. Por lo tanto, las políticas neoliberales se caracterizan por tener una concepción individualista además de dar prioridad al mercado.

Estas reformas están enfocadas al fortalecimiento de la salud en el sector privado, se centran en modificar el papel del estado como proveedor de políticas sociales y concede a la población la responsabilidad de administrar los riesgos para sobrellevar sus enfermedades. Ante este enfoque neoliberal, la biomedicina siguió tomando el papel principal, se tomaron en cuenta las creencias y valores de esta corriente para orientar las principales políticas de salud, por lo que los determinantes sociales de la salud, no se tomaron en cuenta en la agenda política. Dichas reformas no consideran a la salud como un derecho social, y tras su implementación se evidenció el aumento del gasto en salud, sin una mejoría en los resultados además de traer como consecuencia una profundización en las desigualdades. Lo anterior debido a que se institucionalizaron los servicios de salud, de acuerdo con la capacidad de pago de la población. Inclusive el propio sector salud fomentó el crecimiento del sector privado al incluir servicios subrogados, los cuales consisten

¹ Dichas recomendaciones se realizaron en el encuentro organizado por el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial. Fueron indicadas para los países que tenían algún adeudo y requerían de solicitar alguna renegociación de deudas o nuevos préstamos.

en servicios que no ofrece el sistema público pero que en otras instituciones son promovidos (9,10).

Debido a la alta demanda de servicios de salud entre la población mexicana, además de que la mitad de la población no contaba con seguridad social, la empresa Farmacias Similares comenzó a instalar consultorios con médicos generales en sus sucursales (11).² Dicha cadena fue la pionera en implementar lo que hoy en día se conoce como CAF. Farmacias Similares es parte de un grupo de empresarial llamado Grupo por un Mejor País AC, que incluye además a Laboratorios Best, compañía que elabora los medicamentos y suplementos alimenticios, Fundación Best, quienes proveen de atención médica ambulatoria de primer nivel, Análisis Clínicos del Dr. Simi y Transportes Farmacéuticos Similares (1,9).³

Después de que *Grupo por un País Mejor* implementara esta idea, en los últimos años otras cadenas de farmacias han incorporado dicho modelo a su esquema, en el estado de San Luis Potosí se encuentran Farmacias del Ahorro, Farmacias Guadalajara, Farmacias Benavides, entre las más conocidas, sin mencionar que también existen pequeñas farmacias locales que también implementan tener un consultorio adyacente a ellas. Según datos de que en el periodo de 2006 a 2016 los CAF crecieron en todo el país un 516%. Es importante señalar que, en el año 2010 con la modificación a la Ley General de Salud, en donde se obligaba a la venta de antibióticos exclusivamente con receta médica, se creó un mayor interés por las farmacias en implementar un consultorio a lado de estas. Específicamente en el intervalo de 2012 a 2018 el aumento en los CAF fue tan acelerado que se convirtió en un actor importante en el sistema de salud mexicano, medido por la cobertura

² La cadena Farmacias Similares fue fundada por el empresario Víctor González Torres en 1997. Este empresario pertenece a un linaje que ha estado relacionado por muchos años al sector farmacéutico y a la política, lo cual le permitió establecer negocios que le han traído altas ganancias (5).

³ Por otra parte, cuentan con instituciones dedicadas a la labor social como la Fundación del Dr. Simi A.C., Centro Nacional de Diagnóstico para las Enfermedades Emocionales, Fundación de niños Eugenia A.C. y Movimiento Nacional Anticorrupción. Ver <https://www.porunpaismejor.com.mx/empresas.html> (fecha de acceso 21/05/2023).

por 100,000 habitantes y comparándolos con la densidad de clínicas de Secretaría de Salud (9,12).

Según información que dio a conocer la Asociación Nacional de Farmacias de México (Anafarmex), en el 2022 se abrieron alrededor de tres mil sucursales en diferentes formatos: tiendas de autoservicio, comunitarias y cadenas. Para 2022 operaban cerca de 43 mil farmacias, de las cuales 18 mil contaban con consultorios adyacentes, los cuales cuentan con distintas formas de pago, además de servicios de transferencias de dinero, pagos de servicio y supermercado (13). Es decir, no se trata de servicios médicos de primer nivel de atención y farmacia, sino que incorporan otros servicios y productos para atraer a más clientes.

De acuerdo con datos reportados en los últimos años la demanda de los servicios ambulatorios privados tuvo un alto crecimiento, puesto que para el año 2000 representaba 31% del total de consultas médicas, y esto aumentó a 37.6% y 38.9% para 2006 y 2012 respectivamente. En el año 2012 se estimaba que los consultorios de farmacia atendían 250,000 consultas al día, por lo tanto 7,604,166 al mes y 91,250,000 al año. Para el año 2013 ya operaban cerca de 13 000 CAF, lo cual representaba la mitad de las farmacias de todo el país, las cuales ofrecían atención a cerca de 10 millones de usuarios al mes y empleaban a cerca de 32,500 médicos, además que la Ensanut 2012 reportó que los CAF representaron 41.5% de las consultas ambulatorias privadas del país. Específicamente la cadena Farmacias Similares atendió el 67% de las consultas que se dieron en el año 2016 en CAF y la cantidad de consultas que atendieron se duplicó en sólo seis años, ya que de atender a 45,310,988 consultas al año en 2010 paso a 80,153,959 al 2016. Respecto a datos más recientes de la Ensanut 2021 sobre COVID de las 19, 3,027 personas que reportaron haber tenido una necesidad de salud, 23.3% acudió al IMSS, 22.2% recurrió a un consultorio médico privado, 16.4% a centros de salud u hospitales de la SSA, 19,9% en CAF, 5.5% en consultorios de hospitales privados y 3.2% en otros servicios privados (9,14,15).

Como puede verse por los anteriores datos, los CAF han crecido de manera acelerada en los últimos 15 años. En México de acuerdo a estudios recientes y a datos proporcionados por la Ensanut 2021 una parte importante de la población tiene derechohabiencia, y tienen acceso a servicios de asistencia médica de primer nivel (14). Colchero, argumenta que hay una gran cantidad de población derechohabiente que aun así prefiere asistir a los servicios de CAF que a los servicios públicos que ofrece el gobierno(12). En México, la mayor demanda en salud se concentra en la atención primaria, no obstante, el sistema está diseñado para concentrar la oferta de atención en los hospitales de tercer nivel, lo cual visibiliza la desproporción que hay entre las necesidades de las personas y el diseño actual del sistema de salud (16).

De acuerdo con el Modelo de Atención Primaria de Salud Integral e Integrada (APS-I Mx), el sistema público de salud dispone de 28 mil unidades de atención ambulatoria con 91 mil consultorios, 4,646 hospitales con 123 mil camas, 355 mil enfermeras y más de 314 mil médicos. En cuanto a la atención ambulatoria que ofrecen los servicios de salud pública se consideran desde las Unidades Médicas Móviles, todos los Centros de Salud y los Centros de Salud con Servicios Ampliados (17). Durante la pandemia por COVID-19 el gobierno a fin de garantizar un acceso oportuno y una atención de calidad a los usuarios implementó lo que se tituló “estrategia de reconversión hospitalaria” donde se buscaba ampliar la capacidad de respuesta de los hospitales de segundo y tercer nivel. Esto ayudó a atender a más personas afectadas por el virus, sin embargo, también afectó en el acceso de otros servicios de salud, principalmente todos aquellos del primer nivel. Según un análisis del Centro de Investigación Económica y Presupuestaria, 42.2 millones de consultas dejaron de realizarse en 2020 (18).

Durante la emergencia por COVID-19 la demanda de CAF aumentó, una de las principales causas por las que las personas con enfermedades crónicas acudieron a los CAF fue porque dejaron de ser atendidas por las instituciones públicas a consecuencia de la reconversión hospitalaria o por el cierre de unidades médicas que el gobierno consideró que no eran de primera necesidad. Se debe reconocer

que a pesar de las condiciones y el riesgo, los CAF nunca dejaron de atender a la población, inclusive a los que venían con sospecha de padecer COVID-19 y con cualquier síntoma de enfermedad respiratoria (18).

Todavía son escasos los estudios que exploran las experiencias y preferencias de las personas que acuden a los CAF. Un ejemplo de este tipo de estudios, realizado por A. Pérez, encontró que la mayoría de los usuarios era derechohabiente a la seguridad social u otro servicio público (1). Es decir, contrario a lo que se pudiera asumir, no son sólo las personas sin seguridad social los que acuden a los CAF para satisfacer sus necesidades de salud, sino también aquellos que cuentan con el acceso a servicios ambulatorios de primer nivel de atención sin costo. Ahora bien, una de las razones por las cuales los usuarios preferían este servicio, era la cercanía de estos a sus hogares además que disponían de más de una opción en un rango muy corto de kilómetros. Las personas entrevistadas indicaban que acudían a CAF siempre y cuando percibieran que era un padecimiento que no requería atención especializada o no ponía en peligro su vida. Otro motivo son los tiempos cortos de espera, que a comparación de los servicios públicos de salud que tienen tiempos de espera de horas, los CAF los tienen de minutos. También se encontró que los usuarios consideran que si su padecimiento es grave, acuden con médicos (con frecuencia especialistas) establecidos en consultorios particulares, ya que consideran que estos tienen mayor preparación (9).

Las personas entrevistadas también indicaron que además de los largos tiempos de espera en el sector público se encuentran con dificultades burocráticas, horarios limitados de atención, mala relación con el personal de salud que labora en las instituciones y falta de abastecimiento de medicamentos, por lo que les resulta más práctico acudir a los CAF. La mayoría de las personas entrevistadas por este autor refiere experiencias positivas de atención en los CAF. Aunado a lo anterior, la mayoría de las personas entrevistadas confía en los médicos que laboran en estas instituciones, ya que consideran que al ser jóvenes tienen conocimientos más actuales, además de “ganas” y una “buena actitud” al momento de atenderlos a comparación de los médicos pertenecientes al sistema de salud público, los cuales

consideran deshumanizados y con poca empatía. No obstante, también hay experiencias poco agradables donde las personas no confían en los médicos por la misma razón de la edad, ya que al contrario, creen que no están tan experimentados además de que no tienen la certeza de que estén titulados (9).

En otro estudio realizado por A. Colchero, quien analizó datos de la Ensanut, la autora describe las necesidades de salud de la población mexicana, donde destacan que una de las mayores necesidades son las enfermedades agudas, seguidas de las crónicas. Además, la autora contrasta los lugares donde la población acudió a recibir atención médica contra su derechohabiencia, encontrando que respecto a los eventos agudos 29.4% de la población se atendió en el sector público y el 70.6% en el sector privado y dentro de este porcentaje llama la atención que un 27.6% acudió a CAF. Estos datos son de gran relevancia ya que se puede conocer cuáles son las principales necesidades de salud de la población mexicana y además a donde acuden a atenderlas. De ahí su importancia ya que podemos darnos cuenta que respecto a enfermedades agudas la gente prefiere acudir a los servicios privados que a los públicos, por lo que es relevante conocer cómo es el funcionamiento de este tipo de establecimientos (19).

Por otra parte, adentrándonos al funcionamiento de los CAF, E. Blancas realizó un estudio en el que exploraron las condiciones laborales de los profesionistas médicos en dichos consultorios. El autor encontró que el 63% de los médicos que participaron en el estudio había comenzado en un CAF su ejercicio profesional, al contar con facilidades para incorporarse a estas empresas. Este estudio también reveló que el 63% de los entrevistados reportaban casos de contratación de manera verbal y de carácter indefinido además que un 53% señaló que la única prestación que tenían era un día de descanso a la semana y sólo el 3% contaba con afiliación al IMSS. Por otra parte, Díaz-Portillo realizó una investigación donde se analizaron las características del personal médico, donde encontró que los médicos que trabajan en CAF contaron con facilidades al momento de la contratación. En este mismo estudio se encontró que el 27.3% de los médicos CAF no utilizan historia clínica y cumplen en menor proporción con lo requerido en la receta médica (razón

social, nombre del establecimiento, licencia sanitaria), además manifestaron recibir información de los medicamentos disponibles en la farmacia cercana a su consultorio con frecuencia (15,20).

Con esta información se puede resaltar que las condiciones laborales de los médicos que laboran en CAF no están bien claras y a diferencia de aquellos que trabajan en dependencias públicas gozan de muy pocas o nulas prestaciones, una cuestión interesante es si estas condiciones pueden llegar a afectar de manera directa su desempeño laboral. Otro punto a resaltar es que hacen énfasis en que la Cofepris realiza muy pocas inspecciones a este tipo de establecimientos, por lo que hace falta que dicha institución ponga más atención a este tipo de consultorios (15).

Los estudios realizados por E. Blancas y Díaz-Portillo (15,20) coinciden en varios aspectos, por un lado, en que los médicos no cuentan con prestaciones, sueldos dignos, contratos bien establecidos y además, algunos estudios reportan que los médicos sienten presión por parte de los encargados y supervisores de farmacia al indicarles qué fármacos están por caducar. La mayoría de estos estudios son cuantitativos, elaborados a través de encuestas y enfoques positivistas que, aunque aportan datos relevantes sobre el tema, no son capaces de captar en profundidad las experiencias y perspectivas de los actores involucrados.

Los CAF han adquirido una importante presencia en el sistema de salud, se han posicionado como uno de los principales puntos de acceso a los servicios médicos de primer nivel para la población, en particular de las personas de ingresos bajos, por lo que es relevante poner atención en cómo trabajan, las condiciones a los que están expuestos el personal de salud y por supuesto los usuarios que día a día acuden a estos CAF en busca de mejorar su salud. Además de lo anterior, CAF ha crecido de gran manera en los últimos años y por esto es necesario realizar investigaciones que exploren las experiencias y percepciones acerca del trabajo del personal sanitario y no sanitario que labora en CAF. Por otro lado, también son escasos los estudios que exploran el punto de vista de los usuarios, ya que se cuentan con estudios cuantitativos que evalúan su experiencia en cuanto a la

calidad de los servicios de salud pública, sin embargo, hay escasos estudios cualitativos que evalúen este aspecto. Una perspectiva cualitativa nos permitirá profundizar y conocer las experiencias y percepciones del personal sanitario, no sanitario y usuarios, además de los significados de dichas experiencias, lo cual nos puede ayudar a comprender el papel y la importancia de CAF en la actualidad tanto para usuarios como para el personal sanitario y no sanitario. Por lo tanto, la pregunta de investigación sería: ¿Cómo es la atención médica según las percepciones y experiencias del personal sanitario y no sanitario que labora en CAF, y de los usuarios que acuden a estos consultorios en la capital de San Luis Potosí?

III. Marco teórico

3.1 Sistema de salud mexicano

Un óptimo sistema de salud tiene objetivos bien definidos, siendo el principal mejorar y mantener la salud de su población. También se busca un trato amable, respetuoso y humanizado a los usuarios, y finalmente en caso de alguna enfermedad asegurar protección financiera. Generalmente se busca que en los sistemas de salud exista un equilibrio entre el tratamiento de las enfermedades y la atención preventiva de enfermedades, no obstante, se le da prioridad al tratamiento de las enfermedades o al tercer nivel de atención. Es necesario que se busque tal equilibrio ya que la promoción de comportamientos saludables beneficia tanto a la población a prevenir padecimientos y evitar mayores gastos en salud, cómo al propio sistema de salud puesto es bien sabido que los gastos en el tercer nivel de salud pueden llegar a ser muy grandes a comparación de los que se podrían generar en la atención primaria (21,22).

El sistema de salud en México en la actualidad se encuentra dividido en dos sectores: el público y el privado. En el sector público se encuentran las instituciones de seguridad social: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos (PEMEX), Instituto de Seguridad Social para las

Fuerzas Armadas Mexicanas en el caso de Secretaria de Defensa Nacional (SEDENA) y la Secretaria de Marina (SEMAR), las instituciones y programas que atienden a la población sin seguridad social por medio de Secretaría de Salud (Servicios Estatales de Salud, programas municipales de salud, el programa IMSS-Bienestar antes Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI)). Por el otro lado, en el privado se encuentran las compañías aseguradoras y prestadores de servicios que trabajan en clínicas, hospitales privados, consultorios particulares, CAF y además se incluye a los prestadores de servicios de medicina alternativa (23).

El sector privado se define como el conjunto de individuos, organismos e instituciones que desarrollan actividades en el campo de la salud con bienes de propiedad particular. En México este tipo de atención se concentra primordialmente en la prestación directa de servicios en consultorios y hospitales pequeños y medianos, con fines de lucro. Estos servicios son utilizados por la población sin importar si son derechohabientes de alguna institución pública. En los últimos años la demanda de estos servicios han crecido, entre las razones por las cuales han recurrido a la medicina privada se relacionan con la deficiencia de los servicios de salud públicos, puesto que los usuarios no se encuentran satisfechos con la atención que se les proporciona, reciben tratos inadecuados además de reportar estar en desacuerdo con el diagnóstico y el tratamiento al no percibir una mejora en su estado de salud, por lo que recurren a médicos del sector privado en busca de otra opinión (24). Por lo anterior los CAF encontraron un espacio para satisfacer la necesidad de la población, al ofrecer servicios que se encuentran dentro de la atención de primer nivel a bajo costo y con tiempo de espera cortos, además de medicamento a costos accesibles.

Se tienen datos según el pasado censo de población del año 2020, del número de población que están afiliados a las distintas instituciones del sector público, cómo se puede ver en la tabla 1. El número total de la población asegurada tanto en lo público como en lo privado no coincide con la sumatoria de cada una de las instituciones. Esto nos indica que las personas no sólo están afiliadas a una sola

institución, sino que, de acuerdo con sus necesidades y a la capacidad de cada institución de satisfacerlas, buscan utilizar los servicios de las diferentes instituciones.

Tabla 1. Distribución de la población según la institución a la que se encuentra afiliada.

| | Total de la población | % |
|--|-----------------------|---------------|
| México | 126,014,024 | |
| Población no asegurada | 32,999,713 | 26.19% |
| Población asegurada (público y privado) | 92,582,812 | 73.47% |
| IMSS | 47,245,909 | 37.49% |
| ISSSTE | 8,206,698 | 6.51% |
| Otras instituciones de SS | 1,192,255 | 0.95% |
| INSABI (más SP) | 33,801,552 | 26.06% |
| Seguro Privado | 2,615,213 | 2.08% |
| Otro | 1,149,542 | 0.91% |

Fuente: INEGI 2020

Lo anterior da cuenta de que el sistema de salud se encuentra sumamente fragmentado y esto también tiene como consecuencia que los usuarios estén fragmentados en las distintas instituciones. Las personas que pertenecen al sector formal, jubilados y sus familias gozan de los servicios de las instituciones de seguridad social; por otra parte, las personas que tienen emprendimientos propios, trabajadores informales, desempleados y sus familias se atienden en las instituciones que se encargan de la población sin seguridad social; en otro grupo, están las personas con un poder adquisitivo alto que acude a los servicios privados de salud. No obstante, también existen los casos donde a pesar de contar con alguna afiliación a los servicios de salud acuden por diversas razones a otras instituciones del mismo sector público o inclusive a servicios de atención privada (21).

En los últimos 35 años el sistema de salud mexicano ha pasado por un proceso de desmantelamiento de lo público, debido a las reformas neoliberales donde el objetivo principal consistía en privatizar áreas rentables de las instituciones de protección social, modificar la relación público-privada en el sistema de salud, descentralizar los problemas de la federación a los estados sin fortalecer las capacidades técnicas, financieras y organizacionales locales. En el año de 1980, comenzó una expansión de los servicios públicos de salud y aumentaron poco a poco sus coberturas en atención médico-sanitaria y esta expansión se detuvo por la imposición de la lógica de mercado. Poco a poco las coberturas en el sector público se basaban en paquetes básicos de salud, lo que simplificaría y reduciría la prestación de servicios públicos además de poner en juego la integralidad de la atención. Además al mismo tiempo comenzaron a disminuirse los presupuestos del IMSS y del ISSSTE, finalmente se privatizaron las pensiones por medio de las Administradoras de Fondos para el Retiro (AFORES), quienes están vinculadas a la banca privada (25).

El SP resulta ser el ejemplo claro del modelo neoliberal en salud, ya que el fundamento básico era introducir el aseguramiento individual e instaurar el subsidio a la demanda. El SP era un seguro voluntario subsidiado, su financiamiento era con recursos públicos y cuotas de los beneficiarios dependiendo de su capacidad económica. Este SP garantizaba un paquete básico de servicios el cual estaba especificado en el Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud (CAUSES), por otra parte, contaba también con un Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC). Este sistema entró en función el 1 de enero de 2004, y para 2008 ya contaba con más de 27 millones de afiliados, mientras que en 2014 según el INEGI contó con 51.1 millones de personas afiliadas al SP (25).

Sin embargo, el SP sufrió múltiples críticas ya que se señaló que no había alcanzado las metas establecidas, puesto que el Dr. Jorge Alcocer Varela argumentó que para el año 2019, 20 millones de mexicanos no contaban con cobertura a pesar de que el programa tenía 15 años en funcionamiento. También se criticó que los paquetes

de servicios y medicamentos que se ofrecían no iban acorde a las necesidades de la población y además generaban gastos de bolsillo a todos los usuarios y a sus seres queridos. Otro gran problema que argumentaban fue la gran corrupción que se percibió, puesto que se le dio un papel primordial al sector privado y por la falta de rendición de cuentas de los fondos públicos que se enviaban a los estados. No obstante, no todo fue malo ya que el SP mejoró el acceso a muchos servicios de salud en México al brindar servicios de alto costo que se financiaban con el FPGC además de los servicios básicos de cuidado materno y el gobierno federal hizo cambios en las políticas de acuerdo a los problemas de la población, además que el gasto de bolsillo se redujo como proporción del gasto total en salud de 52.2% en 2000 a 41.4% en 2015 (26).

Debido a que para el gobierno de México encabezado por el actual presidente de México, Andrés Manuel López Obrador, el Seguro Popular era el claro ejemplo de una política “neoliberal” y eso iba en contra de sus principales ideologías, se decretó que el SP desapareciera y entrara en vigor un nuevo y “mejorado” programa al sistema de salud mexicano y este se basaría en tres principios éticos: a) la universalidad, que se refiere a que el sistema sea capaz de proveer todos los servicios de salud a través de sistemas de salud públicos a toda la población mexicana sin seguridad social como un derecho fundamental y sin los procesos de solicitud o incorporación; b) la gratuidad, de forma exclusiva desde el sector público sin la ayuda de prestadores privados; y c) la anticorrupción, con la ayuda de la re centralización de la compra y prestación de servicios, al reducir la participación del sector privado en las instituciones del sector público (26).

Fue así como el 1 de enero de 2020 entró en funciones el INSABI bajo el mando de Juan Ferrer, arqueólogo y administrador público quien no contaba con experiencia en el sector salud. Este cambio tuvo grandes consecuencias organizacionales ya que todos los empleados fueron despedidos o transferidos a la nueva institución, los folios individuales de inscripción fueron almacenados y las bases de datos digitales de todo el país fueron eliminadas. La compra de servicios y medicamentos

fue reasignadas a las secretarías de salud estatales o al INSABI en la Ciudad de México, re centralizando estos servicios y con esto la mayoría de los estados mexicanos dejaron de ser responsables de la prestación de servicios de salud. Otro de los grandes problemas que presentó INSABI con el nuevo sistema de compra fue la alteración de la cadena de suministro, en especial en los medicamentos para el tratamiento de cáncer lo cual generó molestia en la población al grado de que hubo manifestaciones en diversas partes del país de padres de niños con leucemia (26).

A tres años de su acelerada y repentina implementación, según reportes del Universal (2023) la cámara de diputados ha presentado una iniciativa para reformar la Ley General de Salud y así establecer que el IMSS-Bienestar junto con la Secretaría de Salud provea gratuitamente servicios de salud y medicamentos para las personas sin seguridad social y así sustituir al INSABI. En dicha reforma se establece un plazo no mayor a 180 días naturales para que la Secretaría de Salud transfiera los recursos humanos, financieros materiales, inmuebles, derechos y obligaciones del INSABI a los servicios de salud del IMSS-Bienestar una vez que aprueben el decreto. Esta desaparición del INSABI habla de un fracaso por parte del actual gobierno ya que esta institución era de sus principales insignias. Así es como de nuevo a tres años de un cambio que provocó incertidumbre tanto para el personal que laboraba como para los usuarios que acudían a los servicios de salud, de nuevo el sistema de salud atravesará otra transición eternamente justificada en mejorar y brindar servicios de calidad a la población sin seguridad social.

Este nuevo cambio ha generado mucha incertidumbre tanto en el personal de salud que labora en el casi extinto INSABI cómo para las personas usuarias de tal sistema. Los trabajadores de los hospitales pertenecientes al INSABI se encuentran inseguros ante tal cambio, consideran que el sistema en el que se desenvuelven, de nuevo se encuentra inestable, de acuerdo con una nota del Sol de México, Francisco Araiza Méndez, secretario general del Sindicato Único de Trabajadores del Centenario Hospital Miguel Hidalgo (SUTCHMH), señaló que *“estamos a la espera de la postura que tiene el gobierno del estado, pero ahorita sí estamos muy*

preocupados por el tema federal, porque una vez más nos dejan claro que no tienen ni idea de lo que están haciendo". Por otra parte también indicó que ante tal cambio los más afectados cómo ya habíamos señalado son los trabajadores y los derechohabientes, puesto que, estos cambios generan inestabilidad al no tener claro cómo se trabajará *"apenas estamos organizando la forma de cómo íbamos a trabajar con el INSABI, y ahora ya nos encontramos otra vez como al principio, por tanto, esperamos que se tomen las mejores decisiones siempre pensando en salvaguardar la salud y la integridad de nuestros beneficiarios"*, señaló (27).

Con este nuevo decreto, el sistema vuelve a fragmentarse aún más, las desigualdades en el sistema de salud se hacen más evidentes y crece el sentir de incertidumbre en los usuarios y sobre todo en el personal de salud. Es evidente el fracaso del INSABI, sin embargo, no se tiene claro si este cambio arrastrará las deficiencias del anterior sistema o si realmente se trabajará en ellas para comenzar a construir un digno sistema de salud para las personas sin seguridad social.

3.2 El derecho a la salud y las desigualdades en salud en México

En la mayoría del mundo la salud es considerada un derecho, se han creado diversas leyes, políticas públicas y propuestas que han buscado garantizar que la salud no dependa de clase social, de si se tiene un empleo formal o del nivel de educación, entre otras cosas. Tal derecho está reconocido parcialmente en el artículo cuarto de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y señala que toda persona tiene derecho a la protección de la salud y la ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud. En tal artículo se refieren a la protección de la salud, que abarca lo que los Estados desarrollan respecto a la atención de la salud, a través de sistemas institucionalizados que se encargan de la prevención y atención de enfermedades, así como de distintas funciones cómo la regulación, normatividad, el financiamiento y la prestación de servicios. En el año 2011 se realizó una reforma sobre derechos humanos, donde se hablaba del derecho a la salud y de que el Estado mexicano está obligado a promover, garantizar, proteger y respetar este derecho de forma más amplia. Esta reforma modificó el artículo 1° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos,

al reconocer los tratados internacionales en el mismo nivel de jerarquía que la Constitución (28,29).

Como se acaba de mencionar, el derecho a la salud debe ser un derecho social, universal, público sin barreras de acceso y que no esté ligada a mercados laborales, que incluso está escrito y promulgado en la Constitución de México y en distintos acuerdos internacionales. Sin embargo, esto no garantiza su cumplimiento ya que hoy en día a nivel mundial miles de millones de personas no tienen acceso a servicios básicos o esenciales de salud como atención por parte de personal especializado, acceso a medicamentos básicos e inclusive contar con servicios como agua potable o luz en los hospitales de las comunidades más alejadas. Inclusive si se tiene acceso a un hospital resulta muy costoso poder acceder a ellos por parte de las personas pertenecientes a los estratos sociales más bajos (21).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que la salud debe de considerarse como el “goce del grado máximo de salud que se pueda lograr y es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano”. También la OMS indica que el derecho a la salud incluye el acceso oportuno, aceptable y asequible a servicios de atención de salud de calidad suficiente. Además de los servicios de salud como hospitales o acceso a medicamentos también debe incluir condiciones de trabajo seguras, vivienda adecuada y alimentos nutritivos. Lo más favorable es que la salud tenga un enfoque basado en derechos humanos, con el objetivo de que todas las políticas, estrategias y programas que se lleven a cabo sean con el fin de mejorar progresivamente el goce del derecho a la salud para todas las personas (30).

En México existen desigualdades muy marcadas, un ejemplo esta entre quienes hablan una lengua que no es el español, ya que el 70% de estas personas atraviesan una situación de pobreza que las convierte en población vulnerable y les dificulta el acceso a los sistemas de salud. Para 2018 de las personas hablantes de lengua indígena, el 15% no estaba afiliada a ningún servicio de salud público y un 72.6% estaba inscrito dentro del Seguro Popular. Sin embargo, dentro de los

sistemas de salud aún no existe personal capacitado y sensibilizado en temas de interculturalidad, por lo que las personas pertenecientes a los pueblos indígenas no perciben que el personal de salud tome en cuenta sus creencias y cosmovisión acerca del proceso salud-enfermedad. Este tipo de situaciones expone la necesidad de trabajar para que el sistema de salud sea intercultural y ofrezca una atención cultural y lingüísticamente pertinente para las poblaciones vulnerables (21).

Según la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH) (INEGI 2018), el coeficiente de Gini en México es de 0.426, el cuál es el segundo más alto dentro de los países que conforman la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE) y está por muy poco por debajo de Chile con 0.460 según datos de la OCDE en el año 2020. Este coeficiente indica una medida estandarizada sobre la concentración, y por ende de la desigualdad, en la distribución de los ingresos en un país o región determinadas, y su valor puede estar entre el cero y el uno, y mientras el valor obtenido se acerque más al uno, entonces mayor es la desigualdad en ingresos (21).

En México los sistemas de salud públicos en su mayoría van de la mano con el tener un trabajo formal, si tomamos en cuenta el hecho de vincular a los servicios de salud con el estatus laboral formal esto fomenta condiciones de vulnerabilidad, ya que si las personas pierden su empleo formal por cualquier motivo o circunstancia, este perdería su derecho a un sistema de salud o a la derechohabiencia, y no sólo el trabajador sino que también todas las personas como hijos o pareja que también dependen de este. Sin embargo, el tener un empleo formal no siempre es sinónimo de tener asegurado un sistema de salud a donde acudir, ya que existen algunos empleadores que ignoran sus responsabilidades (21).

Las personas sin seguridad social son una población vulnerable ya que no cuentan con los mismos servicios en salud a comparación de las personas derechohabientes. Son las propias características del sistema de salud mexicano las que crean un acceso inequitativo a los servicios públicos de salud puesto que estos están determinados por el estatus laboral de la población y esto hace que la

cobertura en salud sea limitada. El trabajo también está reconocido como un derecho en la Declaración Universal de los Derechos Humanos y en el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC). Por otra parte, en la Constitución de los Estados Unidos Mexicanos en el artículo 123 se establece el derecho al trabajo puesto que: “Toda persona tiene derecho al trabajo digno y socialmente útil; al efecto se promoverán la creación de empleos y la organización social de trabajo conforme a la ley”. No obstante, en los últimos años en México se ha disminuido en empleo formal y paralelamente ha aumentado el empleo informal donde se carece de contratos, prestaciones y de seguridad social (28).

Después de la firma del Tratado de Libre Comercio con América del Norte (TLCAN) en el año de 1994, que trajo como consecuencia una acelerada flexibilización del trabajo, al incorporar salarios por hora, simplificar la conclusión de los contratos, jornadas laborales flexibles y modificación de las prestaciones laborales de acuerdo a las capacidades de las empresas, en el año 2017 ya se contaba con evidencia para demostrar que esta apertura de mercado y la liberación de la economía había contribuido a aumentar las desigualdades sociales, la concentración del ingreso, una caída notable de los salarios y la precarización del empleo, por lo que se considera que hubo una vulneración sistemática del derecho al trabajo en México. Esta liberación y flexibilización del mercado laboral que estuvieron justificadas como mecanismos para incrementar la productividad y la competitividad, no hicieron más que abaratar la fuerza de trabajo y trajo consecuencias no solo económicas, sino que provocó un desgaste físico y emocional, lo que incrementa la vulnerabilidad y el riesgo de presentar daños a la salud específicos relacionados a las actividades que se realizan, además de afectar directamente su nivel de vida, al tener acceso limitado a una alimentación de calidad, vivienda digna y servicios de salud y seguridad social (28).

Como podemos comprobar, actualmente el derecho a la salud está condicionado y es dependiente de otros dos: el derecho al trabajo y a la seguridad social. Además que es considerado como un privilegio y no como un derecho irrevocable y esencial

que debe garantizar el Estado mexicano y que esta promulgado en el Artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. No obstante, existen dificultades que no permiten hacer efectivo estos derechos, desde una mala comprensión del significado y su alcance, hasta una falta de compromiso por parte de funcionarios públicos, los cuales son los encargados de hacerlos cumplir (29).

3.3 La atención primaria en salud

La Atención Primaria en Salud (APS) fue definida como “la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan asumir en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autoconfianza y autodeterminación” (31).

Se tienen registros desde 1978, de que los países miembros de la OMS se reunieron en la conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (APS), la cual se llevó a cabo en Alma-Ata para acordar la meta que se denominaría “Salud para todos en el año 2000”, tal meta llevaría como estrategia central la atención primaria de la salud. Se realizaron una serie de recomendaciones para el correcto abordaje de los problemas de salud, por lo que la APS debía estar formada por diversos componentes y como mínimo por ocho elementos, entre los componentes que destacan se encuentran: servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación por el otro lado como elementos se mencionan la educación en salud, promoción de nutrición adecuada, provisión de agua y saneamiento básico, atención materno-infantil (incluyendo planificación familiar), inmunizaciones, tratamiento apropiado de enfermedades frecuentes, prevención o control de enfermedades endémicas locales y la provisión de medicamentos esenciales (32).

Existen algunos principios básicos que es recomendable que la APS respete, cómo lo es la participación comunitaria, financiamiento, organización, funcionamiento y

control de los servicios de salud o la interseccionalidad, esta se entiende como la intervención coordinada de las instituciones gubernamentales y no gubernamentales, de los distintos sectores sociales los cuales comparten recursos destinados a acciones para tratar distintos problemas relacionados con la salud. Además de esto también es necesaria la descentralización, que se refiere a la capacidad de tomar decisiones de acuerdo con la disponibilidad de recursos en cada uno de los niveles de gestión y en función de las necesidades del área y la tecnología más adecuada, todo este conjunto de características son los pilares de la APS. Además de la interseccionalidad, la cual se logra al asegurar la atención sanitaria esencial a todas las poblaciones, obteniendo un óptimo perfil de bienestar o también entendidos como accesibilidad para toda la población a los servicios de salud, vivienda y educación, etc. (32).

Conforme pasaron los años en muchos países a nivel global y específicamente en América Latina, se tenía poca experiencia en cómo se debía de llevar a la práctica tal estrategia. Pueden existir varios factores por los cuales la atención primaria no fue y no es llevada a cabo, uno de ellos es confundir el concepto de “atención primaria” ya que muchas veces se asume que es una práctica que no requiere de una atención a nivel especializado u hospitalario y se llega a la conclusión de que tal atención no lleva a ningún resultado, cuando en realidad no se realizaron las acciones correctas. Otro factor puede ser que se entiende por atención primaria a una atención que se daría en escenarios precarios o con una tecnología menos favorecida, y se clasifica como una “atención de segunda clase” por lo que países con alto poder adquisitivo y un sistema hospitalario consolidado puede llegar a creer que no requieren de este tipo de atención (33).

Un gran problema al que se enfrenta el sistema de salud mexicano es la priorización de la medicina curativa ante la preventiva, las necesidades y la demanda de la población mexicana en cuestiones de salud se centra en la atención primaria, y el diseño del sistema enfoca toda la oferta de servicios en la atención hospitalaria, específicamente en el tercer nivel. Existe una necesidad de la población por sanar su cuerpo, y se tiene la creencia que esto se logra a través del consumo de

medicamentos, entre los cuales se encuentran los antibióticos, si a esto se le suma que los servicios médicos de carácter público tienen deficiencias en el trato a los usuarios, largos tiempos de espera, desabasto de medicamentos, y de recursos humanos, horarios de atención limitados y en ocasiones inaccesibles, además de limitada infraestructura; estas características promueven la alta demanda de servicios médicos privados, entre los que se encuentran los CAF (16,34).

Los CAF no centran su atención en la prevención, sino en la enfermedad, al igual que todo el sistema de salud mexicano. Los servicios que brinda se encuentran segmentados de acuerdo con la capacidad de pago y las condiciones socioeconómicas de los usuarios ya que incluyen la compra de medicamentos. Este tipo de consultorios que ofrecen servicios de consulta a bajo costo compite con el sistema público en el primer nivel de atención y también desplaza a los tradicionales servicios médicos privados, puesto estos se caracterizan por instalar su consultorio de manera independiente y por los altos costos en las consultas. CAF cubrió necesidades desde el aspecto mercantil que los servicios de salud públicos no cubren puesto que los recursos básicos de salud para la población, en especial la que no cuenta con derechohabiencia, son escasos y no cumplen con las necesidades básicas y estándares internacionales fijados por la OMS (34).

Se debe tener precaución en las consecuencias que puede traer que un servicio mercantil sea uno de los principales actores en los servicios de salud ya que una de las mayores “ventajas” que ofrece la atención médica mercantilizada a los empleadores es el ahorrar personal, ofrecer bajos salarios, malas condiciones de empleo, lo cual afecta a la salud del personal sanitario y no sanitario que labora en dichas empresas además de dañar la calidad de la atención médico asistencial. Otra característica de alerta es que estos centros médicos privados cobran por acto médico, realizando más pruebas o intervenciones innecesarias ya que de acuerdo a personas expertas en la materia, la salud en este tipo de empresas se considera como “un bien privado que depende de cada persona y no del Estado” y que “no hay un derecho a la salud” (3).

3.4 Consultorios Adyacentes a Farmacias

En la sección anterior conocimos la importancia y la demanda de la población de la APS en el sistema de salud mexicano, y como a consecuencia de las deficiencias del sistema público de salud los usuarios han tenido que recurrir a otro sector del sistema, que es el privado y como los CAF aprovecharon tales deficiencias para ganar “mercado” y atraer a la población con y sin derechohabiencia a sus servicios. A continuación, conoceremos un poco de su origen y de su funcionamiento, así como de las controversias en la que últimamente se han visto involucrados.

En las décadas de 1980 a 1990 en México surgen una serie de reformas neoliberales, que fueron implementadas en distintos ámbitos y el sistema de salud no fue la excepción. Estas reformas dieron paso a la fragmentación que hoy en día caracteriza al sistema de salud mexicano, ya que lo que se buscaba era desmantelar los servicios de salud públicos para darle lugar a los servicios de salud privados. En esta etapa los servicios de salud públicos fueron disminuyendo su calidad además de su capacidad para realizar distintos servicios. La estrategia del gobierno sería que los servicios que no pudieran brindar las instituciones públicas estarían a cargo de instituciones privadas pagadas con presupuesto del gobierno y así migrar a los servicios subrogados. Estas acciones fortalecieron al sistema de salud privado, surgieron distintos hospitales de alto costo que brindaban atención de tercer nivel, hasta consultorios que por una pequeña suma de dinero brindaban consultas ambulatorias (9).

Los CAF surgen en el año de 1997, por lo que llevan un poco más de 25 años en el mapa del sistema de salud mexicano, no obstante, su crecimiento se disparó entre los años 2006 a 2008, ya que para 2006 se estima que había 2,595 CAF a nivel nacional y para el año 2016 la cifra aumento a 16,000 consultorios en todo el territorio mexicano y hoy en día se estima que hay alrededor de 18,000. Es importante resaltar que el crecimiento de estos CAF también puede deberse a la modificación en la ley general de salud en el año 2010, donde se prohibía la venta de antibióticos sin receta médica. Al tener un consultorio a lado de la farmacia este problema estaba solucionado ya que los usuarios podían acudir al consultorio de

junto a que les proporcionaran una receta para satisfacer la “necesidad” del medicamento (9).

Este tipo de consultorios, representan una parte importante del sistema de salud, cubren cerca de 325 mil consultas diarias, esto ya ha superado las cifras que puede llegar a atender instituciones como la Secretaría de Salud (SSA) o inclusive la institución con más derechohabientes de todo el país: IMSS. Cobraron popularidad debido a sus cortos tiempos de espera y a su accesibilidad en cada ciudad del país. La primera empresa que tomó este modelo fue “Farmacias Similares”, al ver el éxito que tuvieron más farmacias fueron adoptando el modelo tales como: Farmacias Guadalajara, Farmacias Benavides, Farmacias San Pablo, Farmacias del Ahorro, entre otras pequeñas farmacias a nivel local (9).

Sin duda, estos consultorios son un tema controversial ante las entidades de secretaria de salud. En la Conferencia Matutina del Gobierno de México del día 16 de agosto del 2022, el subsecretario de salud, Dr. Hugo López Gatell, dio unas declaraciones que desataron mucha controversia, en donde aseguraba que estos consultorios eran empresas muy lucrativas, que aparentemente solucionaban problemas de salud. Comentó que las condiciones laborales del personal médico eran condiciones muy precarias, e inclusive que el cumplimiento de las leyes relativas a las condiciones laborales podría estar siendo violadas sistemáticamente en los CAF. Se habló de la venta de medicamentos, donde aseguró que los médicos que laboran en CAF tienen una presión importante por ser agentes de venta de los medicamentos que se dan en farmacia, ya que, según su punto de vista, este es el interés principal de las farmacias, y no el dar consulta o resolver un problema de salud. Según el subsecretario para estas cadenas no es relevante el acto médico, sino que lo importante es que los usuarios salgan con una receta de varios medicamentos, la gran mayoría no indicados o por lo menos no correctamente y esto contribuiría al uso irracional de antibióticos.

Sin duda, CAF fue un actor importante ante la pandemia de COVID-19, estos consultorios, no cerraron sus puertas ante la emergencia, al contrario, en las paredes de ellos se podían leer anuncios donde indicaban que atendían a personas con problemas respiratorios. Sin embargo, para el Dr. Hugo López Gatell, durante la pandemia se vio un problemático abuso de antibióticos y esteroides, esto causó muchas complicaciones e inclusive la muerte de personas que fueron atendidas en estos consultorios. Finalmente, el subsecretario aceptó que los CAF cubren una necesidad pero que lamentablemente en condiciones precarias tanto para la población cómo para los trabajadores y muy lucrativas para las empresas. Indicó que lo deseable es que desaparezcan, en la medida en que el sistema público pueda garantizar la gratuidad, la universalidad y todo mundo tenga acceso y además que la calidad sea atractiva para el pueblo. Los CAF al día de hoy cubren una necesidad, que el actual sistema de salud público no puede cumplir. Pero la pregunta aquí es: ¿realmente no cubren un problema de salud? ¿Los usuarios perciben que el propósito de estos consultorios es únicamente de carácter mercantil?

3.5 Experiencias y perspectivas de los usuarios en la atención de la salud

El sistema de salud mexicano se encuentra fragmentado, además que no cuenta con infraestructura adecuada, recursos humanos suficientes y capacitados, es evidente el desabasto de medicamentos e insumos que se vive hoy en día en cada uno de los hospitales, clínicas y farmacias que integran al sistema público de salud. La salud es un derecho que esta promulgado en el Artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y que además es un derecho universal, sin embargo, esto no asegura su cumplimiento, puesto que está condicionado por la actividad laboral, la ubicación geográfica y la capacidad de pago de cada individuo. Sumado a todo esto, las reformas neoliberales le han concedido espacio a la iniciativa privada, abriendo espacio a servicios de salud basados en la mercantilización. Pero, aun falta considerar la perspectiva de los usuarios, quienes son los que acuden al sistema a solicitar los servicios de salud. Su opinión y

perspectivas acerca del servicio que se brinda ya sea en el ámbito privado o público, es de gran importancia para la mejora de los servicios que se ofrecen.

Cada día los sistemas de salud tienen un desafío más grande, el cual consiste en satisfacer las necesidades de la población con expectativas cada vez más altas. Si hablamos de los sistemas de salud públicos, se pueden escuchar cada vez con más frecuencia quejas acerca de la calidad de los servicios que ofrecen y del trato del personal médico hacia los usuarios. Cuando un usuario siente que están cumpliendo de buena manera con los servicios ofrecidos, se tiene la percepción de que las expectativas que se tienen respecto al servicio que están recibiendo se cumplen y a su vez esto genera satisfacción en ellos y por ende regresan al servicio (35).

Hay diferentes aspectos que los usuarios toman en cuenta al momento de evaluar o de considerar que la calidad en los servicios de salud es buena, factores como servicio de las enfermeras, servicio del personal de farmacia, servicio de recepción y la entrega de fichas o de lugares tienen un peso secundario en cuanto a la percepción general de satisfacción de los usuarios. Mientras que otros factores como el servicio proporcionado por los médicos, el servicio de farmacia, servicio de análisis clínicos y la calidad de las instalaciones, son los principales factores que más impactan en la percepción que los usuarios tienen acerca del servicio recibido. Es relevante mencionar que uno de los factores que más tiene peso es la entrega de medicamentos por el personal de farmacia, esto puede deberse a que el usuario tiene la confianza de que con el medicamento se va a solucionar su problema de salud y esta percepción es la que eleva su importancia, se ha encontrado que esto es inclusive más relevante que el trato o el servicio que pueda proporcionar el médico en consulta (35).

Para los sistemas de salud existen distintas prioridades, entre las cuales deben encontrarse el ofrecer servicios equitativos, oportunos, efectivos y seguros, además que sean servicios de alta calidad en cuanto a la atención a los usuarios. En nuestro país se evalúa la calidad de los servicios al aplicar diversas encuestas nacionales

de salud, encuestas en regiones específicas y evaluaciones de programas nacionales a los usuarios. Existen cerca de doscientos millones de consultas médicas que se realizan anualmente alrededor del país, las cuales se llevan a cabo principalmente en instituciones de salud públicas, no obstante el sector privado tiene también una contribución grande ya que cubre aproximadamente 40% de las atenciones ambulatorias (36).

En un estudio realizado en el año 2012 en distintas instituciones como: Secretaría de Salud (SSA), Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), servicios privados que incluyen consultorios privados y CAF, además de otras instituciones tales como Pemex, Sedena, Semar, IMSS-Oportunidades y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE). Para 2012 los usuarios encontraban una buena percepción por los siguientes motivos: buena atención (44.3%), buen trato (39.9%), explicación del médico acerca de la enfermedad y su tratamiento (15%) y la prontitud en la atención (10.7%). Y al contrario entre los motivos por los cuales no regresarían a estos servicios se encontraban: tiempo de espera prolongado (28.5%), mal trato (23.6%), falta de mejoría (21%), desacuerdo con el diagnóstico o el tratamiento (20.8%) y falta de medicamentos (15.9%). En general este artículo reporta que la proporción de usuarios que reportaron buena calidad es de aproximadamente un 80%. También se destaca la importancia que le dan los usuarios a las relaciones interpersonales con el personal de salud, puesto que un buen trato genera confianza en los usuarios y esto aumenta la percepción de un servicio de calidad, sin embargo, en los servicios de salud públicos este trato “más humano”, muchas veces no se puede lograr por las sobrecargas de trabajo que hay, la poca integración en los equipos de trabajo, la rotación del personal, y esto genera que no se perciba la buena atención (36).

Finalmente, en un estudio más reciente del año 2018 donde de la misma forma se realizó una investigación con usuarios de instituciones tanto públicas como privadas, se encontraron resultados un poco diferentes a los antes descritos. De todos los encuestados, la mayoría señaló que el sistema de salud mexicano

requiere mejoras significativas, ya que solo el 16.5% del total de los usuarios que se encuestó dijo que el sistema de salud funcionaba bastante bien, y el 54.4% dijo que tal sistema tenía algunos aspectos positivos, pero era necesario hacer cambios fundamentales, y el 25.9% dijo que había tantos problemas en el sistema de salud que había que reconstruirlo por completo. Por otra parte respecto a la confianza en el tratamiento, el 73.4% de los usuarios indicó tener confianza, hubo diferencia significativa con los usuarios del seguro público (63.7%) y con los usuarios del seguro social (78.7%) (37).

No se han encontrado estudios de corte cualitativo que hablen acerca del sistema de salud mexicano, y de la percepción y experiencias de los usuarios al momento de recibir la atención. En su mayoría evalúan la atención con encuestas y métodos cuantitativos. Es de gran importancia realizar estudios cualitativos ya que estos nos van a permitir explorar de forma más profunda las percepciones de los usuarios y nos permitirán conocer su opinión acerca de las áreas de oportunidad que ellos consideran puede tener el sistema de atención primaria en salud de acuerdo con sus necesidades y posibilidades.

3.6 Estudios sobre la experiencia de los profesionales de la salud que brindan servicios de atención primaria.

La relación médico-paciente es de vital importancia a la hora de acudir a consulta médica y está definida como el conjunto complejo de pautas, actitudes y comportamientos socialmente establecidos que se dan como supuestos de los encuentros clínicos (38). Existen diversos estudios que exploran las experiencias de los usuarios en el sistema de salud público, específicamente en el área de la atención primaria, no obstante, considero que se ha explorado poco desde la perspectiva del personal de salud, inclusive de los pocos estudios que se encuentran, se ha trabajado únicamente con médicos(as) y enfermeros(as).

El liderazgo y la gestión estratégica son dos factores que van a influir directamente en el actuar del personal de salud, ya que desde los directivos o gerentes de las

distintas instituciones se imponen reglas que estos deben de seguir cada que ejercen la práctica y atienden a los usuarios. No siempre las acciones que se siguen día a día en el ejercicio de los profesionales de la salud dependen de ellos mismos, más si hablamos del personal que labora en instituciones públicas, inclusive en CAF, hay protocolos que se tienen que seguir y muchas veces los usuarios, se quejan de estos y culpan a los médicos de un trato ineficiente y de poca calidad. Por otra parte, el ambiente laboral también afecta al desempeño del personal de salud. En un estudio realizado en el Instituto Nacional de Salud Pública se encontró que el 50% de los trabajadores consideraban que el ambiente laboral que existían en el hospital era “regular”, caracterizado por un clima tenso, poco estable y deteriorado, esto evidencia la falta de comunicación y por consecuencia se pone en riesgo la calidad del servicio a los usuarios (39).

Ya que abordamos la parte organizacional y gerencial que puede influir en la práctica diaria del personal de salud, ahora hablaremos de las experiencias del personal médico y su visión en la relación médico-paciente. En una investigación realizada en el 2002 se entrevistó a un total de 12 médicos chilenos a través de grupos focales, ellos expresaron que se sentían insatisfechos con su papel, ya que se sentían desplazados por curanderos, homeópatas, entre otros proveedores de servicios de salud, puesto que sentían que su rol era meramente el de un expendedor de medicamentos. En otro estudio donde se entrevistaron a 44 médicos, mencionaron que un aspecto fundamental y de alto impacto en su satisfacción personal era la relación médico-paciente, pero en la mayoría esta era algo negativa. Algunos de ellos expresaron satisfacción con su trabajo, pero indicaron sentirse limitados por la falta de recursos. Se identificaron dos factores principales que influían y dificultaban la calidad de los encuentros clínicos, uno era la falta de tiempo para cada consulta, la presión, la desorganización asistencial y la ausencia de recursos específicos. Los médicos expresaron resignación ante estas condiciones y los consideraron factores inmodificables, debido a estas carencias el personal de salud se refugia en el terreno biomédico y en la atención puntual. También comentaron que este tipo de carencias son causa de error, debido al poco

tiempo y la gran demanda de usuarios reportaron sentirse presionados y apurados al realizar la consulta (38,40).

Otro gran inconveniente reportado por los médicos fue el atender a usuarios “difíciles” o “conflictivos”, ya que comentan que son personas agresivas que exigen cosas de forma insistentes cómo recetas o justificantes médicos, a lo cual no están dispuestos a ceder si no es necesario. También les exigen soluciones a problemas que a su parecer no tienen solución o que la tienen, pero en un ámbito social, no obstante, el usuario no lo percibe de esa manera y causa descontento y/o el acudir a citas de manera excesiva a su consideración. La situación de atender a usuarios “difíciles” es el motivo principal por los que el personal de salud percibe sentimientos negativos cómo nerviosismo, desgaste emocional, tensión, e inclusive tener que ponerse a la defensiva ante los usuarios. Estas emociones perciben en las consultas posteriores y crean un ambiente tenso para el personal de salud a lo largo de su jornada, lo que influye en la calidad de atención en los demás usuarios a lo largo del día y a largo plazo generan un distanciamiento hacia los usuarios en general, ejercer una medicina defensiva y el ofrecimiento de un servicio de calidad baja (38).

Los médicos refieren que les agradaría tener una relación con los usuarios basados en la amistad, el respeto y la confianza mutua. Sin embargo, por confianza, el personal médico hace referencia a la docilidad del usuario y por respeto a que se tome distancia social entre ellos y los usuarios. Expresaron que en ocasiones las personas les tienen miedo y han perdido la confianza, sin embargo, cuando el usuario se da la oportunidad puede llegar a darse cuenta de que pueden contar con un profesional para charlar de problemas más profundos y que son capaces de relacionarlos con su problema de salud y es ahí cuando la relación cambia y pueden conectar con el usuario y ofrecer un mejor y humanizado servicio. Refirieron que la tecnificación y especialización de la medicina ha traído como consecuencia la deshumanización de la profesión ya que se ve al usuario en “partes” y se pierde la visión del usuario como un todo. Otro aspecto negativo que perciben es la burocratización de la medicina, puesto que esta situación provoca una

despersonalización de la relación médico-paciente, ya que no hay tiempo para crear lazos afectivos con el usuario. El personal de salud se percibe como un funcionario que debe seguir ciertos estándares y satisfacer las demandas de un cliente, mencionan que al incluir variables económicas a la práctica se pierde el “arte” de la medicina, puesto se le da prioridad a la relación costo-efectividad y se les presiona a ser productivos, percibiendo que el usuario ya no es la prioridad (38,40).

Otro tema relevante y preocupante para el personal de salud es la incorporación del derecho en la medicina, debido a que el paciente “está respaldado por terceros” y la relación uno a uno ya es inexistente y esto contribuye a la ya mencionada “medicina defensiva”. Cada vez se le exige más responsabilidad legal al personal de salud, y esto desata una actitud a la defensiva de su parte al momento de brindar el servicio, se piensa dos veces antes de ejercer alguna acción por el miedo de atravesar por un proceso legal a consecuencia de un malentendido por parte de los usuarios. Esto nos lleva a que los usuarios ya están más informados gracias al uso de redes sociales, y a fuentes de internet no necesariamente confiables, lo que lleva a que muchas veces acudan a consulta ya con cierta información inclusive más actualizada a comparación con la que en ocasiones el personal de salud cuenta. En ocasiones el usuario llega exigiendo e inclusive reportan situaciones donde ya se le cuestiona al personal de salud sus decisiones y conocimiento y esto, indican, provoca que se pierda el respeto de los usuarios (40). Todo lo anterior desafortunadamente termina en el desencanto de la profesión, todas estas experiencias afectan directamente a la motivación del personal de salud, quienes al insertarse en el campo laboral y debido al ambiente que se vive, poco a poco van perdiendo el enfoque y la ilusión por ayudar a la población que más lo necesita.

3.7 Derechos laborales en México

En México el trabajo es un derecho estipulado en el artículo 123 de la Constitución Política, tal derecho es fundamental y esencial para el desarrollo digno de las personas y la ejecución de otros derechos humanos. El trabajo puede ser considerado como un derecho social puesto conlleva el crecimiento de la sociedad,

y también como un derecho humano debido a que les permite a las personas satisfacer sus necesidades básicas y sentirse útiles y productivos. Los tres elementos principales del derecho a trabajo son: la libertad para ejercer cualquier profesión lícita sin injerencia de alguna autoridad pública; el derecho a tener un trabajo donde el Estado tiene obligaciones con el objetivo de propiciar escenarios favorables para la generación de empleos; dignidad, puesto que todo empleo debe cumplir con un mínimo de condiciones justas para los trabajadores (41).

Para la economía, la política y la sociedad de un país, el trabajo es el pilar fundamental debido a que gracias a este se desarrollan avances en dichos rubros, debido a su relevancia es necesario la regulación del trabajo garantizando que el trabajador pueda desenvolverse de una forma segura, salvaguardando su integridad física y mental, conservando su dignidad y calidad humana. Se debe poner especial atención a dichos derechos humanos laborales y a su cumplimiento, puesto estos aseguran que las personas disfruten de los beneficios de los derechos fundamentales del trabajador con dignidad, igualdad de trabajo, de salario, de género y sin algún tipo de discriminación (41).

A consecuencia del movimiento revolucionario en México, se creó la constitución de 1917, donde se integró por primera vez un artículo exclusivo donde se regulaba las relaciones obrero-patronales, este artículo es el 123, el cuál contenía originalmente 30 fracciones que incluían diversos aspectos laborales individuales, colectivos, administrativos, de seguridad social, regulación de la jornada máxima, el descanso semanal, el salario mínimo, entre otros. Tiempo después, mediante una reforma constitucional el Congreso de la Unión expidió una Ley reglamentaria, en donde se derogaban todas y cada una de las leyes emitidas por los Estados, sin quitarle competencia ya que se dividió la jurisdicción en federal y local, esta ley reglamentaria es conocida como Ley Federal del Trabajo y regula todos los aspectos principales del derecho del trabajo como: los individuales, los colectivos, los administrativos y los procesales. Finalmente, en el año de 1970, se publicó una

segunda Ley Federal del Trabajo y es la que se mantienen vigente, con algunas reformas, entre las que destaca las publicadas en el año 2012 (41).

Recientemente la Organización Internacional del Trabajo (OIT) destacó que la atención a los factores psicosociales, relacionados con el estrés en el trabajo se ha convertido en un problema mundial, por lo que se busca la promoción y la conservación del mayor grado de bienestar físico, mental y social de las personas en cualquier tipo de ocupación. De acuerdo con datos de la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS) alrededor del 40% de los trabajadores mexicanos sufren de estrés laboral, lo que puede propiciar otras enfermedades mentales, por lo que se le ha exhortado al gobierno un compromiso para fomentar el fortalecimiento de la seguridad y la salud del trabajador. Tras dicha exigencia, el gobierno federal a través de la STPS creó la Norma Oficial Mexicana denominada Factores de riesgo psicosocial, identificación y prevención (NOM-035) la cual establece que los factores de riesgo psicosocial requieren de políticas públicas orientadas a fomentar centros de trabajo con condiciones seguras y saludables para los trabajadores (42).

La NOM-035 está compuesta por trece puntos principales en donde se especifican los objetivos, el campo de aplicación, obligaciones del empleador y empleado, identificación de los factores de riesgo y una evaluación del entorno organizacional. De igual forma, establece las medidas de prevención y acciones para controlar los factores de riesgo psicosocial, violencia y entorno organizacional, también presenta una regulación de las unidades de verificación, el procedimiento de evaluación y diversos aspectos de acuerdo con las normas internacionales. Entre los principales factores psicosociales que según la norma son considerados como factores de riesgo para la salud teniendo origen en los centros de trabajo son, la inadecuada utilización de las habilidades profesionales y personales, la sobrecarga de trabajo, las jornadas extenuantes, los conflictos de autoridad, la desigualdad salarial, entre otros, lo anterior puede generar reacciones de tipo social, emocional, fisiológico o conductual, o lo que se conoce como estrés (42).

IV. Objetivos

Desde el origen de los CAF ha existido el interés en estudiar este fenómeno. A la fecha se han realizado diversos estudios que evidencian las condiciones precarias en las que labora el personal de salud de estos consultorios, así como otros que exploran las opiniones y percepciones de los usuarios. Sin embargo, pocos trabajos han abordado esta problemática desde un punto de vista cualitativo. Este enfoque nos daría la oportunidad de escuchar y documentar de viva voz las experiencias y percepciones en torno al ejercicio del personal sanitario, no sanitario y las personas usuarias de los CAF. Profundizar en estos aspectos, nos proporcionaría conocimiento novedoso y relevante sobre este sector de los servicios de salud, a los cuales miles de mexicanos acuden con frecuencia.

4.1 Generales

- Analizar las percepciones y experiencias del personal sanitario y no sanitario que labora o laboró en CAF acerca de la atención médica y/o servicios que brindan o brindaron, además de las experiencias de los usuarios al recibir atención médica en estos consultorios.

4.2 Específicos

- Conocer y describir las experiencias y percepciones del personal sanitario y no sanitario que labora o laboró en un CAF acerca de las condiciones y prácticas laborales, además del impacto que ellos consideran tienen en la atención médica y/o servicio que ofrecen a las personas que acuden a un CAF.
- Conocer las experiencias de las personas que acuden o acudieron recientemente y/o con frecuencia a un CAF acerca de la percepción de la atención que reciben del personal sanitario y no sanitario, además de la calidad de la atención médica y servicios en este tipo de consultorios.

V. Metodología

5.1 Tipo de estudio y diseño metodológico

Se realizó un estudio cualitativo, el cual trata de un estudio sistemático de la experiencia cotidiana, poniendo énfasis en la subjetividad. Puesto que se interesa por cómo las experiencias son vividas e interpretadas por quienes las viven. Este enfoque no pretende predecir el comportamiento ni identificar sus “causas” sino que trata de comprenderlo en el sentido explicado por Max Weber: al conocer la intencionalidad de las acciones y hacerlo desde el punto de vista del otro, permite aprehender su naturaleza subjetiva y racional (43). La posición que se adoptó fue desde una teoría crítico-interpretativa, la cual fue propuesta por Francisco Mercado (43) y hace referencia a adoptar perspectivas interpretativas de las ciencias sociales y marxistas. Esta perspectiva considera que los actores sociales crean y recrean el mundo social, pero al mismo tiempo son constreñidos por los procesos económicos, históricos y culturales, de los cuales también son parte. También se hace énfasis en las diferencias de poder, las desigualdades económicas, las posiciones de clase, que en gran medida influyen en las perspectivas que los actores tienen sobre el mundo social.

5.2 Participantes

Los participantes del estudio se dividieron en dos grupos: usuarios y personal sanitario y no sanitario.

Los usuarios fueron hombres y mujeres mayores de 18 años de edad, que recientemente hayan acudido a recibir atención médica a cualquier cadena de CAF.

En cuanto al personal sanitario, son médicos, químicos farmacobiólogos; el personal no sanitario hace referencia al personal de farmacia, ambos que se encuentren laborando o que hayan laborado en cualquier cadena de CAF.

Cada uno de los participantes fueron incluidos en la investigación según los siguientes criterios de inclusión:

- * En caso de los usuarios ser mayor de 18 años y que hayan acudido a consulta a un CAF en los últimos 6 meses, ya sea para ellos mismos o acompañando a un miembro de su familia.
- * En el caso del personal sanitario y no sanitario, ser mayores de edad y que estén actualmente laborando o hayan laborado en cualquier cadena de CAF en los últimos dos años.
- * Aceptar participar en el proyecto de investigación además de la firma del consentimiento informado.

Los criterios de exclusión fueron los siguientes:

- * Usuarios menores de edad.
- * Usuarios que tuvieran más de 6 meses sin acudir a consulta a un CAF.
- * Usuarios y personal sanitario/no sanitario que no aceptó participar en la investigación y no firmó el consentimiento informado.

El criterio de eliminación fue el siguiente:

- * Usuarios, personal sanitario y no sanitario que decidieron dejar de participar en la investigación en cualquier momento.
- * Usuarios, personal sanitario y no sanitario que no concluyeron con la entrevista.

5.3 Muestreo

Se recurrió al muestreo propositivo para el reclutamiento de los usuarios y del personal de salud, y posteriormente la técnica de bola de nieve. Primero, me acerqué a algunos CAF en la ciudad, recorrí alrededor de 13 establecimientos de distintas cadenas y en distintos puntos de la ciudad (por cuestiones éticas y de anonimato, no revelaré los nombres ni ubicaciones exactas de estos) para preguntar tanto a los usuarios como al personal sanitario y no sanitario si deseaban participar en el estudio. Posterior a concretar la participación de los primeros informantes, se utilizó la técnica de bola de nieve, es decir, se les preguntó a los informantes que

ya participaron que me pusieran en contacto con otros informantes. El tamaño de la muestra no se puede determinar a priori, sin embargo, se buscó incluir al menos a 10 personas usuarias de CAF y 5 profesionales de la salud de cada área, es decir, 5 médicos, 5 QFB y por otra parte 5 personas pertenecientes al personal no sanitario (personal de farmacia). Al final de la investigación se lograron concretar 5 entrevistas a usuarios de CAF, 3 médicos, 4 QFB y 3 personas pertenecientes al personal no sanitario que laboró o laboraba en algún CAF de la ciudad.

5.4 Lugar

El estudio se llevó a cabo en la ciudad de San Luis Potosí. Se eligieron CAF de las principales cadenas de farmacia de la ciudad, con distintas ubicaciones en la ciudad, con el fin de tener variabilidad en los contextos socioeconómicos. El periodo de trabajo de campo abarcó desde agosto de 2023 hasta julio de 2024 (Ver anexo 10.2).

5.5 Técnicas de obtención de información

Esta investigación tuvo como técnicas de obtención de información a la entrevista semi estructurada y la observación no participante durante todo el proceso de investigación. La entrevista semiestructurada es una herramienta que facilita la recolección y el análisis de saberes sociales cristalizados en discursos y que han sido construidos por la práctica directa (44). Se utilizó esta herramienta ya que tiene la ventaja de ser adaptable y aplicable a cualquier tipo de persona, además que permite profundizar en las respuestas de las personas entrevistadas.

En la guía de entrevistas para el personal de salud se comenzó preguntándoles por su formación profesional, seguido de su experiencia laboral y el proceso de cómo llegaron a laborar en CAF, cómo ha sido su experiencia en estos lugares y situaciones específicas de sus actividades y el contexto en el que se encuentra para finalizar con las percepciones y el impacto de su labor en la salud de los usuarios. En el caso de los usuarios se comenzó preguntando por la frecuencia y la fecha de su última visita a CAF, los motivos por lo que acude a estos consultorios, si está

afiliado a algún sistema de salud público, para continuar con la comparación entre CAF y el sistema de salud público, sus experiencias en CAF y su perspectiva acerca de la calidad y atención de los dos distintos sistemas de salud.

En cuanto a la observación no participante, se refiere a aquella donde el investigador no se involucra en los procesos que se están observando, esto quiere decir que el investigador no tiene una relación con las personas del escenario en donde está, ya que solo se comporta como espectador y se limita a tomar notas. La observación es una forma sistematizada y lógica para realizar registros visuales y verificables de lo que se pretende conocer, también pretende captar de una forma más objetiva lo que ocurre en el lugar de interés, con esta observación se puede describir, analizar o explicar a partir de una perspectiva científica y más metodológica. Se requiere de tener un sujeto que investiga y un objeto o población a estudiar, además de tener bien claros los objetivos que se quieren alcanzar e identificar lo que se quiere observar (45). Como instrumento se utilizó una guía de observación, en la cual se detallan los objetivos y los aspectos que se observaron (ver anexo 10.1).

La información sociodemográfica de los participantes de esta investigación se presenta en la Tabla número 2: "Datos sociodemográficos de los participantes". El acceso a los participantes de este estudio resultó ser un reto, contrario a lo que se había previsto. La estrategia consistió en acudir directamente a los CAF a solicitar una entrevista con el personal sanitario y no sanitario. Sin embargo, muchas de las personas a las que se solicitó entrevista declinaron indicando que la empresa no les tenía permitido revelar información que se consideraba confidencial. También se intentó contactar a extrabajadores por fuera de sus centros de trabajo, sin embargo, tampoco se pudieron concretar las entrevistas por diversos motivos de los posibles participantes. Al final del trabajo de campo, se logró contar con la participación de siete profesionales de la salud, tres trabajadores que se desempeñan como personal no sanitario y cinco usuarios, resultando un total de 15 personas entrevistadas.

Tabla 2: Datos sociodemográficos de los participantes de la investigación.

| DATOS SOCIODEMOGRAFICOS DE LOS ENTREVISTADOS | | | |
|--|------------------------------|-----------------------|------------------------|
| Personal Sanitario (Laboratorio) | Personal Sanitario (Médicos) | Personal No Sanitario | Usuarios |
| Número de participantes | | | |
| 4 | 3 | 3 | 5 |
| Sexo de los participantes | | | |
| Mujeres | 2 Hombres 1 Mujer | 2 Hombres 1 Mujer | 2 Hombres 3 Mujeres |
| Rango de edad de los participantes | | | |
| 26-35 | 27-33 | 21-45 | 40-60 |

5.6 Análisis de datos

En el caso de las entrevistas, han sido grabadas y posteriormente transcritas utilizando la guía de transcripción (anexo 10.1). En cuanto a las observaciones se siguió la guía de observación (anexo 10.1) además de utilizar notas descriptivas de campo, donde se anotan en el diario de campo todas las observaciones de las situaciones o fenómenos vistos en campo. Para la recolección y organización de la información se utilizaron los programas pertenecientes a la paquetería Office, como Word, Excel y PowerPoint.

Fairclough ha desarrollado un enfoque de análisis, reflexión y acción política que permite examinar y disputar las relaciones entre lenguaje y sociedad. De acuerdo con Palacios Diaz (2020) “la obra de Norman Fairclough emergió en el campo de los Estudios Críticos de Discurso como una estrategia y táctica comprometida, social y políticamente, con la confrontación y desmitificación de los principios del neoliberalismo. Del mismo modo, destaca su capacidad de construcción de propuestas metodológicas para examinar la estructuración semiótica de la realidad social a través de un análisis textualmente orientado, así como también para profundizar en las estructuraciones argumentales del discurso político, campo especialmente relevante para la producción, distribución y consumo de recursos semióticos en las sociedades del capital” (47).

En este estudio se utilizó el análisis crítico del discurso (ACD) siguiendo la propuesta de Fairclough, donde se implica explorar la función textual donde se capta lo que la gente dice, los temas emergentes y su magnitud, la función relacional ocupada de las interacciones y los términos en que se dan, y la función ideacional que explora las creencias e ideas de los participantes (47). Después de realizar cada una de las transcripciones y la edición de estas, se procedió a realizar una lectura flotante por cada una de las entrevistas realizadas. Posteriormente, y de acuerdo con los fundamentos teóricos y estudios encontrados en la bibliografía, se realizaron una serie de cuestionamientos o preocupaciones acerca de lo leído, para por consiguiente identificar fragmentos en la entrevista que estuvieran disponibles para el análisis y que son considerados relevantes para las preocupaciones de la investigación. De acuerdo con estos fragmentos se analizaron los elementos resultantes y después se procedió a la creación de códigos para conformar un libro. Ya que se tuvieron los códigos, estos se analizaron a profundidad y de manera intensiva para así crear las categorías de análisis. Finalmente se realizó la descripción de hallazgos de resultados de acuerdo con las categorías principales de análisis según Fairclough divididas en tres grandes esferas: estructural, ideacional y relacional.

5.7 Procedimientos

Se inició con la elaboración del protocolo, el cual se sometió al Comité Académico de la Maestría en Salud Pública (No. De registro GXII 22-2023) (ver anexo 10. 4), así como al Comité de Ética en la Investigación de la Facultad de Enfermería y Nutrición (No. De registro CEIFE-2023-463) (ver anexo 10.5). Ya que no se trabajó directamente con alguna cadena de farmacia no se necesitó de algún otro tipo de sometimiento a alguna otra institución.

Este estudio se llevó a cabo en tres distintas fases: 1. Preparación de la entrada al trabajo de campo. 2. Trabajo de campo y obtención de información y 3. Análisis de datos e inicio de la redacción de tesis. El análisis de datos se realizó conforme se

fue obteniendo la información y al final del trabajo de campo se procedió a la redacción del informe final de tesis.

Después de la aprobación, se acudió a distintos CAF alrededor de la ciudad para comenzar a contactar a los primeros informantes, se les brindó información acerca de los objetivos de la investigación

Para la fase de preparación de la entrada al campo, se llevó a cabo de la siguiente manera:

Primero se realizó la revisión de la literatura. Posteriormente se continuó con la elaboración del escrito del documento de protocolo de investigación, así como el consentimiento informado y los instrumentos a utilizar para la obtención de la información (consultar anexo 10.1 y 10.3).

Una entrevista semiestructurada es una herramienta flexible y abierta y está basada en los objetivos de la investigación, además que el contenido, el orden y las preguntas de esta se puede adaptar dependiendo de la situación que se presente. Se utiliza una guía, la cual contiene los temas o algunas preguntas detonadoras que ayuden a darle dirección a la entrevista.

La observación no participativa es un registro visual de lo que ocurre en una determinada situación, se basa en los objetivos de la investigación y se realiza con ayuda de la guía de observación, lo que caracteriza a este tipo de observación es que el investigador no se involucra en la actividad objeto del estudio.

Se realizó una prueba piloto, para poner en práctica las técnicas de obtención de datos y la guía de observación, así averiguamos si eran útiles para nuestros objetivos. Se adecuaron los instrumentos y finalmente se comenzó con el acercamiento a los primeros informantes.

Para la siguiente fase de trabajo de campo y obtención de información se realizó lo siguiente:

Después de contactar a los primeros informantes, se les explicaron todos los procesos y los objetivos de la investigación, se les invitó a participar dándoles toda la información necesaria y respondiendo sus dudas. Posteriormente se les solicitó la firma del consentimiento informado para formalizar la participación y se acordó fecha, lugar y hora para la realización de la(s) entrevista(s). Se realizaron las entrevistas, no más de dos entrevistas por día, las cuales fueron audio-grabadas con previa autorización del informante. Después se realizó la transcripción de las entrevistas. De igual manera se realizaron las observaciones en CAF, con ayuda de la guía de observación y después se realizaron las notas de campo en medios electrónicos. En seguida se procedió a realizar el análisis cualitativo con los resultados obtenidos hasta el momento, se identificaron categorías y temas de análisis, además de evaluar si hay que hacer modificaciones a la entrevista para la obtención de información. Finalmente se realizó la búsqueda y revisión de bibliografía para desarrollar las categorías de análisis.

Para la fase del análisis de datos e inicio de la redacción de tesis se realizó de la siguiente manera:

Se analizó la información obtenida hasta el momento cautelosamente y a profundidad en base de cada una de las categorías que se acordaron en la fase anterior, se siguió con la búsqueda de participantes para realizar entrevistas, además de la revisión de la bibliografía para fundamentar la interpretación de las categorías que surgieron con la información. Se realizaron las transcripciones de las entrevistas y el análisis de los datos obtenidos de ellas. En seguida se comenzó a realizar el escrito del documento de la tesis para obtener el grado. Se espera que a lo largo del proceso se puedan compartir los datos que se obtengan en congresos o conferencias en distintas instituciones.

5.8 Recursos Humanos, Materiales y Financieros

Recursos Humanos: La investigación se realizó por la Química Farmacobióloga Fernanda Guadalupe Flores Soria, estudiante de la maestría en Salud Pública, la

dirección de la investigación la realizará el Dr. César Padilla Altamira y co-asesoría del Dr. Luis Eduardo Hernández Ibarra.

Recursos Materiales: Para la investigación se utilizan materiales como:

- Computadora y grabadora de audio profesional. (Costo aproximado \$10,000.00)
- Material de papelería: hojas, lapiceros y libretas. (Costo aproximado \$250)

Recursos Financieros: Se han considerado gastos de transporte y comida, los cuales son financiados por CONAHCYT a través de la beca de manutención de la investigadora principal.

Presupuesto aproximado de la investigación: \$25,000.00

5.9 Consideraciones éticas y legales

Normas internacionales

Este estudio se apegó a lo señalado por la Declaración de Helsinki (2013) la cual establece que el realizar investigación para generar nuevo conocimiento nunca debe de estar por encima de los derechos humanos o sus intereses, se debe de “proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento”. Por otra parte también menciona que “El protocolo de la investigación debe enviarse, para consideración, comentario, consejo y aprobación al comité de ética de investigación pertinente antes de comenzar el estudio”, por lo que se sometió ante el Comité de Ética de la Facultad de Enfermería y Nutrición, obteniendo la aprobación para la realización del estudio (49).

Normas nacionales

La investigación se apega a la Ley General de Salud en materia de investigación en el Título Quinto “Investigación para la Salud”, capítulo único, artículo 100, referente a los fines de la investigación en seres humanos, en las fracciones I, III y IV, que refieren a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, la garantía de seguridad de los participantes y de la no exposición a riesgos ni daños innecesarios de los mismos, así como contar con el consentimiento informado de los participantes, una vez enterados de los objetivos de la investigación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud (49).

Consentimiento Informado.

Según lo dispuesto en el Reglamento de la Ley General de Salud en México en materia de Investigación para la salud, esta investigación se apegará a su Título Segundo, Capítulo I, donde se habla de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, la protección de los derechos, el bienestar y la dignidad de los participantes de la investigación. Se protegió la confidencialidad de la información y en atención a los artículos 20, 21 y 22 de la Ley General de Salud en México en materia de Investigación para la salud se recabó el consentimiento informado por escrito y por duplicado a los participantes de la investigación, respondiendo a cualquier duda que se presentó con respecto a la investigación y al consentimiento informado (Anexo 9.3) (49).

De acuerdo con la declaración de Helsinki, los participantes de esta investigación fueron voluntarios y se les solicitó el consentimiento informado. Durante el estudio los informantes recibieron información comprensible y suficiente: desde el inicio fueron informados de los objetivos, la dinámica y las implicaciones de este y que los resultados serán difundidos como publicaciones científicas y ponencias en eventos académicos. También se les aseguró la confidencialidad de la información,

aclarándoles que no se dará a conocer su nombre puesto que se utilizarán pseudónimos, al igual que se emplearán nombres ficticios para referirse a la colonia y la zona donde se ubica. Se les informó que podían retirarse de la investigación cuando ellos lo decidieran, sin ningún tipo de consecuencia (49).

Nivel de Riesgo

De acuerdo con el artículo 17 de la Ley General de Salud en materia de investigación esta investigación se considera SIN RIESGO ya que se emplearán técnicas y métodos de investigación documental retrospectivo y no se llevarán a cabo procedimientos invasivos o que pongan en alto riesgo de afecciones significativas a los participantes, en esta investigación se usaron entrevistas y la observación no participante, donde no se tocaron temas sensibles para los participantes (49).

Beneficios

Con la información que se obtuvo de esta investigación, se contribuye al conocimiento existente con relación al sistema de salud privado, la atención que se brinda en ellos, condiciones laborales y esto podría usarse en futuras investigaciones y/o por las instituciones reguladoras.

En cuanto a los participantes, pudieron externar sus experiencias acerca de las situaciones por las que atraviesan tanto en su labor como personal sanitario y no sanitario, así como al ser usuarios de CAF. El conocimiento generado sobre este tema será útil para la evaluación de los servicios y la formulación de las políticas públicas sanitarias.

Derechos de autor

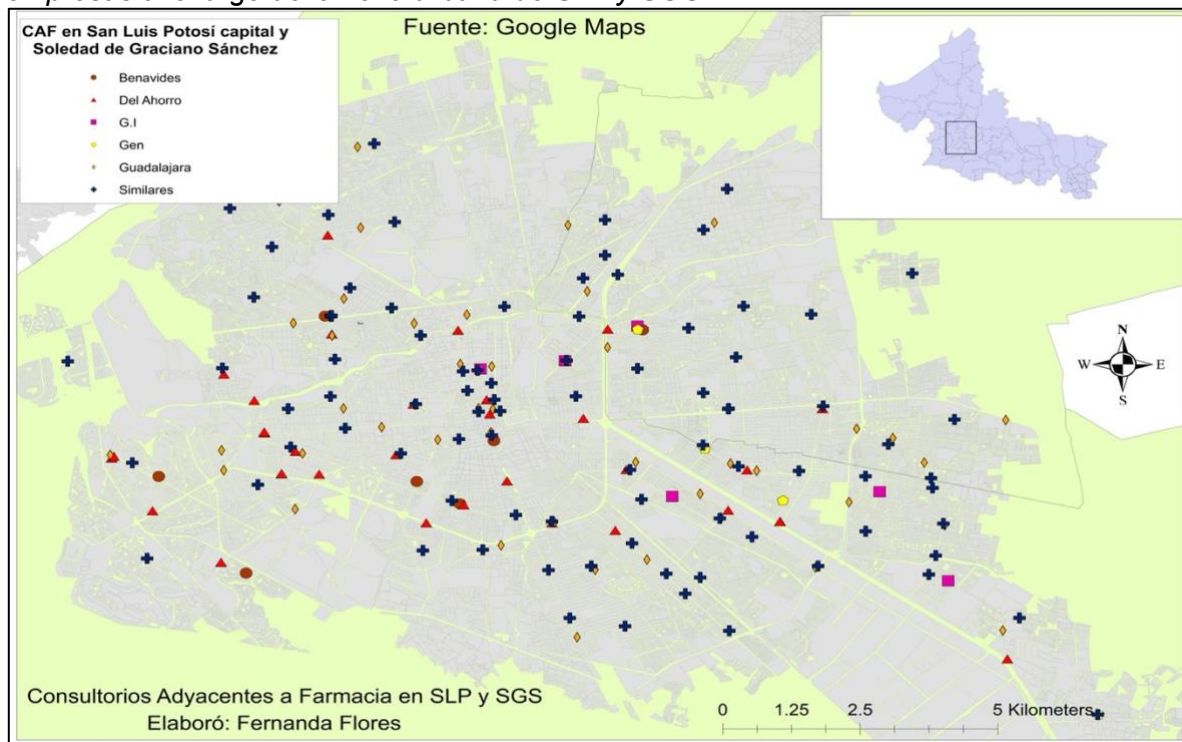
Los autores de la presente investigación han declarado no tener algún conflicto de interés (Anexo 10.6). La propiedad intelectual y autoría del presente pertenecen a

la estudiante y al director como autores principales. Se considerará como primera autora al menos en el primer producto de dicho estudio a la tesista.

5.10 Preparación del trabajo de campo

Para iniciar con la preparación del trabajo de campo se procedió a identificar las ubicaciones de los distintos CAF a lo largo del municipio de San Luis Potosí y Soledad de Graciano Sánchez con ayuda de la aplicación de geolocalización de Google Maps y el programa Arc Map Versión 10.8.

Ilustración 1: Distribución de diversas sucursales de CAF pertenecientes a diferentes empresas a lo largo de la zona urbana de SLP y SGS



En el mapa se pueden apreciar las sucursales de las principales cadenas de farmacia y cómo están distribuidas, al observar el mapa se observa que la cadena de Farmacias Similares es la que tiene mayor presencia en los dos municipios con 91 sucursales, seguida de Farmacias Guadalajara con 45 y Farmacias del Ahorro con 33 sucursales. También se observa que se ubican en las principales avenidas de la ciudad y que inclusive se pueden encontrar más de tres sucursales de distintas cadenas o de la misma en una sola zona geográfica. Este mapa fue de utilidad para

elegir a que sucursales acudir de CAF de acuerdo con las distintas zonas de la ciudad.

Para comenzar con las entrevistas primero se contactó con una exempleada del área de proceso de una empresa en particular, ella aceptó participar en la investigación, y posterior a su participación contactó a la investigadora con otra persona que aún se encuentra laborando en esta empresa, la cual de igual manera aceptó participar en la investigación. Para las entrevistadas pertenecientes al área de la toma de muestra, se tenía el conocimiento de una persona exempleada que quería participar en la investigación por lo que la investigadora se puso en contacto con ella para programar la entrevista. Posteriormente, ella puso a la investigadora en contacto con otra persona, también exempleada, quien también aceptó participar en la investigación. En cuanto a los usuarios, se tenía conocimiento de personas que habían acudido a CAF a ciertos servicios novedosos que ofrecen por lo que se les eligió para ser posibles participantes. Tras informarles sobre los objetivos de la investigación decidieron participar y fue así como se agendaron las entrevistas en casa de los usuarios.

Al principio de la investigación, se tenía pensado acceder al campo a través de personas con las que se tenía una relación “cercana” y que eran conocidas que trabajan o trabajaron en la principal cadena de CAF del país, a las cuales se les había comentado la idea del proyecto y habían aceptado participar sin ningún problema. Sin embargo, al tener listos los consentimientos y tener la idea concreta de la investigación, me acerque a ellos para concretar las entrevistas y por diversos motivos, entre compromisos y falta de tiempo de los posibles participantes, muy pocas personas que se tenían contempladas desde el inicio accedieron y finalmente concretaron la entrevista.

Al quedarme sin personas cercanas y que supiera por mi experiencia que trabajaron en un CAF, procedí a preguntarle a amigos y familiares si conocían a alguien que trabajara en algún CAF. Obtuve muy pocas respuestas y de las pocas respuestas, me logré contactar con un par de personas que trabajaban como vendedoras en

una farmacia, pero desafortunadamente con ninguna de ellas se concretó la entrevista. Extrañamente para este punto, al comentarles a todos los posibles participantes los objetivos del proyecto y que sus identidades serían anónimas aceptaban participar y fijábamos un día y hora exactos, y al llegar el día por diversos motivos ajenos a mi persona no se llevaban a cabo las entrevistas.

Al no tener éxito contactando a las personas por conocidos, me di a la tarea de recorrer las farmacias en busca de un poco de suerte. Realmente probé diversas estrategias para acercarme de la manera más amable, presentándome con mis credenciales de la institución educativa a la que pertenecía y sin que sintieran que deseaba obtener información que afectara su permanencia en su trabajo, sin embargo, esta estrategia tampoco me trajo buenos resultados. Recorrí muchas farmacias, de diversas cadenas y en todas las respuestas era la misma: “no podemos proporcionar información confidencial”. Al reflexionar y comentar con otros compañeros tal situación, alguno de ellos me comentó que existen algunos establecimientos que no cuentan con los permisos actualizados por parte de Secretaría de Salud o COFEPRIS y que probablemente pudieron pensar que era alguna persona perteneciente a dichas instituciones y por dicho motivo no confiaban en mí y se negaban a brindarme la entrevista.

Recorrí una gran cantidad de CAF de diversas cadenas grandes y pequeñas, al final de ese día todas mis esperanzas estaban perdidas. Recuerdo que llegue a un CAF de una cadena muy pequeña en la ciudad, era el último que iba a recorrer en esa pesada jornada, me presenté, explique mis intenciones y sin ninguna objeción me abrieron las puertas tanto de la farmacia como del consultorio. Fue una pequeña gran victoria para la investigación debido a que de ese último CAF que visite resultaron las únicas entrevistas al personal no sanitario que forman parte de esta investigación.

Reflexionando acerca de las estrategias para ingresar al trabajo de campo, el hecho de ir directamente a los lugares de trabajo fue una estrategia un poco invasiva, puesto que los trabajadores pudieron sentirse en riesgo o con preocupación de

buscarse algún problema con sus superiores al brindarme cualquier tipo de información por más mínima que hubiera sido. De igual forma los CAF han cobrado una gran relevancia en los últimos años por lo que están en la mira de diversas autoridades por lo que en la actualidad es más complicado acceder a ellos por el temor a las críticas y juicios a las prácticas que fomenta el sistema de este tipo de empresas.

En general percibí un poco de preocupación, sobre todo en los empleados pertenecientes a la cadena de Farmacias Similares. Las personas que logré entrevistar pertenecientes a dicha cadena son extrabajadores que ya no están expuestos a ningún tipo de represalia y que no les representaba ningún riesgo brindarme la entrevista. Sin embargo, al acercarme a otras personas que pertenecían a la empresa antes mencionada tanto directamente en el lugar de trabajo como por medio de mensajes vía WhatsApp, no obtuve la apertura para realizar ninguna entrevista. Cabe destacar que de las personas contactadas y con las que se formalizó la entrevista, ninguna abandonó el estudio y se completó todo el proceso de análisis de la información.

Para futuras investigaciones sugeriría acercarse a los posibles participantes fuera de su lugar de trabajo, y de ser posible que el primer contacto sea presencial y no por medios electrónicos. Es de gran importancia crear un vínculo de confianza con los participantes, y que se sientan cómodos con el investigador para que de esa forma se pueda crear un ambiente amigable para ambos y sobre todo que el entrevistado se sienta seguro y confiado en que la información que nos proporcionara se utilizará exclusivamente para fines académicos y en total confidencialidad.

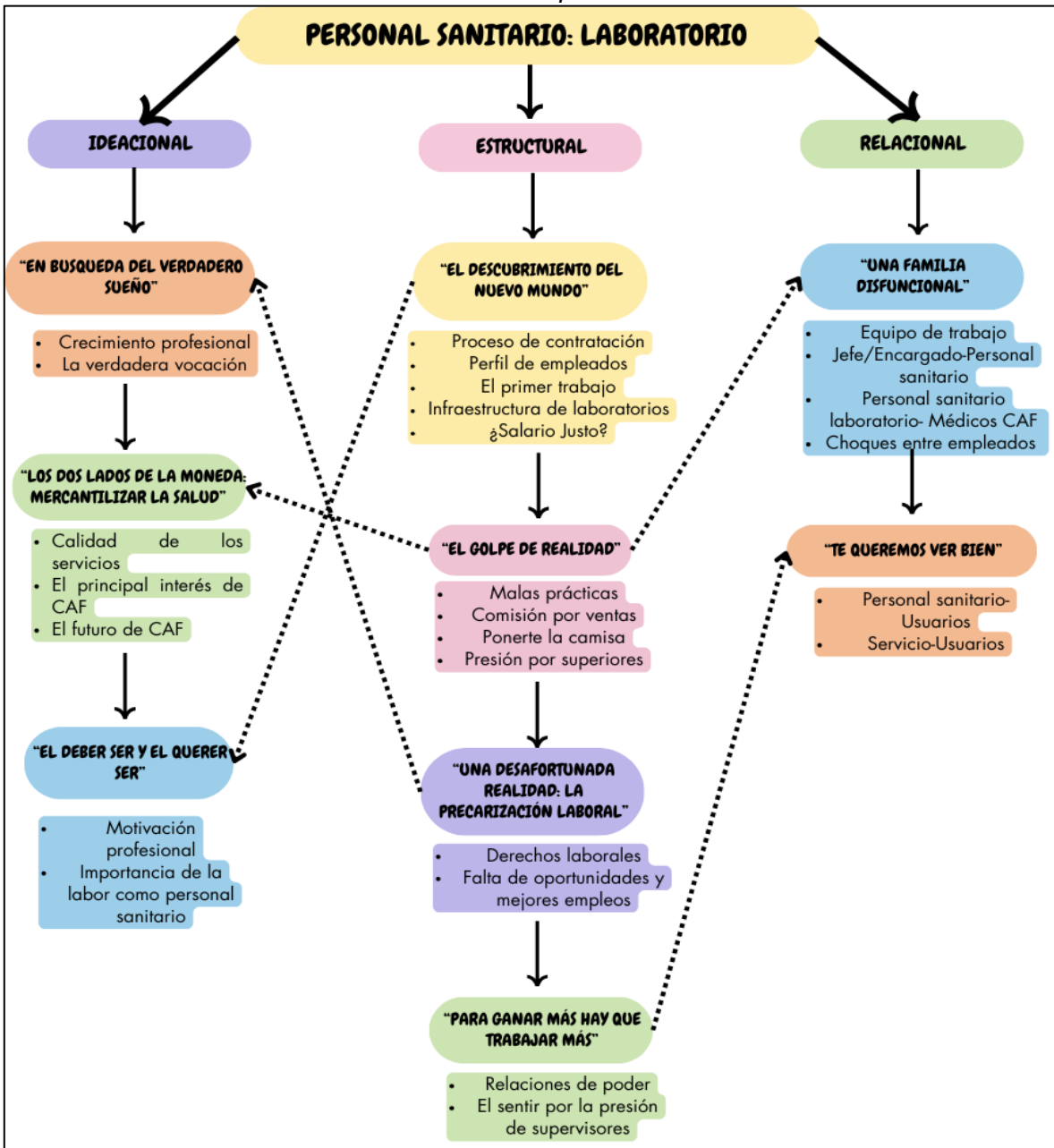
VI. Resultados

A continuación, se presentan los resultados obtenidos a través de las entrevistas realizadas. Comenzaremos por los resultados del personal sanitario que labora en los laboratorios pertenecientes al Grupo por Un País Mejor (GPUPM). Como se comentó en la sección del Marco Teórico, dicho grupo fue el fundador de la cadena de CAF que actualmente cuenta con la mayor presencia en el país e incluye además a Laboratorios Best, compañía que elabora los medicamentos y suplementos alimenticios, Fundación Best, quienes proveen de atención médica ambulatoria de primer nivel, Análisis Clínicos del Dr. Simi y Transportes Farmacéuticos Similares (1,9). Posteriormente, se presentarán las perspectivas del personal médico perteneciente a tres diferentes CAF. En la tercera parte de este capítulo se presentan los resultados del personal no sanitario que labora en farmacias adyacentes a los consultorios y por último se compartirán los resultados de las perspectivas los usuarios de CAF.

6.1 Experiencias y percepciones del personal sanitario que brinda servicios en CAF.

A continuación, presentaré los resultados de la investigación que realizamos acerca de las experiencias y percepciones del personal sanitario que labora dentro de los laboratorios que pertenecen a los servicios que ofrecen los Consultorios Adyacentes a Farmacias (CAF), los siguientes fragmentos de entrevistas se realizaron a 4 extrabajadoras y trabajadoras de las empresas pertenecientes al Grupo Por Un País Mejor (GPUPM). Por temas de confidencialidad utilizaremos seudónimos para referirnos a cada una de ellas. De acuerdo con la metodología de análisis propuesta por Fairclough dividiremos los resultados en tres grandes esferas: Estructural, Ideacionista y Relacional, y a través de ellos nos adentraremos a una travesía donde descubriremos las experiencias del personal sanitario.

Ilustración 2: Resultados del Personal Sanitario perteneciente a laboratorios de CAF



Categorías y códigos obtenidos a partir de las entrevistas al personal sanitario de laboratorio pertenecientes a CAF. Se pueden observar las tres esferas de análisis de acuerdo con el Análisis Crítico del Discurso: Estructural, Relacional e Ideacional.

Esfera Estructural

Esta sección está dividida en cuatro etapas que describen el proceso que vive el personal sanitario al entrar a trabajar a este tipo de empresas, donde en primera instancia “descubren el nuevo mundo laboral mexicano” lleno de nuevas experiencias, ilusiones, expectativas y miedo ante un mundo desconocido. Posteriormente llegan a una segunda etapa donde se da “el golpe de realidad” y comienzan a darse cuenta de cuáles son las condiciones en las que trabajan y cómo es el ambiente laboral, es aquí donde muchas de las expectativas que tenían en un principio comienzan a desvanecerse. En la tercera fase, el personal sanitario comprende que de acuerdo con los ideales y políticas del grupo donde laboran, se tienen que esforzar ya que “para ganar más hay que trabajar más” y esto no tiene que ver precisamente con los estudios o la experiencia que tengan. Finalmente llega la última fase donde nos daremos cuenta de la existencia de la precarización laboral que se vive en este tipo de empresas a consecuencia de las dinámicas laborales, irregularidades en el proceso de contratación, el ambiente laboral y falta de mejores oportunidades de empleo para el personal sanitario.

EL DESCUBRIMIENTO DEL MUNDO LABORAL MEXICANO

Una realidad desafortunada es que en el México actual estudiar una carrera profesional no es suficiente para conseguir un empleo con un salario digno. Debido a la situación económica y política por la que atraviesa el país, la precarización laboral es cada vez más constante y ha alcanzado a los profesionales. Al egresar de la universidad, la búsqueda de trabajo no es nada sencilla, debido a que existen miles de profesionistas que igualmente egresan y al mismo tiempo están buscando un empleo, por lo que encontrar un primer empleo que cumpla con las expectativas de un buen salario, prestaciones y buen ambiente laboral es todo un desafío.

El primer trabajo

Una característica que comparten las entrevistadas en esta investigación es que para ellas este fue su primer empleo profesional. Al haber egresado recientemente

de la universidad, todas ellas tenían poca o nula experiencia en el área de laboratorio clínico, lo cual es de esperarse. Tal es el caso de Julieta, quien es química farmacobióloga de formación, apasionada por las ciencias forenses y quien nos comentó que su experiencia al trabajar en esta empresa fue buena: “porque era mi primera experiencia, no tengo nada con qué compararlo y fue bueno porque si te explican todo, te explican cómo hacer las cosas, como hacer los análisis y todo (con el equipo de la empresa)”.

No obstante, dicha falta de experiencia se vio reflejada sobre todo cuando Julieta pasó por alto un pequeño detalle, ya que al momento de su contratación no firmó ningún tipo de contrato, lo cual no le extrañó debido a que era su primer trabajo, y tal cómo se lee en el fragmento antes mencionado ella no tenía nada con que compararlo por lo que se le hizo normal. Este tipo de situaciones son comunes en este tipo de empresas ya que como se hablará más adelante muchos de sus empleados carecen de contratos y prestaciones laborales. Sin embargo, al haber una necesidad por parte del personal de salud para encontrar trabajo y así generar ingresos, al fusionarlo con la falta de experiencia y desconocimiento acerca de sus derechos como trabajadores este tipo de situaciones son ignoradas. Al respecto Julieta nos señaló que:

I: Volviendo a lo que me decías en un principio que, no firmaste contrato y ese tipo de cosas, ¿en ese momento tú sabías que estaba mal o ya después te diste cuenta?

E: Fue después, más que nada porque era mi primera experiencia, yo por la necesidad que tenía en ese entonces, con que me pagaran yo decía, yo sigo aquí trabajando.

Al ser el primer trabajo, la falta de experiencia es evidente, ya que las entrevistadas desconocían muchos procedimientos, el manejo de equipos, entre otras cosas, por lo que los errores en laboratorio fueron frecuentes. Lorena quien también es química farmacobióloga y además cuenta con estudios de posgrado, con mayor experiencia en laboratorio, observó esta situación en la empresa que trabaja:

“Me ha pasado sobre todo en la nueva unidad, y lo que yo veo es que las personas son ya mayores o sea como de 35-40 años, que me da la impresión de que es su primer trabajo porque veo lo que recibo, entonces digo alguien que ya tiene experiencia no comete estos errores”.

Como pudimos ver es común que este tipo de empresas sea de las primeras opciones que tiene el personal sanitario al entrar al mundo laboral por primera vez. Es un fenómeno interesante puesto los recién egresados son personas vulnerables al desconocer sobre los procesos de contratación, derechos laborales y sobre todo carecen de empoderamiento a la hora de exigir un salario digno o prestaciones. Debido a la particularidad del tema se continuará explorando este tema en futuras entrevistas con el personal sanitario y los médicos pertenecientes a CAF.

Perfil de empleados

Lo anterior nos lleva a un perfil en común que tiene la mayoría del personal que trabaja en estas empresas y es que son recién egresados y sin ningún tipo de experiencia en el área clínica. Además, que su permanencia en esta empresa es muy corta debido a las condiciones laborales precarias y la falta de crecimiento laboral, lo que nos lleva a un ciclo donde un profesional recién egresado adquiere un poco de experiencia en estas empresas, renuncia, queda una vacante disponible y es otro profesional recién egresado quien acepta trabajar en este lugar. Es el caso de Julieta, quien ingreso a trabajar con tan solo dos meses de haber egresado de la universidad, se enteró de la vacante por recomendación de un compañero de la universidad y permaneció en esta empresa por un periodo de tres meses. Ella se desempeñó como laboratorista, entre sus funciones se encontraban el procesamiento de muestras en el área de inmunología, principalmente pruebas de embarazo y reacciones febriles, además de químicas sanguíneas de seis y doce elementos.

O el caso de Paula, quien es una persona amable y comprometida con su labor como enfermera y tras egresar de la universidad y estar en proceso de titulación comenzó a buscar un empleo, ella nos relata que comenzó a buscar trabajo por

medios electrónicos y fue así como encontró la vacante de tomador de muestras a través de una plataforma, fue su primer trabajo tras egresar de la universidad y a pesar de que tenía experiencia en la toma de muestras biológicas, nunca había trabajado en algún laboratorio de análisis clínicos.

Para Lorena fue un poco diferente ya que ella sí contaba con experiencia en laboratorios de investigación gracias a sus estudios de posgrado, por lo que conocía un poco más sobre manejo de equipos de laboratorio, más era su primera vez en el área clínica. No obstante, ella nos relata que en el tiempo que ha estado trabajando en esta empresa ha notado que el desempeño del personal que labora en las tomas de muestra es precario y carecen de conocimientos básicos para la toma de muestra. Lorena hace referencia a que el perfil de las personas que laboran en la toma de muestra de una de las sucursales no tiene la experiencia o el conocimiento suficiente:

“Por ejemplo me dicen: ‘Te mando muestra para el estudio de ameba en fresco’ y me mandan orina y heces, como ‘pues te mando donde creo puedes encontrar’, o sea no saben que muestra se necesita para el estudio. O no sé, me dicen: ‘¿se necesita ayunas para un exudado vaginal?’ y así preguntas que dices, creo no les han dado la oportunidad de que su voz valga, de que yo sé esto y lo que tenga que hacer lo hago bien”.

En el caso de nuestras entrevistadas, todas eran recién egresadas y dos de ellas cuando ingresaron a laborar a esta empresa aún no contaban con título ya que estaban en proceso de obtenerlo. Julieta sólo laboró tres meses en la empresa debido a que le brindaron la oportunidad en otra empresa de trabajar, donde cuenta con un mejor salario, prestaciones además de pertenecer al área donde le interesa desarrollarse como profesionista. Por otro lado, Paula laboró un año, y tras vivir una experiencia de acoso laboral en la empresa, además de un ambiente laboral hostil decidió renunciar. Lorena, tiene cerca del año laborando en dicha empresa, y nos cuenta que está tomando cursos de actualización para el futuro poder tener oportunidad de acceder a mejores oportunidades de empleo.

El proceso de contratación

Al llegar a un lugar nuevo de trabajo, existen protocolos al momento de acudir a una entrevista que pueden incluir exámenes de conocimientos y psicométricos, procesos administrativos como la entrega de documentos personales y comprobantes de estudios, así como la firma del contrato. En estas empresas el proceso de contratación varía ya que existe personal sanitario perteneciente al área de proceso que indica que el proceso de contratación fue muy rápido ya que acudió solo a una entrevista y no hubo ningún tipo de evaluación, Julieta nos relata lo siguiente:

I: ¿Y cómo fue el proceso de contratación?

E: Fui y me entrevisté con el encargado de ahí. Como ya era conocida de un compañero mío de la universidad, nada más me hizo una entrevista ligera me explicó cómo iban a estar las cosas, cómo iba a estar el pago y eso. Yo estuve de acuerdo y fue como quedé (contratada).

Para Lorena quien trabaja en la misma área que la entrevistada anterior, inclusive el proceso de contratación fue diferente. Ya que a ella si le pidieron algunos papeles como su curriculum vitae, además de capacitarla durante una semana en el área de proceso. Posteriormente, tras sustituir a una empleada debido a que se ausentó de sus labores, se abrió la vacante de manera formal y comenzó a laborar en esta empresa. Cabe destacar que Lorena también era conocida de un trabajador de esta empresa y fue de la forma en la que se enteró de la oportunidad.

En cambio, para el personal sanitario de la toma de muestra el proceso de contratación es más estructurado puesto tanto Paula como Jimena quien nos brindó una pequeña entrevista y quien también laboró en esta empresa durante seis meses nos contaron que si existió la aplicación de exámenes de diversos tipos, además de reportar un trato amable por parte de la persona que les realizó la entrevista, también se les explicaron sus funciones y en que sucursal laborarían en caso de que las contrataran. Jimena nos comentó lo siguiente:

“El que estaba en ese tiempo que me contrataron, era una persona muy buena gente, me explicó toda la función, me hicieron un examen psicométrico y me hicieron uno de práctica, me hicieron tomar una muestra de sangre y todo y ahí todo bien no hubo ningún problema, ya después me explicaron que posiblemente a mí me iban a tener rotando de apoyo en las dos sucursales que había en ese tiempo.”

Podría pensarse que, al pertenecer al mismo grupo de empresas, los procesos de contratación serían similares, pero hay mucha variación inclusive en una misma empresa del grupo. Por un lado, en el área de proceso de análisis de muestras se percibe desorganización y poca estructuración en el proceso de contratación, esto puede deberse a que este laboratorio no pertenece directamente al GPUPM. Por el contrario, en el área de toma de muestras que pertenece directamente al grupo bajo la razón social “Análisis Clínicos del Dr. Simi” sí existe un proceso estructurado y bien organizado al contratar al personal.

¿Salario justo?

El ingreso económico es de gran relevancia para todas las personas que laboran, puesto con este se cubren necesidades básicas como alimento, vivienda, vestido, educación, entre otras cosas. El salario que se recibe en una empresa depende del grado de estudios que se compruebe, del área en la que se desempeñe, puesto, funciones y horario de la jornada laboral. Sin embargo, en estas empresas el salario base es mucho menor a lo establecido y apenas rebasa el salario mínimo. Al preguntarle a nuestras participantes acerca del salario, las tres coincidieron en que era un sueldo bajo. Julieta al ser su primer trabajo y desconocer cuanto estaba ganando una persona con su profesión en otras empresas pensó que era un pago justo, pero con el tiempo y con la experiencia que ahora tiene se dio cuenta que era poco el ingreso que recibía, pero la urgencia por conseguir un trabajo también la motivaron a aceptar el salario que le ofrecían: *“Pues cuando entre, obviamente fue mi primer trabajo, para mí era justo (el salario), era bueno y más porque en ese tiempo a mí me urgía el trabajo, era eso o trabajar de nada y no tener que comer ni*

nada, yo entre ahí más que nada porque era algo seguro, pero ya estando dentro de lo laboral, dentro de otras áreas, la verdad se me hace poquito (el salario)."

Para Paula quien es enfermera y trabajaba en el área de toma de muestras en esta empresa el salario era poco, pero un poco mejor comparado con otros lugares del área privada. En su caso su sueldo base era bastante bajo, alrededor de los \$187 diarios, es decir, alrededor de \$5,600 al mes, sin embargo, nos señaló que en su caso como enfermera este ingreso era un poco mejor. No obstante, lo que compensaba su bajo sueldo base eran las comisiones que le daba la empresa por la venta de los paquetes de estudios y la compensación por llegar a la meta de ventas al mes. Y para llegar a esta compensación era necesario realizar distintas actividades para promocionar los estudios, por lo que además de fungir como personal de salud, tenían que salir a repartir volantes a la calle y visitar a los doctores del mismo grupo y así compartirles las promociones que tenían mes con mes. Estas actividades eran obligatorias y los jefes y supervisores vigilaban que se cumplieran día con día. Eran actividades con las que la mayoría del personal sanitario no estaba de acuerdo, pero con el tiempo se hacían parte de su día a día. Jimena al respecto nos comentó que:

"Ellas (las compañeras de trabajo) siempre decían eso: "es que aquí nos están pagando muy bien, ¿quién nos pagaría este salario más las comisiones?" Pero tú decías, es que tenemos que estar volanteando, en el frío, en el solazo ir llevando volantes, ir a hablar con los doctores..."

El ir a repartir volantes y promocionar los servicios que ofrecía el laboratorio a la calle y con los doctores del GPUPM no era una estrategia que garantizara llegar a las metas de ventas. Sin embargo, eran actividades obligatorias y al tener un salario base tan bajo, para el personal sanitario realizar estas prácticas para promocionar los estudios y así los usuarios adquirieran más estudios, era una esperanza para poder subir un poco sus ingresos mensuales: *"Entre mejor hubiera de compensaciones para nosotros era algo súper mejor porque nuestro salario era bien*

misero y las compensaciones así tu decías es el doble o el triple del salario que nos dan.”

Por otra parte, en el área de proceso Lorena quien ocupa un puesto de gerencia nos cuenta que a su percepción el salario que recibe en esta empresa es poco, ya que apenas rebasa el salario mínimo. Y no compensa, puesto el sueldo tendría que ser mayor ya que la responsabilidad y las funciones que realiza como gerente de un laboratorio son mayores, por lo que el sueldo tendría que ser proporcional a esto, sin embargo, a su percepción no es suficiente: *“Por mi puesto ahorita, que soy gerente recibo \$6,000 a la quincena, que no es ni una beca CONAHCYT, y para el puesto que estoy ocupando es muy poco.”*

Por lo que nos cuentan nuestras participantes los salarios en esta empresa son bajos y varían de acuerdo con el área en la que te desempeñes. Para los profesionales que laboran en el área de proceso su sueldo es fijo, el cual con frecuencia apenas rebasa el salario mínimo nacional. Sin embargo, no tienen que realizar actividades como el volanteo o la promoción de estudios en las calles. En cambio, para el personal que trabaja en la toma de muestras, el salario también apenas rebasa el mínimo, pero tienen la posibilidad de recibir una compensación con base a las metas de ventas y comisiones por venta de paquetes de estudios.

EL GOLPE DE REALIDAD

Tras pasar el proceso de contratación y conocer su lugar de trabajo, el salario, sus funciones, y a los compañeros de trabajo, nuestras participantes comenzaron a descubrir cómo eran realmente los procedimientos y el ambiente laboral dentro de esta empresa. En el caso de las entrevistadas pertenecientes al área de proceso comentaron que el ambiente laboral era bueno, sin embargo, reportaron ser testigos de la utilización de reactivos en mal estado además de la recepción de muestras en condiciones no óptimas para su análisis. Por otra parte, en la toma de muestra, se reporta un ambiente de trabajo pesado, irregularidades en la toma de muestra y presión por parte de superiores por subir las ventas de los estudios de laboratorio.

Malas prácticas

Se le preguntó a las entrevistadas si habían visto o presenciado alguna mala práctica dentro de sus lugares de trabajo y todas coincidieron en que era algo que sucedía con frecuencia. Julieta nos comentó que desde el hecho de que no firmara un contrato, a ella le parecía una irregularidad. En cuanto a las prácticas que realizaban en el área de proceso, comentó acerca de que en este lugar trabajaban con reactivos caducos. Esta situación era conocida por su jefe inmediato, ya que al tener auditorias la indicación era esconderlos. Otra práctica que señala es el de recibir muestras en malas condiciones por parte del personal de la toma de muestra, o incompletas, lo cual indica que es algo con lo que no estaba de acuerdo, pero tenía que recibirlas porque era eso o no entregar resultados a los usuarios:

“Trabajábamos con reactivos caducos y cuando había las auditorias era de “esconde los caducos porque viene la auditora y no queremos que sepan que estamos trabajando estos reactivos”, y también que muchas veces las muestras que mandaban estaban lisadas y aun así las teníamos que procesar, pero era hacer eso o no trabajar o no entregar resultados y también pues no es bueno. Otra cosa, cuando llegaban lo de las tomas de muestra, se les olvidaba un tubo, entonces lo que hacían era que de un tubo repartían en dos tubitos y a lo mejor ahí ya contaminaste la muestra, o va a ver algo así que no sea legal, o sea no sacaste esa muestra del paciente.”

Por otra parte, en el área de toma de muestras Paula nos cuenta que había prácticas que ella presenciaba pero que no podía hacer ni decir nada, ya que si alzaba la voz podía haber consecuencias negativas para ella. También nos narra acerca de prácticas que eran incorrectas dentro de las políticas de la empresa, puesto los médicos tenían la obligación de referir a los usuarios que necesitaran estudios al laboratorio del mismo grupo, y nos cuenta que había veces que ellos los referían a laboratorios ajenos al grupo, lo cual le traía pérdidas económicas a la empresa. Paula señaló que al momento de la toma de muestra también existen malas prácticas lo cual coincide con lo que nos señaló la participante anterior:

“Había cosas que tu decías pues no se puede, pero te lo indicaban y tu decías ¿qué hago? pues ya qué. Y hacías las cosas porque te las pedían. En el consultorio pues también porque veíamos ciertas cosas, se supone que nos tenían que mandar los pacientes acá (al laboratorio) y los mandaban a otros lugares o traían sus pruebitas rápidas que las podían hacer los mismos doctores y pues había pérdidas de dinero para el laboratorio pero pues no podíamos decir nada porque si decimos algo era de: dices algo y te vas.”

Lorena quien trabaja en el área de proceso nos comentó que los problemas más grandes que tenían eran provenientes del área de toma de muestra, ya que recibió muestras en mal estado, sin centrifugar, sin nombre de los usuarios, y folios faltantes, lo cual retrasa y entorpece los procesos de quienes realizan su análisis. Resulta interesante que todas las participantes coinciden en que en esta área ocurren los mayores errores.

Lorena destaca que los errores más comunes que ella detecta son en la toma de muestra, y percibe que estos errores comprometen los procedimientos que ellos realizan en el área de proceso y considera que este tipo de muestras con errores en el etiquetado no deberían aceptarse para su proceso ya que no se tiene la certeza de que correspondan a la persona que se le tomo la muestra. También nos cuenta que se realizaban procedimientos de análisis dentro del área de proceso con reactivos caducos tal como nos lo había comentado otra de las participantes, sin embargo, agrega que desde que ella tomo el puesto este tipo de situaciones no pasan porque ella no podría cargar con eso en su conciencia.

Por otra parte, Jimena nos narró un hecho muy interesante que aconteció en una de las tomas de muestra de este grupo, donde se procesaban pruebas rápidas sin contar con el permiso requerido por parte de la Comisión Estatal para la Prevención contra Riesgos Sanitarios (COEPRIS). Debido a que requiere de conocimiento, para su procesamiento son necesarios permisos, ya que se debe contar con personal capacitado y con las instalaciones adecuadas para su proceso. En esta toma de

muestra no contaban con tal permiso, por lo que de acuerdo con lo que nos cuenta Jimena un extrabajador reportó tal hecho a COEPRIS:

“Suponemos que un ex trabajador que lo despidieron, demandó en COEPRIS porque fue muy casual que llegaran ahí, entonces empezaron a checar documentación y como estaba una encargada como interina, no sabía dónde estaban los manuales, donde estaban los permisos y con lo que los cacharon es que no tienen autorización para procesar, o sea no tiene el papelito de COEPRIS que autoriza procesar muestras, entonces les encontraron pruebas de embarazo, ya usadas pues, en la basura, o de COVID, entonces eso fue lo que COEPRIS dijo eso no y clausuraron hasta que arreglaron todo.”

Comisión por ventas

Durante el proceso de contratación tanto a Paula como a Jimena se les comentó cual sería el monto de su salario, se les explicó que tendría un salario base el cuál sería bajo, sin embargo, se les daría una compensación y una comisión por estudios vendidos. Lo anterior se los explicaron de manera rápida y superficial, y en lo que se enfocaron fue en resaltar la cantidad que “podrían ganar” si ciertas metas se llegarán a cumplir. Sin embargo, el cómo funciona esta dinámica en realidad es algo de lo que se dieron cuenta ya estando dentro de la empresa. Jimena nos relata que:

“Iba a ganar un porcentaje, mi salario normal y cada inicio de mes me iban a pagar otro porcentaje por las ventas de los estudios que se daban ahí, más nunca me explicaron que por venta de tal estudio me iban a dar tanto dinero, eso nunca me lo explicaron hasta después que una compañera me dijo ponte buza en esto y en esto porque si no te lo ponen a ti, tu no vas a recibir esa comisión.”

En estos laboratorios se le incentiva al personal sanitario a vender ciertos paquetes de análisis, con la promesa de recibir a cambio el 10% del monto de dicho paquete, es decir, si un paquete básico de biometría hemática, examen general de orina y química sanguínea de seis elementos tiene un costo de \$500, el personal que lo venda se queda con \$50. Por lo tanto, te animan diciendo que si tú como personal

vendes diez paquetes de estos por mes te estarías llevando \$500 “extra” de tu salario base. Además de lo anterior si se llega a una meta de ventas en general, el personal puede llevarse una compensación extra a su salario y a los paquetes que haya vendido, dichas metas van desde la meta baja, media y alta, donde la baja representa una quincena extra y así sucesivamente hasta llegar a tres quincenas extras.

Esta empresa se encarga de “empaquetar” los análisis de forma que al usuario le parezcan atractivos y en ocasiones aprovechan para sacar a la venta pruebas que están próximas a caducar en promociones que hacen ver que prácticamente les regalan la prueba. Lo anterior no necesariamente es malo o anti-ético, son estrategias que en cualquier empresa utilizan para no desperdiciar y aprovechar al máximo los insumos, e inclusive es provechoso para los usuarios en ocasiones aprovechar este tipo de descuentos. Respecto a lo anterior, Paula nos comenta lo siguiente: *“Después, ya cuando paso lo de las vacunas (de COVID) y todo eso disminuyo la venta, entonces para poder vender más nos empezaron a dar compensaciones por vender ese producto y también después el laboratorio tenía pruebas de influenza que tenían ya de un buen tiempo y ya estaban por caducar, entonces nos hicieron unos paquetes con la prueba COVID y supuestamente regalábamos la prueba de influenza, que en realidad no era así porque les estábamos cobrando la prueba de influenza, pero los pacientes se lo creían.”*

PARA GANAR MÁS HAY QUE TRABAJAR MÁS

El esquema de ventas por comisión en esta empresa trae una serie de consecuencias para el personal sanitario, ya que narran sentir presión por parte de los superiores para vender más. Frecuentemente son animados a invitar a los usuarios a adquirir estudios más completos o en paquete y a trabajar más en las estrategias de ventas para poder ganar más.

Presión por superiores

Al ser una empresa que se basa en el esquema de comisión por ventas, existe cierta presión por parte de los superiores para llegar a las metas de venta. Paula nos narra que el encargado de la sucursal constantemente le recordaba que tenían que ofrecer los estudios más caros a los usuarios ya que había que vender más para poder llegar a las metas del mes establecidas por la empresa: *“La realidad es que el encargado a veces era de “tienes que vender más, tienes que vender más, vende los estudios más caros para nosotros llegar a la meta que teníamos que llegar por mes.”*

De acuerdo con lo que nos cuenta Jimena, los supervisores hacían mucho énfasis en esforzarse más, en salir a volantear más tiempo, a más casas, en convencer a los usuarios a adquirir más estudios y en agendar a más personas en los ultrasonidos. Este interés era impulsado por una comisión que también se les proporciona a los supervisores si cada una de las sucursales que están a su cargo llega a la meta establecida, por lo que Jimena nos cuenta que: *“Nos decían que, ¿qué estaba pasando, que por qué no hacíamos volantes? Que era ir casa por casa a llevar volantes de los estudios, ¿por qué no estábamos vendiendo tal estudio si estaba en tanto? Al supervisor le interesaba que nosotros vendiéramos porque si no vendíamos a él no le pagaban, entonces entre mejor vendíamos a él le daban (comisiones).”*

Las visitas por parte de los supervisores se daban al tener bajas ventas en la empresa, durante estas visitas Jimena relata que eran cuestionados sobre lo que hacían o dejaban de hacer para que las ventas bajaran. Sin embargo, las llamadas de atención pasaban desapercibidas para ella puesto que era consciente que se hacía lo posible por vender y que no podían obligar a los usuarios a adquirir sus estudios en esta empresa si ellos así lo decidían: *“La neta me valía, porque yo decía estamos haciendo lo posible por vender, si la gente no viene, no es nuestra culpa. Porque si nos ponemos del lado del paciente, a veces vamos a buscar un lugar donde nos den barato, nos den los resultados rápido.”*

Al principio de la sección mencionábamos la frase “para ganar más hay que trabajar más”, puede sonar lógica y justa para muchas personas, pero en esta empresa conlleva más que un simple esfuerzo. Representa para el personal sanitario realizar acciones extras a sus labores como químicas o enfermeras, salir a volantear, tener que “convencer” a los usuarios de adquirir más estudios, ingeniárselas para vender los estudios más caros o “empaquetados” y además soportar presión y regaños por parte de sus superiores, al respecto Paula nos comentó:

“Creo que, si no nos obligaran a llegar a un punto de comisiones, si no nos obligaran a “tienes que vender, tienes que vender”, pues creo que no tendrías que sentirte tan presionada.”

UNA DESAFORTUNADA REALIDAD: LA PRECARIZACIÓN LABORAL

Llegamos a la última etapa, hasta este momento nuestras entrevistadas atravesaron un proceso de contratación y conocieron realmente como es el trabajo dentro de la empresa. Para este punto ya nos han relatado diversas irregularidades en el proceso de contratación, prácticas dentro de las actividades de trabajo que son incorrectas y la dinámica de comisión por ventas que se maneja en los laboratorios. Todo lo anterior nos lleva a una desafortunada realidad, llamada precarización laboral.

Irregularidades administrativas

Durante las entrevistas se detectó que cada una de nuestras participantes reportó alguna irregularidad ya sea al momento de su contratación o renuncia a esta empresa. Julieta nos cuenta que en ningún momento mientras laboró en esta empresa pudo firmar su contrato ya que le daban excusas, sin embargo, al renunciar si le hicieron firmar una carta para poder darle su finiquito, además que nunca recibió uniformes o equipo de protección para realizar sus labores como química analista, sin embargo, mencionó que contó con seguro social: *“Yo no firme contrato, ni cuándo me fui, no firme contrato. Pero si me pagaron mi finiquito y si me dieron todo. [...] Yo solo firme una carta de renuncia y ya.”*

Por otra parte, Paula al momento de renunciar cuenta que nunca le pagaron su finiquito, a pesar de insistir durante un año, ya que en la sucursal donde trabajaba le hicieron perder mucho tiempo y ponían muchas excusas para no atenderla y como ella ya contaba con otro trabajo, tenía que pedir permiso para faltar. Paula nos contó que además no tenía esperanzas de que la empresa le proporcionara la cantidad correspondiente del finiquito así que decidió olvidar el tema para evitar problemas y conservar su nuevo empleo. Jimena por su parte nos relató que al momento de renunciar la empresa le hizo firmar todos los papeles de renuncia donde ella recuerda se especificaba que ellos no le debían nada. Además de recordar que, a la hora de firmar su contrato inicial, no tuvo oportunidad de leerlo puesto quien la contrato la presiono para que firmara, y le prometió que le enviaría una copia de su contrato en otro momento, sin embargo, esto jamás sucedió por lo que ella jamás se enteró de lo que firmó:

“Te decían que, en la empresa te ibas sin adeudos, y que la empresa no te debía tu prima vacacional, y tus vacaciones ya te las habían dado, todo lo que te correspondía por ley ellos ahí te lo ponían (en la carta de renuncia) que ellos no te debían nada de eso. Por ejemplo, a mí no me dejaron leer mi contrato, a mí no me lo dejaron leer porque la que me dio el contrato era de fírmale y fírmale porque tienes trabajo que hacer y yo pues espérate déjame leer mi contrato bien, capaz que estoy firmando otra cosa que no es y me dijo te voy a mandar el contrato escaneado para que lo leas y luego el momento en que nunca me dieron el contrato, nunca me entere de lo que firmé.”

Lorena, quien trabaja en proceso nos indicó que al igual que Julieta, no firmó ningún contrato, ya que solo le hablaron del sueldo y los horarios de una forma oral. Sus funciones se las explicaron superficialmente, no obstante, ella tomo los manuales de organización del laboratorio y descubrió que era lo que le correspondía hacer como gerente del laboratorio. Al hablar de prestaciones nos comentó que cuenta únicamente con seguro social y un “tipo” de aguinaldo. Un punto interesante que nos comentó fue que ella era consciente de las irregularidades que existían al momento de la contratación, pero como tenía la necesidad de trabajar para ganar

experiencia fue algo que paso por alto: *“Pues yo creo que siempre va a haber necesidad en las personas , y yo sabía que no iba a haber un contrato ni prestaciones pero tenía la necesidad, entonces siento que siempre va a haber alguien que necesite cubrir ese puesto, cuando ya la persona no esté dispuesta a aceptar ese salario es cuando va haber un cambio.”*

Esfera Ideacional

En esta sección descubriremos las ideas y percepciones que el personal sanitario tiene respecto a su profesión y cuáles son sus verdaderas aspiraciones profesionales. Se hablará acerca de su crecimiento laboral dentro de estas empresas y cómo creen que su labor impacta en la salud de las personas que acuden a los servicios que ofrecen en los CAF. Además, conoceremos su posición como profesionales de la salud en cuanto a las comisiones por ventas que son características de estas empresas y en que dilemas morales se han visto envueltos a causa de ello.

ENTRE EL DEBER SER Y EL QUERER SER

La principal razón de nuestras entrevistadas para aceptar trabajar en esta empresa fue la necesidad que tenían en cuanto a un ingreso económico y la experiencia laboral. Sin embargo, ninguna de ellas se veía a futuro en el área en la que se desempeñarían en esta empresa. Desarrollar habilidades y así crecer en lo profesional era fundamental para las participantes ya que esto les traería mejores oportunidades en un futuro cercano. No obstante, mantener la motivación para realizar sus actividades diarias en ocasiones era un reto debido al bajo sueldo y pocas prestaciones que recibían.

Al preguntarle a Julieta sobre su experiencia trabajando en el área de proceso de este grupo nos comentó que a su parecer no creció lo suficiente y que esta experiencia no le brindó las habilidades necesarias para laborar en otro laboratorio

de análisis clínicos. En cambio, Paula quien trabajó en el área de toma de muestra durante un año nos cuenta que, para ella en el aspecto laboral, fue una experiencia que le dejó bastante conocimiento, ya que aprendió distintos procedimientos que desconocía y que en este lugar le fueron enseñando.

Al preguntarles por las motivaciones que las impulsaban a realizar sus labores diarias y si había algún aspecto que les afectara dentro del ambiente de trabajo o de las condiciones laborales, Julieta nos relató que ella nunca perdió este enfoque y siempre mantuvo sus motivaciones y su ética profesional por encima de cualquier situación desfavorable: *“Pues ahí la verdad siento que nunca perdí el enfoque, a pesar de que a mí no me gustaban los clínicos, siempre sabía que tenía que entregar (resultados) y si algo me salía mal o tenía duda lo repetía, entonces si hubo clínicos que repetí, si hubo pruebas de embarazo que repetí o que preguntaba, porque si la verdad entregar un resultado mal, no iría con mi forma de pensar o de ser.”*

Por otra parte, Paula nos comentó que su motivación siempre ha sido el ayudar a las personas a diferencia de los jóvenes de la actualidad quienes en su parecer al buscar un empleo buscan solo un beneficio económico. El ser un soporte para los usuarios la motiva a realizar su trabajo, ella considera que la amabilidad y la sensibilidad dentro del personal de salud son características que están olvidadas, y que en muchas ocasiones los usuarios además de requerir el servicio que les ofrecen también necesitan ser escuchados: *“Para mí es el ayudar, el ayudar y ver las necesidades de otras personas, porque pues todos tenemos necesidades que a veces nos olvidamos, más en el sector salud, nos olvidamos de esa parte, aunque tu hayas escuchado un “es que me siento mal”, “no, va a estar usted bien está en las mejores manos” con esa palabra que tu digas creo que ayudarías mucho al paciente.”*

Respecto a la motivación que sentía al entrar a laborar a esta empresa, Jimena nos comentó que al principio y por cómo le pintaron el panorama del sueldo, ella consideró hacer una carrera en esta empresa, su actitud era positiva, sin embargo,

al pasar el tiempo y darse cuenta del verdadero ambiente laboral y de las condiciones precarias para el personal, su visión cambio totalmente: *“Entre positivamente, aquí voy a durar hasta que me haga viejita, yo dije esta súper bien el trabajo, pero conforme fue pasando el tiempo pues ya viví varias etapas de ese laboratorio que yo dije no, y descubrí cosas que tu decías no, no está bien que te hagan ese tipo de cosas a ti como trabajador.”*

Lorena de la misma forma nos comentó que ella considera que de los factores que más pueden influir en disminuir su motivación al laborar son las prestaciones y el sueldo, ya que en esta empresa no son nada atractivos para el personal, y destaca que otros aspectos como el horario y la carga de trabajo son adecuados y cómodos para considerar seguir en este empleo, pero no se proyecta en este empleo a largo plazo.

Otro aspecto que se les cuestionó a las participantes fue la percepción que ellas tenían acerca de su labor como personal sanitario en esta empresa y cómo es que sentían que el servicio que brindaban impactaba en la salud de los usuarios. Julieta a pesar de estar en el área de proceso y no tratar directamente con los usuarios es una persona que está consciente de la importancia de su labor como química ya que nos comentó que el resultado que ellos emiten al usuario le es de utilidad al médico para el diagnóstico correcto y así poder prescribirle un tratamiento adecuado para que finalmente el usuario llegue a un buen estado de salud: *“Entonces yo creo que es muy importante porque con un mal resultado puedes diagnosticar mal a una persona o darlo por sano cuando en realidad no lo está.”*

Paula quien está en contacto directo con los usuarios, nos señala que el impacto que ella tiene en la salud de las personas es positivo y resalta la importancia de la labor que realiza con el simple hecho de escuchar al usuario, ya que ellos en la mayoría de las veces que acuden a la toma de muestra llegan con muchas dudas acerca de la utilidad o propósito de los estudios que les indica su médico. Nos habla de que es importante escucharlos y orientarlos, no obstante, en esta empresa se le prohibía brindarle información acerca de los resultados a los usuarios ya que los

supervisores indicaban que esto les hacía perder ganancias a los médicos de la fundación:

“A veces no simplemente eras tú la que tomabas la muestra, a veces te tocaba escuchar, “ay, señorita el doctor me dijo y es que...” porque a veces no los escuchaban (los médicos) y como que decías no pues cuídese señora o pregúntele esto al doctor o a ver que le dice, como que tratabas de apoyarlos tanto moralmente como con algo de conocimiento, porque no podías tu consultarlos ni nada porque no te lo permitía la empresa, hasta ni explicarles sus estudios.”

LOS DOS LADOS DE LA MONEDA: MERCANTILIZAR LA SALUD

Las entrevistadas nos han narrado cómo es la dinámica de las comisiones y compensaciones por ventas de estudios, por lo que resultó interesante conocer la perspectiva de ellas respecto a este tema. Además, se les cuestionó acerca de su percepción acerca del principal interés de esta empresa y la mayoría coincidió en que pensaban que esta empresa prioriza el número de ventas sobre la calidad del servicio que ofrece. Respecto a las comisiones por ventas de estudios, Jimena nos indicó que ella le ve una ventaja, porque impulsa al trabajador a hacer lo que le corresponde, pero admite que llega un punto en el que dejas de ver la necesidad del usuario para únicamente enfocarte en el valor monetario que representa el vender:

“A la vez diría que está bien porque es como motivar a tu empleado a hacer su trabajo, pero llega un punto en el que el empleado ya no ve la necesidad del paciente que viene a hacer su estudio, sino más bien ve lo monetario para él, entonces había gente de escasos recursos que muy apenas tenía para pagar sus estudios y a veces tu decías pero porque le vas a cobrar tanto si le podemos cotizar un precio menor aunque nosotros perdamos esa comisión.”

Como pudimos darnos cuenta, ante este tipo de situaciones entran los dilemas éticos y morales del personal, donde tienen que elegir entre darle un precio accesible al usuario o perder su comisión. El personal sanitario en este tipo de

empresas debe desarrollar habilidades que le permitan pensar de qué forma le conviene más venderle al usuario un estudio y así poder tener más ingresos a final de mes, tal como lo comenta Paula es poner una balanza entre hacer las cosas bien o aumentar tu sueldo:

“Tu decías ¿cual le vendo? porque si vendías el paquete pues tú te quedabas con algo de la comisión, pero si ofrecías el barato podíamos generar una meta alta, entonces era como de tener una balanza muy fea de hacer las cosas bien. A veces el paquete venia muy barato y se lo cotizaban por separado y salía muy caro y le dabas el caro para alcanzar las metas y ya si veías que dudaba (el paciente) ya ahí decía la encargada, no pues mire si viene tal día le tenemos la promoción y le va a salir en tanto (más barato), aunque no era cierto porque ya le estabas inventando un choro de que le iban a dar una promoción, que la promoción era una mentira.”

En cuanto a cuál es el principal interés de acuerdo con su percepción y experiencia laborando en esta empresa, Julieta de manera tajante nos mencionó que a su consideración es el “sacar más dinero” puesto no se le da importancia a las cuestiones de calidad en los procedimientos, ya que el único interés es que saquen el trabajo de la forma que sea para así poder vender un resultado: *“Honestamente, sacar más dinero porque no tenemos auditorias de secretaria de salud, no tenemos reactivos al día, no tenemos quien cheque eso, quien cheque que los estudios se realicen adecuadamente, que no repartamos muestras en un tubo y luego en otro tubo, entonces yo siento que lo tienen para ganar más dinero y como para darle más seguridad a la gente, pero la verdad no es algo que sea legal o como quisiéramos que fuera.”*

Jimena nos indicó que eran pocas las veces que un químico supervisor iba al laboratorio a realizar inspecciones y que lo único que revisaban era el contenido del pequeño refrigerador donde almacenaban las muestras, sin embargo, no ponían atención a otras situaciones como el contratar al personal adecuado para el procesamiento de muestras, puesto lo único que les interesaba era quien estuviera dispuesto a hacer las pruebas con tal de vender: *“No había una química que hiciera*

los estudios y pues la química era yo y tenía que hacer las pruebas de embarazo, de VIH, grupo sanguíneo, sífilis, esos cuatro yo los hacía, pero yo decía yo no soy química, ¿cómo voy a saber si estoy haciendo bien la prueba? y ahí tu veías que lo que les interesaba era vender, entre más venta tuvieran mejor.”

Lorena tiene un punto de vista un poco diferente, ya que considera que el principal interés no solo de esta empresa si no de cualquiera que ofrece un servicio es lo económico. Considera que no es rentable el solo comprometerse con brindar un servicio de calidad, ya que los equipos y reactivos que se utilizan en estas empresas son costosos y deben encontrar la manera de que sus servicios sean rentables: *“Pues como en el de todos yo creo al final es lo económico, puede que te interese brindar un servicio a la población, pero si procesas muy pocas muestras no va a ser sostenible en cuanto a término económico porque los equipos son caros, los reactivos son caros, entonces va compensado el brindar un servicio a la población y que sea también rentable.”*

Esfera Relacional

En esta sección conoceremos el ambiente laboral que se vive en esta empresa, como son las relaciones entre el equipo de trabajo, los superiores y los usuarios que acuden a recibir los servicios de salud. Veremos como la parte estructural y la dinámica principal de esta empresa que es la comisión por ventas, afecta directamente en las relaciones laborales y fomenta un ambiente de trabajo tenso.

UNA FAMILIA DISFUNCIONAL: EL AMBIENTE LABORAL

En el GPUPM, existen diversas empresas que lo conforman, para fines de esta investigación solo hablaremos de las tres principales que son: “Farmacias Similares”, “Análisis clínicos del Dr. Simi” y “Fundación Best”. Estas tres empresas coexisten en un mismo espacio, se encuentra la farmacia a un lado del consultorio y a un lado del consultorio se encuentra el laboratorio, por lo que hay espacios de trabajo en común. De acuerdo con lo que nos relataron las entrevistadas existen ciertas tensiones entre estas tres empresas del mismo grupo, debido a las

diferencias entre que le corresponde o no hacer a cada uno dentro de los espacios que comparten, por lo que en lugar de verse como familia en ocasiones se perciben como rivales.

Dentro de la empresa que alberga los laboratorios, Jimena nos señaló que al principio contaba con un jefe que le ayudaba y la comprendía, no obstante, al irse y tomar el cargo otra persona el entorno organizacional se tornó no favorable debido a las actitudes del encargado, a tal punto de sentir acoso laboral, por lo que esa persona decidió renunciar y al designar a otra persona en este cargo el entorno organizacional se volvió a tornar poco favorable: *“Si era un ambiente muy tóxico porque había detalles que a veces el encargado te hacía o te trataba de esa forma, bueno, el primer encargado con el que estuve yo, era super buena gente, te comprendía y te echaba la mano. Después cambiaron de encargado y este encargado era super tóxico más que nada llegó el punto en el que sentí un acoso laboral. Cambian a ese encargado, llega la otra que también es un encargado super tenso, si te hablaba pues que bien y si no te hablaba, te ignoraba bien gacho.”*

Como mencionaba en un principio el grupo tiene diversas empresas que lo conforman y que se supone deben trabajar en conjunto, ya que los médicos CAF tienen la obligación de que en caso de que el usuario necesite algún medicamento o estudio se le refiera a las farmacias y laboratorios del mismo grupo. En cuanto al personal sanitario de laboratorio, tienen la obligación de ir mes con mes a visitar a los médicos CAF para ofrecerles y dar a conocer las promociones que se tienen en los laboratorios, sin embargo, esta acción muchas veces no es bien recibida por parte de los médicos. Paula nos cuenta que en ocasiones algunos médicos se molestaban por este tipo de propagandas y recibían malos tratos de su parte: *“A veces los doctores te decían a qué chingados vienes o a veces doctores de no me interesa yo los mando con Fulanito de tal y ni te dejaban explicar y decías ya de perdís escuché o fírmeme, ya de perdís fírmeme de que vine, pero ni eso te querían atender”.*

Por otra parte, Jimena nos comentó que a su parecer el rechazo de los médicos podía deberse a dos razones, una porque tenían un convenio con algún laboratorio ajeno al grupo o por la alta demanda que tenían de usuarios, ya que a su parecer es más provechoso para ellos atender a un usuario que atenderlos a ellos solo para escuchar las promociones. También nos menciona que no todos los médicos eran así, ya que existían quienes las recibían con mucho gusto e inclusive se interesaban por los servicios que ofrecía el laboratorio.

El entorno organizacional como podemos darnos cuenta era un poco pesado, no obstante, había un detalle que complicaba aún más las relaciones entre el personal sanitario del laboratorio: las comisiones por ventas. Esta era la razón principal por la que el entorno organizacional era no favorable en esta empresa, Paula nos relata que desde un principio el hecho de que no le explicaran el cómo funcionaba esta dinámica fue a raíz que el encargado de esa sucursal adquiriría todas las comisiones para él y fue hasta que una compañera de otra sucursal le explico cómo funcionaba, que ella pudo acceder a este beneficio:

“Yo estaba rotando en dos sucursales, en una de las sucursales me decía una de mis compañeras “ten cuidado porque en la otra sucursal me comentaron que el encargado no te pone las comisiones por igual, él pone todas las comisiones para él”, pero dije “¿cómo me fijo?” hasta que ya después el encargado de la otra sucursal me explicó ah mira es que aquí te fijas, y es ahí donde me di cuenta de que a mí en realidad no me daban comisión más que los de la otra sucursal.”

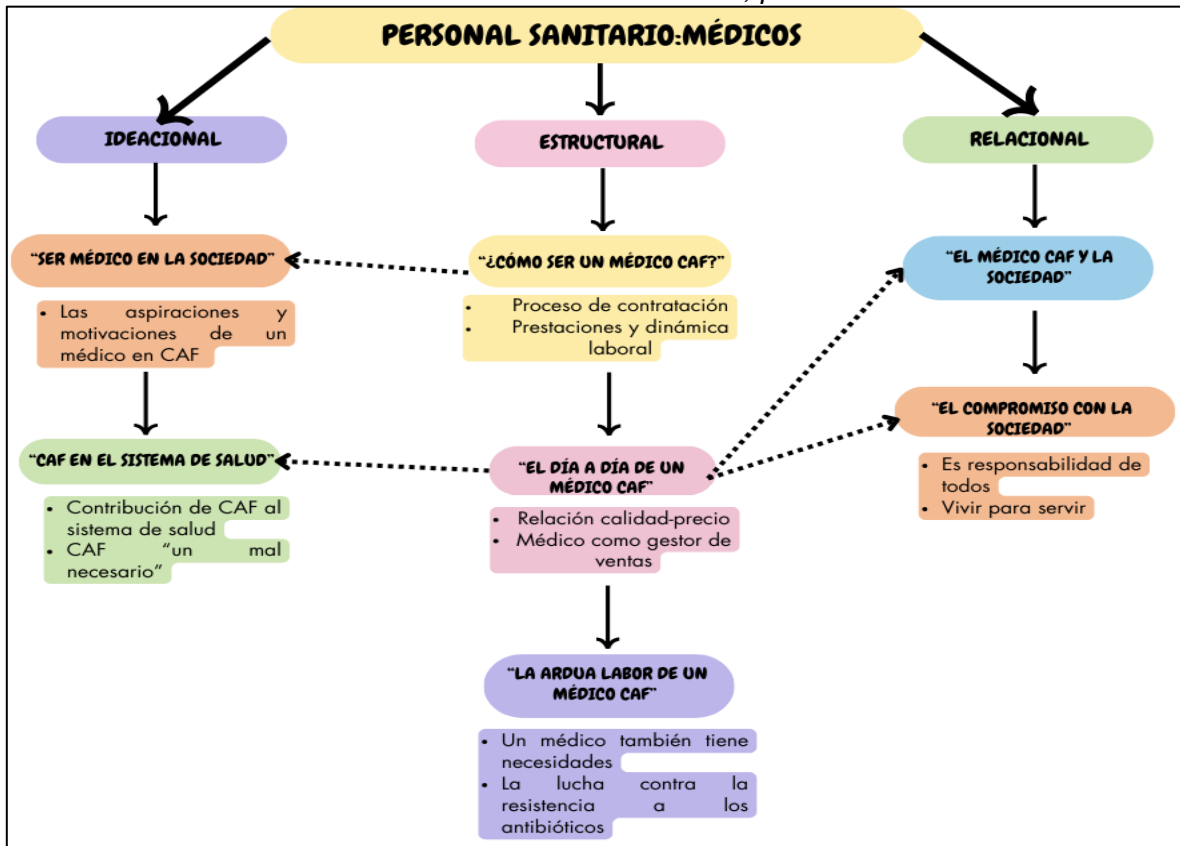
Ya que el sueldo que ofrecen estas empresas es demasiado bajo, el personal sanitario tiene que recurrir a pelear entre sus mismos compañeros por quien tiene más comisiones, lo cual genera un entorno de trabajo muy pesado. Donde siempre tienes que estar alerta sobre quien tiene más o menos paquetes a su nombre. Como podemos ver esta dinámica que procede de lo estructural afecta directamente a las relaciones entre compañeros de trabajo y en lugar de promover la unión, genera envidia y discusiones por ver quien se lleva más que el otro, al respecto Jimena nos comenta: *“Si fuéramos un equipo de verdad, de que si vendemos 15 paquetes pues*

cada uno se queda con un paquete, pero no, a veces ellas vendían 15 paquetes y eran 15 para ellas y si tu no vendiste ningún paquete pues ya te chingaste porque... teníamos que buscar como sacar nosotros dinero y pelearnos el paquetito de esas ventas porque nunca llegábamos a la meta.”

6.2 Experiencias y percepciones del personal médico que labora en CAF.

En esta sección presentaremos los resultados de las entrevistas realizadas al personal médico que labora o laboró en CAF. Las siguientes categorías se realizaron en base a tres entrevistas realizadas a médicos y médicas entre los 27 y 32 años de edad, dos de ellos del sexo masculino y una femenino, de los cuales todos trabajan en CAF pertenecientes a diferentes empresas. De igual manera que los capítulos anteriores se presentaran los resultados en base a tres esferas: estructural, relacional e ideacional, en ese mismo orden.

Ilustración 3: Resultados del Personal Sanitario: médicos, pertenecientes a CAF



Categorías y códigos obtenidos a partir de las entrevistas al personal sanitario- Médicos pertenecientes a CAF. Se pueden observar las tres esferas de análisis de acuerdo con el Análisis Crítico del Discurso: Estructural, Relacional e Ideacional.

Esfera Estructural

¿CÓMO SER UN MÉDICO EN CAF?

El proceso de contratación

Para ser un médico CAF el proceso de contratación varía dependiendo de la empresa. Sin embargo, lo que se tiene en común es que carecen de un contrato establecido, así como de un sueldo fijo. En el caso de Andrea, médica de 27 años de edad, recién egresada de la Universidad Autónoma de Tamaulipas, su proceso de contratación fue mediante plataformas de internet, donde ella publicó su CV y fue como el empleador se puso en contacto con ella, para después ofrecerle un trabajo como médico CAF en un consultorio ubicado en una de las principales avenidas comerciales de la ciudad de San Luis Potosí. En contraste, Fernando un médico egresado de la Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara en Cuba, se

enteró de la vacante por medio de otro médico de su misma nacionalidad, quien por recomendación con el dueño le facilitó la contratación y después de una entrevista sencilla ya tenía el trabajo como médico en CAF. Por lo que podemos ver, ser contratado para trabajar en CAF es relativamente sencillo, basta con una simple entrevista o postular tu CV en alguna plataforma para ser contactado por algún empleador de estas empresas, en ambos casos los médicos tuvieron que presentar tanto su título como su cédula para comprobar sus estudios como médicos. Para Andrea es su primer trabajo al egresar de la facultad de medicina, mientras que para Fernando es su primer trabajo en este país al emigrar de Cuba, en ambos casos es la primera vez que trabajan en un CAF por lo que la dinámica de este tipo de empresas es desconocida.

Prestaciones y dinámica laboral

Trabajar en un CAF para nuestros entrevistados requiere de una disponibilidad de horario extensa, puesto que los tres entrevistados consultan un mínimo de ocho horas hasta un máximo de 12 horas. Entre las razones por las que es así de extenso su horario se encuentra dos específicas. Román, es un joven médico de 28 años egresado de la facultad de medicina de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí quien está trabajando en CAF mientras transcurre el tiempo para presentar su examen de ingreso a la especialidad, conocido como Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM). Román nos cuenta que en el CAF que labora los médicos escasean por lo que le pidieron doblar turno para cubrir el turno donde no hay médico. El mismo caso es para Andrea quien aprovecha los tiempos muertos para estudiar igualmente para el ENARM, ya que ella se quiere especializar en Medicina Interna para derivarse a Dermatología. Por otro lado, Fernando nos contó que mientras más tiempo el consulte es mejor, ya que tiene mayores ingresos, por lo que prácticamente está en el consultorio durante casi todas las horas abiertas del consultorio.

En cuanto a las prestaciones y condiciones de trabajo Fernando nos platicó que desde un inicio a él le dijeron que no contaría con un sueldo, sin embargo, este CAF

cuenta con una particularidad que no se encuentra en todos y es que a los médicos les dan una “comisión” de 150 pesos por turno, tal cómo nos lo relata en el siguiente fragmento:

“Sueldo, sueldo no dan, es decir, dan una comisión al día de 150 pesos por turno, es decir, 150 de la mañana y 150 en la tarde veas o no veas pacientes y ya tu sueldo sale de las consultas. Prestaciones no, nada. No firmamos contrato, fue pura palabra.”

Sin prestaciones, ni un contrato establecido, es la cruda realidad de un médico que trabaja en CAF. Recientemente en el Senado de la Republica se está impulsando una reforma a la Ley General de Salud (LGS) donde se reconoce a los CAF dentro de la legislación por lo que se obligaría a estas empresas a responder por los derechos laborales de los médicos pertenecientes a CAF. Dicho dictamen ya fue aprobado en comisiones, y está a la espera de ser agendado en el pleno cameral para su discusión. Lo anterior le fue expuesto a los médicos entrevistados, Andrea nos comentó que para ella sería algo bueno ya que contarían con un servicio y estarían afilados al IMSS, sin embargo, tendrían que pagar impuestos y con el poco “sueldo” que reciben de las consultas, en su opinión, puede ser contraproducente para ella.

EL DÍA A DÍA DE UN MÉDICO EN CAF

Relación calidad-precio

Como se mencionó anteriormente los médicos CAF pasan una gran cantidad de tiempo en consulta, los tres médicos coincidieron en el número de personas que consultan al día, éstas oscilan entre las 10 a 20 consultas diarias por consultorio, por lo que se pueden dar el tiempo de atender a cada persona con calma y sin presión, brindándoles una atención a su parecer de calidad. En cuanto al precio de la consulta, para los tres casos la empresa es la que establece el precio, y este va desde los 60 hasta los 80 pesos. El dinero ganado proveniente de las consultas es totalmente entregado a los médicos, ya sea que la persona le pague directamente

al médico o mediante las personas que atienden la farmacia para que estos al final del día le entreguen al médico su ganancia del día. Se les cuestiono a los médicos acerca del precio de la consulta, por un lado, Andrea nos comentó que es un precio demasiado bajo en comparación de lo que debería costar una consulta con un médico general: *“Eso ya es responsabilidad, ahora sí que tanto del paciente, en sí de la población y de pues también del Gobierno de no poner como un estándar de por ejemplo la consulta en México general debe andar al menos en unos 400 pesos, no se puede rebajar a 50 o 60 pesos que es lo que cuesta normalmente en un consultorio adyacente.”*

Por otra parte, a Román le parece un precio accesible para aquellas personas que no pueden o no quieren ir a los servicios de salud públicos, debido a los largos tiempos de espera y una mala atención por parte del personal que labora en ellos, debido a que él está consciente de esta gran deficiencia por parte del sistema de salud público, siente empatía por las personas que no cuentan con el dinero suficiente para acudir con un médico privado y asegura dar una atención de calidad a un bajo costo. Fernando, quien es el médico que ofrece su consulta a un precio un poco más caro nos comentó que está consciente de que hay consultas más económicas, sin embargo, él está seguro de que ofrece una buena atención, además de estar a disposición de sus pacientes vía WhatsApp si llegan a tener alguna duda respecto a su tratamiento o seguimiento sin ningún costo extra.

Médico como gestor de ventas

En cuanto a la prescripción de medicamentos, nos encontramos con dos escenarios un poco diferentes. En un CAF los médicos presumen no tener ningún tipo de presión u orden por parte de farmacia para recetar cierta cantidad o tipo de medicamentos por lo que ellos prescriben lo que consideran necesario para cada una de las personas que acuden a su consulta y de la misma forma indicaron no recibir ningún tipo de comisión por recetar medicamentos. Sin embargo, Fernando nos platicó que recibe ciertos comentarios donde le indican que debe vender un

poco más: *“Si pasa, nosotros tratamos de resolver los problemas con los menos de medicamentos y aquí como que no, mira, necesitamos que vendas un poquito más, como que recétales un poquito más, porque es un negocio.”*

Fernando nos platicó su dinámica de trabajo con los pacientes: les da la consulta, les hace su receta y en seguida los acompaña a la farmacia, esto sin ninguna intención personal de vender ya que el no recibe nada de dinero por la venta de medicamentos. Fernando lo realiza de esa manera para explicarle a la persona como tomar sus medicamentos, las dosis, los horarios y demás dudas que puedan surgir en relación al tratamiento, sin embargo, nos comenta lo siguiente:

“Pero sí, me he dado cuenta de que funciona como gestión de venta también porque el hecho de que el médico te enseñe el medicamento como que te da deseo de comprarlo y así funciona yo siempre voy y los acompaño.”

El CAF en donde las dinámicas de trabajo no presionan a los médicos por recetar medicamentos y tampoco dan ningún tipo de comisión está bajo la propiedad de médicos por lo que Román nos indicó que el considera que es una gran ventaja ya que tienen la ética y visión de un médico por lo que se ponen en el lugar de ellos y no comprometen ni la labor de los médicos que se encuentran colaborando con ellos en sus consultorios, ni su trayectoria como médicos. En cambio, el CAF donde trabaja Fernando donde le han realizado comentarios indicándole que recete “un poquito más” está bajo la propiedad de una persona no perteneciente al área de la salud, según Fernando es comerciante y su interés es el económico.

La ardua labor de un médico CAF

Un médico también tiene necesidades

Ser médico en CAF es una labor compleja, como ya mencionamos no cuentan con buenas condiciones laborales, un contrato y salarios fijos, ni prestaciones. Su sueldo depende de las consultas diarias que rondan entre los 60 a 80 pesos y de acuerdo al número de personas que atiendan y el tiempo que permanezcan en el consultorio

sus ingresos pueden aumentar o disminuir. Andrea nos cuenta que ella como médico también es un ser humano, que paga luz, come y sostiene una familia, y que entiende que tiene una obligación como médico con las personas que acuden a ella con esperanza de obtener una mejoría para su salud, y de igual manera tiene una obligación como trabajadora con sus jefes en cuanto a realizar un trabajo, pero de igual manera expresa que no ven la parte en que ella cómo médico tiene sus propias necesidades.

Fernando nos comentó algo similar, él siempre está buscando ofrecer más servicios a sus pacientes, ya que considera que mientras más habilidades y servicios ofrezcas, más dinero puedes cobrar. Y esto le es de mucha ayuda, puesto que para él todo se resume al tema del dinero, porque tiene que pagar renta, agua, gas y este tipo de gastos no pueden esperar. Por esta razón, Fernando está en constante búsqueda de aumentar sus conocimientos, servicios, de igual manera está al pendiente de que sus consultas sean de buena calidad para que las personas regresen a buscar sus servicios cada que lo necesiten, al punto de estar disponible para ellos vía remota a cualquier hora del día sin costo extra.

La lucha contra la resistencia a los antibióticos

La resistencia a los antibióticos es definida como la capacidad de un microorganismo para resistir los efectos de los antibióticos. Se estima que la resistencia bacteriana ocasionará 10 millones de muertes por año para el 2050 y una reducción de 2 y 5% del producto interno bruto en algunos países (50). Es tan grave el problema, que muchos miembros de la comunidad científica la consideran una epidemia, ya que en el 2026 en la Asamblea General de las Naciones Unidas se declara la resistencia antibiótica como la mayor amenaza a nivel global. La resistencia a los antibióticos supone un reto para la salud pública, puesto que infecciones comunes como las del tracto urinario (ITU) y el tracto respiratorio son más difíciles de tratar, específicamente en México se demostró que el agente más común de las infecciones del tracto urinario, *Escherichia coli*, se presenta en un 49% como una infección resistente (49). Es un problema que crece al paso del tiempo,

por lo que se han creado leyes para limitar su libre venta y tener acceso a ellos exclusivamente con receta médica. ¿Es CAF un contribuyente para que este problema crezca? Se le cuestiono a los médicos su opinión respecto al tema y hay opiniones divididas. Ya que por un lado Andrea y Román coinciden en que al tener que presentar una receta médica en el área de farmacia para adquirir un antibiótico, se está contribuyendo a disminuir el problema, de igual manera ellos hacen su parte al prescribir el medicamento sólo cuando lo consideran estrictamente necesario. Por lo que para ellos CAF no ha contribuido a hacer más grande este problema.

En cambio, Fernando nos mencionó que, para él, CAF ha contribuido al problema de la resistencia a los antibióticos, ya que nos comenta que las personas en ocasiones exigen que les recetes un antibiótico, ya que asocian síntomas como fiebre a que ellos requieren un antibiótico para aliviarse. Él como médico les explica que no siempre la causa de un malestar o de fiebre es una bacteria, sin embargo, las personas hacen caso omiso y siguen exigiendo un antibiótico, por lo que el indica que en ocasiones se ven obligados a realizar “medicina de complacencia” para que las personas queden satisfechas con sus servicios:

“Yo creo que sobre todo ha aumentado y contribuido al problema, porque las mismas personas te dicen yo quiero antibiótico, porque tengo fiebre y yo quiero antibiótico y a veces uno le explica, mira el hecho de que tenga fiebre no quiere necesariamente decir que la infección sea bacteriana etcétera, y hacen caso omiso.”

Esfera Relacional

El médico CAF y la sociedad

En su labor como médico en CAF, la mayor interacción se tiene tanto con las personas que van a solicitar sus servicios como con el personal no sanitario que trabaja en la farmacia. Con las personas, los médicos presumen tener buena relación y los tres coinciden en que se esfuerzan por brindar consultas de calidad y acertadas hacia sus pacientes. Por un lado, Román nos indica que trata de dar una consulta totalmente individualizada, además de no hacer esperar tanto tiempo a las

personas ya que está consciente que son personas que vienen con un problema de salud y pueden estar de mal humor, por lo tanto, siempre busca brindar un servicio rápido pero preciso. Andrea nos comentó que, al trabajar con personas, se trabaja con emociones, además de ser personas enfermas, con dolor por lo que pueden estar a la defensiva, ella busca generar confianza al brindar un diagnóstico certero: *“Yo creo que es más que nada la confianza que puedan ver en ti, la seguridad que tengas para diagnosticar y la certeza en tu tratamiento y la manera en cómo comunicarlo como decirlo al paciente, porque el paciente puede venir con una idea a lo que él pudo haber leído en internet, pero la manera de tú decirle lo que en realidad le está pasando y necesita, pues yo creo que es como ahí te ganas la confianza del paciente.”*

Mientras tanto Fernando al ser extranjero, tiene una opinión particular en cuanto al usuario mexicano, ya que a su parecer están acostumbrados a que le receten muchos medicamentos y de no ser así percibe cierta molestia en las personas, ya que al solo recetarle uno o dos medicamentos a su parecer las personas consideran que el médico no tiene los conocimientos suficientes y que por lo tanto su consulta no sirve. Al ver muchos medicamentos en su receta, las personas salen satisfechas y con la percepción de que el médico si sabe, para Fernando el usuario mexicano piensa que, a mayor cantidad de medicamentos prescritos, mayor es el conocimiento del médico que lo atendió.

Por otro lado, está la relación que tiene el médico con el personal no sanitario, Andrea nos comentó que ellos en ningún momento se posicionan con el médico a decirles que es lo que tienen que hacer o recetar, no existe ningún mandato u orden que les indiquen cuantos o cuales medicamentos recetar, por lo que eso es totalmente a criterio del médico. En el caso de Andrea y Román el personal no sanitario en lo que respecta a su trabajo cómo médico, sólo se dedica a cobrarle a las personas el costo de la consulta y al final del día entregarles el dinero correspondiente a las consultas. Para Fernando la interacción es diferente ya que el sí recibe ciertos comentarios provenientes de Farmacia donde le indican que

recete y venda más a las personas, pero él nos indicó que es algo a lo que hace caso omiso.

El compromiso con la sociedad

Es responsabilidad de todos

Aunque la salud es un derecho estipulado en la Constitución de nuestro país y es uno de los propósitos fundamentales del estado, para ejercer plenamente este derecho es necesario una intervención de diversos sectores y servicios, puesto que la salud es multidimensional, y al presentarse una necesidad inminente de salud, es cuando se puede poner a prueba en qué medida el Estado está respondiendo adecuadamente (50). En México el derecho a la salud ha estado condicionado al estado laboral de los ciudadanos, un 40% de los mexicanos se encuentra dentro del sector formal de empleo, mientras que el otro 60% son empleados y autoempleados del sector informal. Entre 2018 y 2021, el porcentaje de personas que reportaron haber resuelto su problema de salud más reciente en el sector público fue de 41 y 34%, respectivamente. Por lo que el sector privado atiende al resto de la población, desde el 2010 que en México se reguló la prescripción de antibióticos, los CAF han crecido exponencialmente (51).

De acuerdo con la ENSANUT Continua 2022 los principales motivos por los cuales las personas eligen atenderse en determinado lugar corresponden en un 90% con el acceso, mientras que 9% con la calidad. Respecto los motivos principales relacionados con el acceso fueron tener afiliación (36%), cercanía (23%) y bajo costo (8%). Por otra parte, los motivos relacionados por la calidad fueron atención rápida (4%) y satisfacción con la atención médica (3%). De los usuarios con derechohabencia según la misma encuesta entre los principales motivos por los cuales decidieron no atenderse en el sector público fueron en un 71% relacionados con el acceso, 21% con la calidad y 8% con otros motivos. De los motivos relacionados con el acceso, los principales factores fueron el tiempo de espera para obtener una cita (19%), la distancia al centro de atención (18%), la falta de servicios

necesarios (11%) y la falta de disponibilidad de servicios en el horario requerido (10%). En cuanto a los motivos referentes a la calidad de los servicios fueron que la necesidad del paciente ya estaba siendo atendida por un médico privado (5%), el tiempo de espera para recibir atención médica era excesivo (5%) y la falta de amabilidad del personal de salud (5%) (52).

Por lo anterior un buen porcentaje de los usuarios prefieren acudir a los servicios privados a resolver sus necesidades de salud. Para los médicos entrevistados en esta investigación su labor como médico en CAF tiene una gran responsabilidad ante la sociedad, al ofrecer un servicio que tiene como objetivo restaurar y preservar la salud de las personas que deciden acudir a estos servicios ante las inconformidades respecto a la atención en los servicios de salud públicos. Pero también creen que, así como ellos tienen esta gran responsabilidad, la sociedad debe contribuir también a que su salud mejore al seguir al pie de la letra su tratamiento, darles seguimiento a sus patologías y comprometerse a mejorar sus hábitos y en consecuencia su salud, además de valorar su trabajo como médicos, al respecto Román nos comentó lo siguiente: *“Es problema también en general de la población que prefiere pagar a lo mejor más lo estético que pagar por algo ahora sí que es la salud.”*

Vivir para servir

Los médicos que participaron en esta investigación recalcaron que están conscientes de que un servicio médico siempre será el servir a la población, el brindar ayuda comunitaria. No obstante, consideran que no siempre se le debe de dar toda la responsabilidad al médico, personal de enfermería, o farmacia, sino que es una responsabilidad compartida entre el personal de salud, pacientes y autoridades de gobierno. Andrea nos comentó que para ella lo más importante es no hacer daño por lo que en ningún momento recetaría algo innecesario para alguna de las personas que acuden a ella ya que su prioridad es resolver los problemas de

la gente. Finalmente, Fernando nos comentó que el siempre piensa en sus pacientes y que le sea cómodo pagar a la gente su consulta y puedan percibir una buena atención: *“Que le sea bien cómodo pagar a 80 pesos la consulta y que se sientan bien atendidos. Eso es lo más importante.”*

Esfera Ideacional

CAF en el sistema de salud

Contribución de CAF al sistema de salud

De acuerdo con distintas fuentes periodísticas los CAF carecen de buena reputación, en una nota de la revista Forbes del año 2022, dieron a conocer declaraciones realizadas por el subsecretario de salud Hugo López-Gatell donde afirmó que los CAF no eran aptos para resolver problemas graves de salud y que sólo formaban parte de un plan del neoliberalismo para dismantelar la salud pública. En esta misma fuente expresa que no es conveniente el uso de estos servicios ya que los médicos no cuentan con condiciones laborales bajo la ley y se ejerce sobre ellos una presión importante al ser agentes de venta de lo que vende la farmacia, por lo que se ven obligados a realizar recetas de múltiples medicamentos (53).

Por otra parte, el medio periodístico *El País* en el año 2023 reveló información respecto a los CAF, donde mediante un grupo privado de Facebook con más de 52,000 personas al que lograron tener acceso, descubrieron que los médicos compartían por este medio prácticas “oscuras” en la contratación, abusos de los dueños de las farmacias y la presión para prescribir medicamentos innecesarios o incluso a punto de caducar. También señalan que este tipo de consultorios no han sido regulados por la Cofepris puesto que no son capaces de dar una cifra de cuántos CAF existen en el país (54).

Se les preguntó a los médicos su opinión acerca de la mala fama que tienen los CAF de recetar más medicamento del necesario y acerca de la contribución que a

su parecer realiza CAF al sistema de salud. La perspectiva de los médicos entrevistados difiere, Andrea, por ejemplo, señala que la cantidad de medicamentos recetados depende mucho de la ética del médico, ya que reconoce que la farmacia es un comercio, pero que el consultorio es una cosa aparte. A pesar de tener el mismo nombre y compartir un espacio, a su parecer al final de cuentas el médico tiene ética y una cédula profesional que cuidar por lo que no puede arriesgar su prestigio, el cual está dado a su parecer por los propios pacientes. Al final nos comentó lo siguiente: *“Al final de cuentas el mejor prestigio te lo va a dar un paciente, entonces eso es lo que importa para mí como médico, saber que lo que le estoy recetando es lo que él va a necesitar y que se va a sentir mejor.”*

Fernando al respecto nos comentó que, a pesar de recibir comentarios por parte de farmacia, él no los toma en cuenta, ya que su objetivo es ayudar a las personas y brindarles una solución con el menor número de recursos posibles. En cuanto a la contribución de CAF al sistema de salud, él considera que le resuelven problemas de salud a la población y resuelven el problema de la atención médica que hay en la actualidad, no sólo a nivel público, sino que a comparación de otros servicios privados que tienen precios muy altos, ellos ofrecen una consulta a precios accesibles para la gente que así lo requiera.

CAF: “Un mal necesario”

Al tener un sistema de salud tan fraccionado, Fernando considera que CAF es “un mal necesario” puesto que la situación es muy injusta sobre todo con las personas que no cuentan con un empleo por lo que no se encuentran asegurados bajo alguna institución de salud pública. Por lo que CAF significaría para estas personas una buena alternativa para recibir atención a un precio accesible. Lo que resaltó también fue que a pesar de que las consultas se encuentran a un precio accesible, los medicamentos a su parecer son caros, por lo que considera que el mayor negocio no es la consulta, es la venta de medicamentos:

“Pero más que la consulta el medicamento es lo que se me hace caro. ¿Es lo que tiene el negocio atrás, ¿no? Yo creo que el mayor negocio no es la consulta, son los medicamentos.”

Ser médico en la actualidad

Las aspiraciones y motivaciones de un médico en CAF

Dos de los médicos entrevistados no se proyectan a futuro en CAF, ambos están de paso en este empleo, puesto están esperando su oportunidad para realizar su ENARM y poder derivarse a las especialidades deseadas por cada uno de ellos, utilizan sus ratos libres en el consultorio para estudiar y ponerse al día en cuanto a sus conocimientos y así obtener el mejor resultado posible para poder cumplir sus metas. Román específicamente nos mencionó que en ocasiones se siente desmotivado por la situación actual del médico en el sistema de salud, está consciente que él estudió para servir a las personas y realizó un juramento, pero el bajo precio de la consulta, la falta de prestaciones, contrato y salario justo lo desmotivan ya que como todos es un ser humano:

“Si desmotiva yo creo que la palabra es que desmotiva y decepciona. Entonces sí estudias para servir y lo dices en tu juramento y todo, pero no dejas de ser humano, no dejas de ser humano, no dejas de a la mejor también tener tus problemas.”

La medicina esta denigrada

Finalmente, los médicos coinciden que bajo su criterio tanto el sistema de salud como la sociedad no valora como debería no sólo a los médicos, sino a todo el personal de salud. No ven que los CAF sean algo malo o contraproducente, sino que en general la medicina para ellos lamentablemente esta denigrada. Comentaron que es responsabilidad de todos mantener la salud de la población, sin embargo, continuamente sienten la mayoría de la presión y responsabilidad en el personal de salud. También mencionaron que es responsabilidad de las autoridades establecer un precio estándar para las consultas médicas que sea justo para ellos

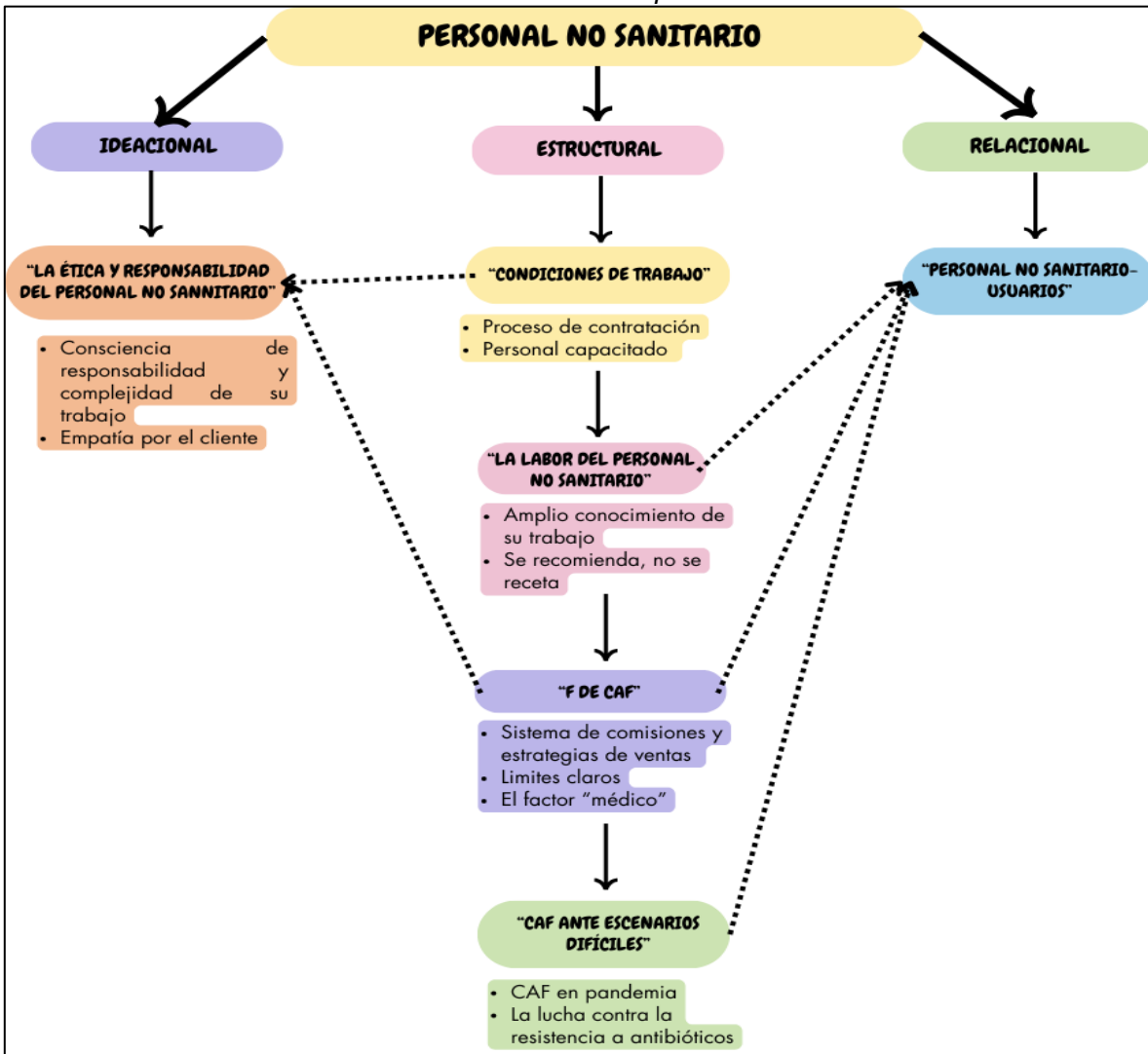
como médicos, puesto una consulta privada de un médico general en México es mayor a los 60-80 pesos que cobran en un CAF:

“Yo no lo veo que sea como algo malo (la existencia de CAF), sino que veo que en general la medicina lamentablemente está muy denigrada ahorita en la actualidad.”

6.3 Experiencias y percepciones del personal no sanitario que labora en CAF.

En este capítulo hablaremos de los resultados obtenidos a partir de las entrevistas realizadas al personal no sanitario que labora en CAF, es decir, el personal de farmacia. En particular esta población fue la más complicada para entrevistar, ya que se acudió a distintas farmacias de la ciudad y de distintas empresas y sólo en una el personal accedió a la entrevista. En las demás se nos indicó que era información que no podían proporcionar al público en general, aun sin haber realizado alguna pregunta. Después de visitar algunos CAF, se logró entrevistar a dos personas pertenecientes al mismo CAF, los dos eran madre e hijo, nos comentaron que ellos dos son las únicas personas que trabajan ahí, por la mañana Gloria atiende la farmacia ya que su hijo estudia en una universidad muy cerca del CAF, y por las tardes después de clases Juan cubre el turno de la tarde. A continuación, presentaremos los resultados al igual que en los demás capítulos, divididos en tres esferas: estructural, relacional e ideacional, en ese mismo orden.

Ilustración 4: Resultados del Personal No Sanitario perteneciente a CAF.



Categorías y códigos obtenidos a partir de las entrevistas al personal no sanitario pertenecientes a CAF. Se pueden observar las tres esferas de análisis de acuerdo con el Análisis Crítico del Discurso: Estructural, Relacional e Ideacional.

Esfera Estructural

CONDICIONES DE TRABAJO

El proceso de contratación

Gloria de 48 años de edad fue la primera en llegar a este CAF, nos comentó que ella ya había trabajado en su juventud en otras farmacias de la ciudad, pero estas no contaban con un consultorio adyacente, sin embargo, su experiencia le ayudó a conseguir este trabajo. Ella se enteró mediante un anuncio, acudió a entrevista y le dieron el empleo. Nos comentó que no pedían estudios superiores, ella cuenta con

una carrera trunca en enfermería, sin embargo, esto a su parecer no le ayudó mucho porque nos dijo que no se relaciona su carrera con sus labores en la farmacia. Por otro lado, Juan nos comentó que obtuvo ese empleo mediante su mamá, ella preguntó a los dueños si su hijo podría trabajar ahí ya que en ese tiempo él era menor de edad. Cuenta que los dueños aceptaron, y le pidieron a Gloria una carta donde le concedía un permiso para trabajar. Juan tenía experiencia, pero no en el área de farmacia, desde muy joven él comenzó a trabajar en restaurantes, supermercados, dando clases privadas, comercios locales y finalmente en el CAF donde ya lleva tres años laborando. Juan nos platicó que el proceso de contratación fue fácil una vez que contó con la carta de autorización de su mamá, y que al igual que ella cuentan con un contrato que tienen que renovar cada tres meses:

“Realmente fue fácil, te dan un contrato que firmas, bueno en este caso a mí me lo dieron hasta los 18 y ya lo firmé y lo tengo que estar renovando cada tres meses, me parece.”

Personal capacitado

En un inicio como en todo trabajo para realizar tus labores necesitas de capacitaciones, y en el área de farmacia es muy importante contar con conocimientos suficientes para ejercer la labor, ya que se manejan distintos fármacos, y algunos de ellos requieren de ciertas condiciones para su manejo. En el caso de los entrevistados, específicamente Juan nos contó que les dieron dos semanas de capacitación cuando iniciaron a laborar donde le enseñaron el funcionamiento de la farmacia, el acomodo de los fármacos por fracciones y caducidades, además nos mencionó que cuentan con manuales llamados PNO (Manual de Procedimientos Normalizados de Operaciones) donde, en sus palabras, se encuentran los procedimientos de para el funcionamiento de la farmacia. También nos comentó que les impartieron una capacitación por parte de Cofepris (Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios), donde les dieron un curso en el que explicaban la clasificación de medicamentos por fracciones, ventas de medicamentos con receta, entre otras cosas. Gloria por su parte, nos comentó que a parte de las capacitaciones a ella le gusta aprender por su cuenta,

e investiga acerca de los medicamentos o inclusive les pregunta a los médicos sus dudas:

“Nos capacitan, y pues por mi propia cuenta. Pues nos capacitan y luego por mi cuenta que tal sustancia, a ver, me pongo a investigar o le pregunto a los médicos. Son seguidas son por parte de aquí y tuvimos una por parte de Cofepris, pero si la mayoría es de aquí.”

De igual forma se les pregunto acerca de sus funciones como personal como farmacia, entre ellas se encuentran: atención al cliente, recepción y acomodo de medicamentos, inventarios, limpieza de almacén y estar al pendiente de las necesidades del médico. Juan nos comentó que en los contenidos de los manuales que se encuentran en farmacia se encuentran los procedimientos de recepción de medicamentos, recalcan que el personal debe revisar las caducidades de los medicamentos, así como los procedimientos para la limpieza de la farmacia y para cada una de las actividades que se tienen que realizar como personal de farmacia, se deben leer estos manuales y firmar de enterado de que se leyeron:

“Hay que verificar que esté completo, las caducidades, etcétera y así para cada uno de esos y también de la limpieza de farmacia y para cada cosita hay uno así. Te toca leerlo y pues ya los firmas de enterado de que los leíste.”

LA LABOR DEL PERSONAL NO SANITARIO

Amplio conocimiento de su trabajo

Una de los principales objetivos que impulsaron esta investigación fue la curiosidad por saber si el personal no sanitario que labora en las farmacias pertenecientes a CAF están bien informados acerca de su trabajo, acerca de esto se encontró que tanto Juan como Gloria, son personas totalmente comprometidas con su trabajo, quienes saben perfectamente el funcionamiento de la farmacia, conocen como están clasificados los medicamentos, tienen amplio conocimiento del medicamento que venden y para que se utiliza, al respecto Juan nos cuenta un poco acerca de su trabajo en farmacia:

“Más que nada verificar eso y ya en caso de que haya medicamento en mal estado que a lo mejor se rompió un ampolla o así se regresa y ellos lo llevan al lugar correspondiente donde se destruye”

Además, como ya se comentó anteriormente el personal está constantemente en capacitaciones por parte de Cofepris y de la misma empresa, esto ha hecho que tengan gran conocimiento de su labores, en la entrevista nos describieron sus funciones entre las que se encuentran el acomodo de medicamentos de acuerdo a la clasificación por fracciones de estos mismos y a las caducidades, la recepción de medicamento por parte de proveedores, el resguardo de medicamento caducado, manejo de antibióticos y recetas, uso de la farmacopea y manuales de procedimientos (PNO), limpieza de la farmacia y atención al cliente.

De igual manera, de acuerdo con lo que se observó cuando se estaban realizando las entrevistas, son personas amables, que atienden a las personas con gusto, y que saben responder las dudas de los clientes de forma correcta y seguros de sus conocimientos. Sus instalaciones están limpias, cuentan con todos los permisos por parte de Cofepris, los medicamentos están ordenados por fracciones y no venden ningún producto que no esté relacionado con la salud. El personal no sanitario que labora en esta farmacia tiene mucha responsabilidad para con su trabajo, son conscientes de la complejidad que implica estar detrás del mostrador de una farmacia y se informan y actualizan constantemente acerca de los medicamentos que venden y recomiendan:

“Y creo que es un trabajo que sí lo requiere, porque si tú te quedas con a lo mejor lo que sabes o con lo que ves en los anuncios y así, pues yo creo vas a batallar mucho. Hasta dentro de los PNO sí dice que el que atiende, pues debe estar informado.”

Se recomienda, no se receta

Se le cuestionó al personal no sanitario, cuál era su actuar ante las personas que acuden a farmacia y les preguntaban directamente que medicamento comprar para algún malestar en específico. Primero nos comentaron que es muy común que eso pase y que están capacitados para ese trabajo ya que tienen el conocimiento de que el medicamento de la fracción VI es de libre venta y ese tipo de medicamento lo pueden recomendar, más no recetar. Es un tipo de medicamento que tiene indicaciones y dosis recomendadas en sus empaques, y que están indicados para enfermedades comunes y que pueden llegar a considerarse simples, como gripe, diarrea o tos:

“Por ejemplo, aquí todo lo que ves en frente, es algo que yo puedo recomendar, no recetar, recomendar. Por ejemplo, están acomodados por fracciones, de la uno a la seis, en este caso la fracción seis es de venta libre. En este caso es medicamento de fracción seis que ya trae instrucciones, trae dosis. Por eso se puede recomendar es para cosas, pues muy simples, por ejemplo, un dolor de estómago, gripa, tos, etc.”

Sin embargo, también nos comentaron que en ocasiones las personas llegan a decirles que tienen síntomas muy específicos, por lo que ellos lo que hacen es recomendarle ir al médico, ya que ellos están capacitados solo para recomendar medicamentos de libre venta y para enfermedades comunes, no para diagnosticar a la gente, ellos saben que no pueden recomendar medicamentos fuera de la fracción VI y mucho menos diagnosticar a las personas con base en los síntomas que les platicuen. También nos cuentan que, a pesar de su recomendación de acudir al doctor, muchas personas hacen caso omiso y proceden a comprar algún medicamento que ellos creen les podría ayudar:

“Hay veces, en las que llegan los clientes de que: oiga, traigo unas ronchas moradas, y es así como de, no pues vaya al doctor. Pero mucha gente no quiere ir al doctor, o se ponen pomadas que no son para eso. “

LA “F” DE CAF

Sistema de Comisiones y estrategias de ventas

El CAF en donde nos recibieron y accedieron a realizar la entrevista, no pertenece a la cadena de CAF más popular del país. Es un CAF local, que cuenta con tres sucursales en la ciudad. Se les cuestionó acerca de las famosas comisiones de venta en las farmacias pertenecientes a CAF y nos platicaron que en esta farmacia no manejan sistema de comisiones, ellos cuentan con sueldo fijo, el cual no depende de los medicamentos que vendan. Juan nos dijo que él no recomienda más o menos medicamentos para vender, que él lo que siempre intenta es darle una solución rápida a las personas para que puedan aliviar sus síntomas lo más pronto posible:

“Yo pienso que la gente es más que depende de ella, de que tan mal se sienta porque muchas veces creen que uno lo dice por vender, cuando no porque uno ni se lleva comisión ni nada, pero si yo realmente trato como de dar la solución rápida.”

También se les preguntó si cuentan con productos que sean propios de la farmacia o que tengan que promocionar, indicaron que ellos no cuentan con marca propia de medicamentos o de algún producto y que sus jefes no les piden promocionar o recomendar algún medicamento o producto en específico. Lo único que comentaron es acerca de las promociones que tienen dependiendo del día de la semana, las cuales son descuentos en ciertos medicamentos y esto se lo hacen saber a las personas para que puedan aprovecharlas. Por otra parte, comentaron que nunca se les había ocurrido intentar vender más medicamentos solo por el hecho de vender, ya que ellos buscan siempre proporcionarles a las personas la opción más rápida y económica para que resuelvan su problema de salud.

Límites claros

El personal que labora en este CAF tiene claridad sobre lo que puede recomendar y no, ya que conocen perfectamente la clasificación de los medicamentos. Mencionaron que los medicamentos de la fracción IV, que se encuentra en la parte de atrás de los estantes, ellos como personal no sanitario no lo pueden recomendar.

Sin embargo, sí pueden vender sin receta si las personas se las solicitan, quienes tienen que indicarles exactamente la dosis que requieren, ya que el personal no sanitario tampoco puede decidir o recomendarles la dosis requerida. No pueden, además, despacharles cualquier medicamento, los usuarios tienen que indicar lo que necesitan y las dosis exactas para su venta. De no ser así el personal no sanitario se metería en un problema ya que se consideraría que ellos están recetando:

“Pues tiene que saber qué es lo que quiere comprar. Ya yo lo que les digo es mira, tengo de 400 mg u 800 mg, no sé de cual quiera. Pero yo no puedo darle el que sea, me tiene que decir específicamente cuál quiere, porque si no, me meto en un problema. Es como si le estuviera recetando.”

Otro aspecto muy interesante es que ellos se identifican como “farmacéuticos”, y saben hasta dónde pueden llegar con sus recomendaciones y que, aunque tienen el conocimiento sobre para qué están indicados cada uno de los medicamentos que ellos venden, no lo pueden proporcionar a las personas a menos que sea recetado por un médico. Es importante resaltar que el acomodo de los medicamentos en la farmacia está diseñado para que los medicamentos de libre venta estén al frente de la farmacia y a la vista de las personas, mientras que el medicamento que requiere receta se encuentra en la parte trasera de la farmacia, esté no está a la vista de las personas y sólo tienen acceso a él, el personal de farmacia.

El Factor “Médico”

Se le preguntó al personal qué tanto influye en la venta del medicamento el hecho de que tuvieran un consultorio a lado de la farmacia, sorprendentemente las dos personas tienen opiniones diferentes. Por su parte Juan comentó que cuando está el médico nota una diferencia muy significativa en la venta de medicamentos. Puso un ejemplo, indicando que, cuando hay doctor, el corte al final del día (el total de ventas) de la farmacia es de dos mil pesos, mientras que cuando no hay médico se reduce a menos mil pesos. Por lo tanto, según él, nota una gran diferencia en la venta del día. Sin embargo, Gloria comentó que depende mucho de las personas

ya que muchas veces solo pasan a consulta y se van a surtir su receta a otra farmacia, por lo que no tienen ganancias. De acuerdo con Gloria, contar con un consultorio adyacente a la farmacia no influye mucho:

“En cuanto a la venta pues... A veces sí, porque la gente nada más pasa a consulta y se va a surtir a otro lado o dicen ya lo tengo, mucho, mucho, no influye.”

Ambos coincidieron que es preferible que siempre esté un médico en el consultorio. Sin embargo, esto no sucede siempre puesto tienen falta de personal médico. Debido a esto hay veces que los médicos tienen que doblar turnos para cubrir horarios lo más posible. Por lo que el “factor médico” es totalmente relevante en un CAF, ya que por lo que comentó Juan su presencia influye en la venta de medicamentos.

CAF ANTE ESCENARIOS DIFÍCILES

CAF en pandemia

El papel de CAF en pandemia fue relevante, debido al colapso del sistema de salud y al miedo que las personas sentían al acudir a un servicio público de salud. La población prefería acudir a consultorios privados y de bajo costo, además de que su popularidad aumento después de esta contingencia de salud. Juan aseguró que durante esa temporada llegaban muchos pacientes y que él se daba cuenta en el corte al final del día cuantas personas habían acudido a consulta. Destacó que en esa temporada los médicos llegaban a ganar alrededor de mil quinientos pesos al día, debido al alto número de consultas que atendían al día:

“En cuestión de pandemia si llegaban muchos pacientes y hablando de números, aquí la consulta se cobra en 50 y ponle que al doctor le pagamos por consulta y ponle que los cortes del doctor salían que de 1500 o así y de puras consultas.”

Gloria por su parte nos indicó que hubo un aumento en la venta de medicamentos, y por lo tanto llego un tiempo en el que comenzó a escasear, sobre todo medicamentos como paracetamol, ibuprofeno, antigripales y jarabes para la tos,

este desabasto se vio sobre todo en el medicamento pediátrico. Recalaron de gran manera que se notó una gran diferencia en los cortes tanto del médico como el de farmacia, además de ser evidente una baja en las ganancias después de la pandemia:

“En cuestión de venta de medicamento también hubo mucho desabasto en lo normal, lo que es paracetamol, ibuprofeno, antigripales, jarabes para la tos sobre todo en niños se acabó mucho el medicamento para niños y pues sí, digo si hubo mucha diferencia en cuestión de cuánto se vendía y cuánto salían los cortes del doctor.”

La lucha contra la resistencia a antibióticos

Un tema controversial y del que se la ha acusado a CAF en contribuir es en el problema de la resistencia a los antibióticos, por lo que se le preguntó al personal no sanitario si estaban informados de esta situación. Juan, por su parte, señaló que hay personas que acuden a comprar medicamentos que no están conscientes del problema, ya que llegan directamente al mostrador pidiendo un antibiótico sin receta. Según él, al indicarles que no les puede proporcionar el medicamento sin receta, las personas intentan persuadirlo para que les venda el antibiótico, argumentando que en otras farmacias sí les han vendido el medicamento sin la necesidad de presentar una receta. No obstante, Juan tiene muy claro que no puede vender antibióticos sin receta ya que eso está prohibido y podría meterse en problemas:

“Bastantes, obviamente no se les puede vender o la traen en el celular, mire aquí tengo la receta me la mando mi tía que es médico, tiene que ser en físico y nada más. Pero si viene varia gente diciendo que así se lo venden en otras farmacias, pero aquí no, aquí si se requiere la receta.”

Inclusive las personas han llegado a preguntar si pueden acudir con el médico del consultorio exclusivamente a que les receten el antibiótico, puesto ellos presumen saber que padecimiento tienen y la necesidad de tomar un antibiótico para aliviar sus malestares, por lo que no buscan una consulta, ni que los diagnostiquen, buscan únicamente pagar por que el médico les recete lo que ellos quieren:

Igual ha habido gente que llega y me dice así muy seguros, me das una clindamicina y le digo, “¿trae su receta?” Y me dicen “no”, “pues es que requiere receta” y me dicen, “¿no me la puedes vender así? ¿O el médico de aquí no me puede hacer una (receta) y le pago?”

Esfera Relacional

PERSONAL NO SANITARIO Y USUARIOS

La mayor interacción que tiene el personal no sanitario en CAF es con las personas que acuden a surtir sus recetas, quienes los ven a ellos como personal que les puede recomendar qué comprar para sentirse mejor. Juan nos platicó que la mayoría de las personas acuden a ellos con la esperanza de que les recomienden algún medicamento, que les den alguna solución a sus malestares, y lo realizan conforme a sus posibilidades, pero les dejan claro a las personas que ellos no son médicos y en dado caso que no puedan ayudarlos, les recomiendan acudir a consulta médica:

“Pero la mayoría sí espera que tú le digas algo, que les soluciones, pero hay que dejarle bien claro que pues no soy doctor.”

La mayoría de sus clientes provienen de las personas que acuden a consulta con el médico del consultorio adyacente, sin embargo, también reportan recibir recetas de médicos privados ajenos al CAF donde laboran, reciben muy pocas recetas provenientes de los servicios de salud públicos como IMSS o ISSSTE y comentan que cuando reciben recetas de estos servicios, la gente llega molesta ya que debido al desabasto no se los proporcionaron y tienen que adquirirlo con dinero de su propio bolsillo:

“Cuando llegan recetas del IMSS es cuando las señoras dicen, no que no me dieron mis pastillas en el IMSS, llegan más que nada porque no se las dieron ahí y pasan acá, pero pues sí, o sea, realmente me llegan, así como raras veces y cuando me llegan la gente viene molesta.”

Esfera Ideacional

LA ÉTICA Y RESPONSABILIDAD DEL PERSONAL NO SANITARIO

Consciencia de responsabilidad y complejidad de su trabajo

El personal no sanitario entrevistado reportó tener un sentido de responsabilidad para con su trabajo, ya que se esfuerzan en aprender para qué se utiliza cada medicamento y así estar bien informados para cuando las personas lleguen a la farmacia con alguna duda respecto a estos. Ellos saben que su trabajo tiene cierta responsabilidad y no es tarea fácil, ya que un error de su parte podría traer alguna consecuencia negativa para las personas:

“A veces agarraba un medicamento y leía, a ver para qué es esto y me daba curiosidad. Y pues nada, más que nada informarte porque ahora sí que “no son enchiladas” (no es una tarea fácil). Es algo que si te equivocas le puedes hacer daño al paciente.”

Atender a personas con algún malestar, enfermas y/o con algún problema de salud requiere de mucho compromiso y el personal no sanitario de este CAF lo sabe. Ellos indicaron que disfrutaban realizar su trabajo, además de que consideran que es su obligación realizarlo de la mejor manera ya que están recibiendo una remuneración económica por estar ahí y es lo mínimo que podrían hacer. Estar informados, capacitados y actualizados es de vital importancia para realizar un buen trabajo, y es algo que nace de ellos, por gusto y dedicación a su trabajo:

“Pero yo siento que es más porque me gusta hacer mi trabajo. Pero es como mi manera de que sí sé que me están pagando, pues voy a hacerlo bien, no sé si decirte que viene de mí, pero si viene también digo de los manuales, y pues sí, es lo que se requiere.”

Empatía por el cliente

Esta responsabilidad que los entrevistados tienen por su trabajo se relaciona con su compromiso de servicio para las personas que acuden al CAF, y que cualquier error podría afectar directamente a la calidad de vida de estas. Por esto les

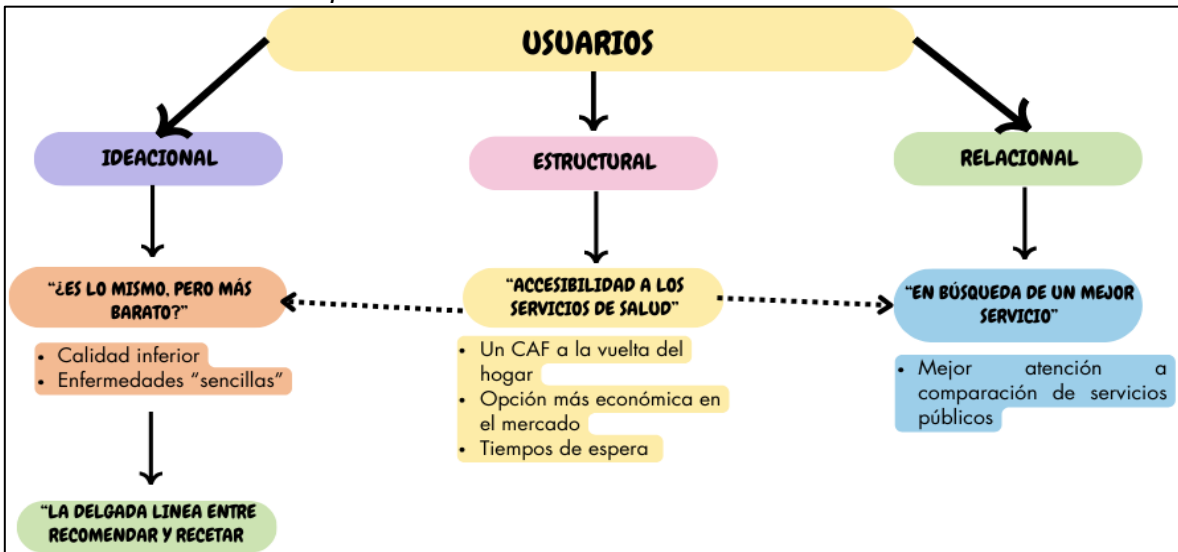
preocupa mucho saber qué recomendarles a los clientes, ya que su interés principal es que las personas compren un medicamento que les funcione y así puedan aliviar sus malestares y recuperar un buen estado de salud. Según el personal no sanitario entrevistado, en este CAF no les interesa vender o llegar a algún tipo de meta, sino proporcionarles lo que realmente requieren y esto indican es una clase de empatía hacia el cliente:

“Siento que en cada trabajo hay diferentes tipos de clientela, por ejemplo, aquí viene gente enferma, gente que está de malas, gente que quiere aliviarse, como para que tú le vendas un medicamento que a lo mejor no le va a hacer nada. Es como tener más consciencia por el cliente, es una clase de empatía.”

6.4 Experiencias y percepciones de los usuarios sobre la atención médica y servicios de CAF.

A continuación, presentaré los resultados de la investigación que realizamos acerca de las experiencias y percepciones de los usuarios que acuden a los Consultorios Adyacentes a Farmacias (CAF), los siguientes fragmentos de entrevistas se realizaron a cinco usuarios. Por temas de confidencialidad utilizaremos seudónimos para referirnos a cada uno de ellos. De acuerdo con la metodología de análisis propuesta por Fairclough dividiremos los resultados en tres grandes esferas: Estructural, Ideacionista y Relacional, y a través de ellos nos adentraremos a una travesía donde descubriremos las experiencias de los usuarios.

Ilustración 5: Resultados pertenecientes a usuarios de CAF.



Categorías y códigos obtenidos a partir de las entrevistas a usuarios pertenecientes a CAF. Se pueden observar las tres esferas de análisis de acuerdo con el Análisis Crítico del Discurso: Estructural, Relacional e Ideacional.

Esfera Estructural

En este capítulo discutiré lo accesible que se han vuelto los servicios que ofrecen los CAF para los usuarios y cómo su popularidad ha crecido, ya que en la actualidad para muchas personas son la principal opción al momento de pensar en acudir a un servicio de salud privado. La principal virtud que los caracteriza es el tiempo de espera corto, la gran disponibilidad de sucursales y que ofrecen casi cualquier tipo de medicamento o servicio de salud de primer nivel a un precio accesible.

ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD: UN CAF A LA VUELTA DE TU HOGAR

La popularidad de este tipo de servicios ha crecido de manera exponencial en los últimos años, por lo que es común encontrar un CAF en cualquier punto de la ciudad. Cada día se abren más sucursales, por lo que los usuarios tienen más opciones para acudir a ellos, lo cual facilita y agiliza la atención que reciben. De acuerdo con lo que mencionó Ramón, quien es padre de familia y derechohabiente del seguro social, en CAF además de brindar consultas de medicina general, también ofrecen servicios de cirugías ambulatorias dentro de sus consultorios. Ramón relató que en

fechas recientes acudió a estos consultorios a que le retiraran un lipoma: “Me hicieron la cirugía en un consultorio que esta acá por la Plaza San Luis de los Simi (Farmacias Similares), ahí tienen consultorio donde hacen cirugías, un doctor hace cirugías ahí en el consultorio.” Posteriormente a la realización exitosa de su cirugía, el médico lo envió a la empresa hermana, a que se le realizaran los análisis correspondientes al lipoma extraído y así descartar cualquier alteración consecuencia de este.

Por otra parte, Antonia quien es secretaria de una dependencia de gobierno y es derechohabiente del ISSSTE, nos cuenta que ella acude a estos lugares porque es más fácil y práctico a comparación de los servicios de salud públicos. Ella señala que una de las mayores desventajas de los servicios públicos son los largos tiempos de espera y el desabasto de medicamentos, por lo que prefiere acudir a esta empresa, aunque esto le represente un gasto para su bolsillo al adquirir el medicamento: *“En ocasiones no hay medicamento (en el ISSSTE), no salen más que de darte paracetamol y si yo voy a un Simi (Farmacias Similares) me dan el medicamento, claro ahí lo voy a comprar, podría ser la diferencia. Pero prefiero comprarlo a perder mi tiempo para que me atiendan en el ISSSTE y para que no haya medicamento. El Simi tiene muchísimo medicamento, pero la diferencia es que en un lado no pago y en el otro sí.”*

Dolores reflexionó acerca del tema de la accesibilidad a este tipo de servicios de salud, qué es una realidad que hay personas que al no tener trabajo y carecer de recursos, necesitan de un servicio que sea económico para que así puedan acceder a una atención médica. Sin embargo, recalca que a su parecer este tipo de consultorios no cuenta con una buena calidad en sus consultas y se necesita tener suerte para que te atiendan bien: “Pero siendo realistas, hay personas a las que sí les hace mucha falta porque no tienen seguro y no tienen dinero, entonces sí dices tú bueno, pues ya pues voy a ver, ojalá y le atine a lo mejor corro con suerte o no me cuesta tan cara la medicina y puedo sacar. Pero hay otros que de plano no tienen seguro y no tienen dinero, entonces no te queda otra que irte a un similar (CAF).”

Opción más económica en el mercado

Farmacias Similares no es la única en el mercado, existen muchas opciones más que el usuario tiene a su disposición tanto para la venta de medicamento como para acudir a una consulta médica. No obstante Antonia nos cuenta que ella prefiere acudir específicamente a esta empresa porque cuenta con los precios más económicos a comparación de otras farmacias que se encuentran en la misma zona: *“Es un medicamento que se me hizo barato, no sé si por los mismos precios, si yo voy a la Farmacia Guadalajara a lo mejor cambia el precio con el de Los Simis (Farmacias Similares) y ahí sí ya me voy mejor más a lo de Los Simis.”*

Por otra parte Ramón, indica que estas otras farmacias son de marca, y que en ocasiones ha acudido a una de ellas, pero que no las acostumbra debido a los altos precios, hace referencia a que en estas farmacias a diferencia de la empresa más popular si venden medicamento “original”, tal creencia puede deberse al mismo nombre de la farmacia, que hace referencia a los medicamentos “similares”, puesto que en sus inicios tal empresa ofrecía medicamentos genéricos sin marca o también conocidos como similares: *“Ah no si, también he ido a esas otras de marca y yo de todas esas a la que voy es a la Guadalajara, pero a la del Ahorro y Benavides esas no las acostumbro, porque pienso que es más caro, pienso que es más barato en la Guadalajara, pero también voy seguido a comprar medicamento original a estas farmacias.”*

Sin embargo, Dolores también piensa que Farmacias Similares es la opción más económica, pero pone en duda la calidad de las consultas que brindan en CAF. Dolores es una mujer trabajadora, madre de dos adultas jóvenes, y comentó que, durante la infancia de sus hijas, al enfermarse y al no tener acceso a un servicio de seguridad social, las llevaba a un CAF cercano a su hogar. Sin embargo, ella no notaba mejoría en la salud de sus hijas, por lo que en cuanto contaban con más dinero, las llevaba con su doctor de cabecera, el cual tiene un consultorio privado cercano a su hogar: *“Por ejemplo, llevaba a mi hija, la que más se me enfermaba, entonces se me enfermaba y pues ahora sí que, a lo fácil por barato, ¿verdad?”*

Porque pues no había mucho dinero mi esposo, no tenía seguro. Yo me la llevaba a similares, pero yo no le veía mejoría.”

En cuanto al medicamento que venden en estas farmacias, Dolores nos comentó que ella considera son buenos y accesibles, ya que su médico de cabecera le ha autorizado a comprarlos, indicando que son efectivos pero que pueden llegar a tardar más en hacer efecto. Inclusive Dolores prefiere ir a comprarlos en estas farmacias a adquirirlos en el seguro, ya que es un trámite bastante tardado y ella prefiere pagar por los medicamentos que esperar en la fila, ya que su trabajo no le permite ausentarse con tanta facilidad.

Tiempos de espera

Otra característica que destaca de estas empresas son los tiempos cortos de espera para consulta que tienen a comparación de los servicios de salud públicos, se caracterizan por atender a una gran cantidad de usuarios al día. El tiempo es algo invaluable y los usuarios buscan mucho acudir a un servicio que sea eficiente debido a que por su jornada laboral no tienen mucho tiempo para acudir a consulta. Antonia señaló que ella prefiere ir a estos consultorios y pagar y así no perder su tiempo en los servicios de salud públicos: *“Prefiero ir a un Simi (Farmacias Similares) o alguna de esas farmacias, porque no quiero ir a perder mi tiempo al ISSSTE para que casi me den lo mismo (refiriéndose al medicamento genérico).”*

Los largos procesos burocráticos característicos del sector público causan grandes molestias entre los usuarios. Para Antonia sería una gran ayuda que los servicios de salud públicos fueran igual de accesibles que los CAF, ya que en estos servicios ella señala que en un lapso muy corto de tiempo la atienden a comparación del sector público, que pueden pasar meses para que esto suceda: *“Podría ser esa la diferencia, que en los similares (CAF) en un ratito voy y vengo con la consulta y en el ISSSTE a veces duro hasta más de un mes para que me consulten.”* Igualmente, Ramón indicó la misma situación ya que en el IMSS el trámite para que le quitaran su lipoma ya llevaba un mes en proceso y no le daban ningún tipo de solución, en

cambio en esta empresa en un día le hicieron todo el procedimiento por lo que su problema de salud se vio solucionado.

Por su parte Dolores, coincide en que al tener un trabajo que te consume mucho tiempo, lo más sencillo es ir a algún CAF, ya que los tiempos de espera en los servicios de salud públicos son muy extensos. Por la carga de trabajo que ella tenía, prefería ante alguna situación o malestar acudir a algún CAF. Sin embargo, también comentó que a ella sí le ha tocado esperar durante una o dos horas en un CAF, debido a la alta demanda que tienen, y a pesar de que hay más de una sucursal en la misma zona: *“Sí, sí me ha tocado esperar, más cuando ellas (sus hijas) estaban chiquitas, mi esposo no tenía seguro y que el doctor Juan no estaba. Me tocaba irme a formar ahí a la similares y a veces, pon tú que había unas cinco personas adelante de ti, cinco o seis personas, y si te echabas tus dos horas formadas.”*

Esfera Ideacional

En esta sección presento las perspectivas de los usuarios acerca de la calidad de los servicios que ofrecen los CAF. Abordaré desde las consultas que ofrecen los médicos en los CAF, hasta los medicamentos que venden en este tipo de farmacias. Además, presentaré la posición de los usuarios ante el hecho de que el personal no sanitario de farmacia les recomiende medicamentos para su consumo y alivio de síntomas y malestares.

¿ES LO MISMO, PERO MÁS BARATO?

Todos conocemos esta frase característica de la empresa Farmacias Similares, sin embargo, los usuarios son conscientes de que esta frase puede ser solo eso, una frase. Ellos refieren que se piensa que en estas farmacias la calidad del medicamento es inferior a comparación de otras empresas del mismo ramo. Y no sólo la calidad del medicamento, sino también de las consultas ya que ellos indican que sólo acuden a estos consultorios para tratar enfermedades “sencillas”, que a su parecer no requieren de complicados o especializados procedimientos.

De acuerdo con lo que nos comentaron los usuarios, los médicos ajenos a CAF en ocasiones les recomiendan comprar cierto tipo de medicamentos ya que hacen referencia a que su “efectividad” es mayor. Tal es el caso que compartió Antonia, quien señaló que las veces que acude con su doctor particular, él le indica donde comprar el medicamento, y este no lo encuentra en esta empresa en específico. Antonia menciona que el medicamento recetado por su médico de cabecera es de patente, del cual es al parecer de alta calidad y más costoso a comparación de la empresa más popular:

“Con el particular que yo voy es una marca, pues no sé si sea exclusiva (la de los medicamentos), porque nada más la compro en la Farmacia Guadalajara y si yo voy al Simi (Farmacias Similares) no la tienen, me dicen, “no, es que ese medicamento no lo tenemos nosotros”, ese es de muy alta calidad, muy alta calidad y los laboratorios son otros”

Ramón, por su parte, comentó que a su parecer los medicamentos que venden en esta farmacia vienen “rebajados” y a esto se deben sus bajos precios. Además, señaló que el medicamento que compra en otras empresas del mismo ramo considera sí es original y sí “hace efecto”, lo cual relaciona directamente al precio: *“El medicamento, dicen que viene algo rebajado y por eso es más barato, a lo mejor sí pienso que sí trae algo más rebajado, sí pienso que hace más efecto un medicamento original como el de la Farmacia Guadalajara, pienso que sí hace más (efecto) y por el precio también es más original y acá es un poquito más... no sé, más rebajado o no sé, vienen de otros laboratorios más económicos”*

Respecto a las consultas, los usuarios reportan que ellos no acuden a CAF para solucionar problemas graves o serios de salud, ya que no tienen conocimiento de que en este lugar existan médicos especialistas trabajando. Antonia nos comenta que ella sólo acude por dolores fuertes de cabeza o por alguna gripa y que además la solución o el tratamiento que le dan le quitan su malestar sólo por un momento y que por un problema de salud más grave no acude a este tipo de lugares: *“Podría yo decir que por algún problema muy grave no he ido, he ido por algunos fuertes*

dolores de cabeza y por alguna gripa, he ido yo a Los Simis, nada más y pues me dan inyecciones y en ese momento me quitan a la mejor el problema, pero por algo muy a fondo, ahí si no acudo a esos lugares.”

Ramón también nos indicó que él sólo acude a esta empresa dependiendo del motivo de su consulta, ya que considera que para padecimientos tal como una gripe o algún dolor muscular, este tipo de consultorios son los indicados. Pero, si se padece algún problema de salud más delicado, por ejemplo, una enfermedad crónica, él recurriría a una atención más especializada la cual no le proporciona este tipo de consultorios. Además, refiere que para la adquisición de medicamentos controlados él sólo acude a los servicios de salud públicos por la accesibilidad ya que adquirirlos por su cuenta le genera un gran gasto de bolsillo, y en este tipo de servicios son gratuitos.

Por su parte, Dolores comentó que ella acude a CAF por necesidad, en causas de fuerza mayor, ya que ella prefiere ir con su doctor de cabecera porque tiene mucho tiempo atendiéndose con él y siempre ha obtenido buenos resultados. En cambio, en CAF ha tenido experiencias desafortunadas al obtener diagnósticos erróneos tanto para ella como para sus hijas, por lo que ha optado por acudir como última opción a este tipo de consultorios: “He ido a similares más que nada por necesidad de que no esté el doctor (su doctor de cabecera), porque antes el doctor... ahorita ya es jubilado, pero antes el doctor trabajaba y a veces pues ya todo a la carrera, pues a las similares, ¿verdad? Y es cuando ahora sí que a la similares nada más por causa de fuerza mayor.”

Por otro lado, Dolores considera que puede haber buenos doctores en CAF, pero a su parecer como el precio de la consulta es demasiado bajo, la calidad de la consulta es proporcional al costo. A su punto de vista un doctor al que sí le pagan los honorarios que se merece, proporciona una mejor atención, por lo que en CAF la baja calidad de las consultas es debido al precio de estas mismas. De igual manera considera injusto este precio para los médicos tras años y esfuerzo en su formación: “Sí, sé que ha de haber buenos doctores, pero también sé que como yo me imagino

que no están bien pagados no le ponen la misma atención que le pondría un doctor al que si le vas a pagar los honorarios que se merece, ¿verdad? Porque pues también cobran bien poquito, también como que se me hace muy injusto que les paguen tan poquito a los doctores, no le echan ganas.”

LA DELGADA LINEA ENTRE RECOMENDAR Y RECETAR

Los usuarios indican que el personal no sanitario de farmacia comúnmente les ofrece medicamentos, lo cual no les molesta ni les incomoda. Antonia señala que, si estos medicamentos son para el beneficio de su salud, los compraría, además de señalar que el precio es accesible. Ella considera que el personal de farmacia tiene el conocimiento para hacer este tipo de recomendaciones ya que ese es su trabajo y es su obligación tener el conocimiento. No obstante, está consciente de que estos medicamentos pueden o no hacer efecto en su salud: *“Se supone que ellos lo están vendiendo (el medicamento) y son cosas que ellos deben de saber, que a lo mejor están bien para uno, pero hay que ver si te resultan porque no todos tenemos el mismo sistema.”*

Por su parte, Ramón comentó que el personal de farmacia a su parecer sabe mucho al respecto de los medicamentos que recomiendan, ya que en su experiencia en una ocasión él se encontraba muy enfermo y gracias a las recomendaciones del personal de farmacia pudo solucionar su problema de salud y sentirse mejor: *“Sí saben, porque a veces hasta te recomiendan algo. Yo una vez andaba bien malo, no me acuerdo de qué, ya no aguantaba y ahí me dijeron: “ese medicamento le hace, mire ahorita le voy a recetar este y con este se va a poner bien”. Y sí, fíjate que con ese me aliviane, hasta parece que era doctora la chava esta.”*

Dolores aseguró que ella siempre va a surtirse de medicamentos a estas farmacias y que el personal no sanitario que la atiende es amable y que entiende que su trabajo es vender, porque siempre que va por un medicamento en específico. El personal no sanitario le ofrece un sinfín de productos y medicamentos con el propósito de que los compre, por lo que a su percepción ellos no se preocupan por la salud de las personas, sino porque las personas compran sus productos: *“Son*

amables, la mayoría son amables. Pero sí, como que su trabajo es vender, vender, vender, porque tú vas por una medicina y te dicen “ay mire, tengo esta pomada para no sé qué. Ay, mire el protector solar”. Te dan a entender que lo único que quieren es que compres, compres, compres, sí, no es tanto como que aquí nos preocupamos por su salud.”

Esfera Relacional

En esta sección conoceremos cómo es que los usuarios se encuentran en la búsqueda de un mejor servicio de salud a consecuencia de la fragmentación y sobrecarga que existe en los servicios de salud públicos. Y cómo estas empresas han encontrado la oportunidad perfecta para satisfacer las necesidades de los usuarios, ante un sistema ineficiente y procesos burocráticos tardados.

EN BUSQUEDA DE UN MEJOR SERVICIO

Al preguntarles a los usuarios la percepción que tienen acerca del personal médico que labora en CAF, ambos refirieron haber recibido mejores atenciones que en los servicios públicos. Antonia mencionó que para ella depende mucho de la edad del doctor, puesto los más jóvenes son los que la han tratado mejor, esto lo amerita a su corta edad y mayor paciencia. Además, refiere que, a diferencia de lo que se podría pensar, ella confía más en los conocimientos de alguien joven, puesto a su parecer está más actualizado que un médico de mayor edad:

“Pues esos de farmacias (similares) depende de quiénes sean, porque hay unos (médicos) que están jóvenes y como que esos tienen más paciencia con las personas ya de edad avanzada y lo tratan un poco mejor. Pero si te encuentras con un doctor ya grande, no te atiende tan bien. Pero sí cambia el trato de una persona joven a un doctor mayor, que uno podría decir “le confío más a uno mayor porque, pues, tiene más experiencia que un joven”, pero a veces podría decirse que el joven como que ya está más actualizado, podríamos tenerle confianza también al joven.”

Por su parte, Ramón nos comentó que al acudir a esta empresa siempre ha tenido buenas experiencias en cuanto al trato con los médicos del CAF, ya que han sido amables y les han brindado soluciones óptimas a sus problemas de salud: *“A mí sí me han tratado bien, lo último que fui a la Salk con la doctora fue la que me mandó con el doctor que hacía cirugías, pero me atendieron bien los dos.”*

En cambio, Dolores al respecto de los médicos, señaló que ella siente que lo único que ellos buscan es atender a la mayor cantidad de personas posibles, para así poder cobrar más consultas, por lo que no brindan una buena atención. En su experiencia al acudir a consulta en CAF, ni si quiera la revisaron para saber que era lo que tenía, y el diagnóstico que le dieron fue con base a una entrevista sin ningún tipo de exploración o toma de algún signo vital. Desde su punto de vista, a ella nadie le asegura que el médico tenga la suficiente ética profesional para realmente darle un buen diagnóstico o sólo venderle medicamentos. Según Dolores, es cuestión de suerte para que te toque ser atendido por un buen médico: *“Sí, no sabes qué tanta sea la ética de ese doctor de decirte realmente o de nada más venderte, sí hay que atinarle a ver. Bueno, hay que correr con suerte para ver si el médico que te atiende lo va a hacer bien.”*

VII. Discusión

Uno de los objetivos de esta investigación fue analizar las percepciones y experiencias del personal sanitario acerca de los servicios que brindan o brindaron en CAF. De igual manera, otro de los objetivos consiste en analizar las experiencias de los usuarios que acuden a recibir atención y/o servicios en estos consultorios. Para lograrlo, me di a la tarea de entrevistar a cuatro diferentes extrabajadoras y trabajadoras de los laboratorios pertenecientes a una empresa en particular, a tres médicos que laboran en CAF, tres personas pertenecientes al personal no sanitario y cinco usuarios que han acudido a recibir atención en CAF. En secciones anteriores se describieron los resultados encontrados, en este capítulo discutiré algunos puntos de interés de acuerdo con los resultados obtenidos. El primer punto es la precarización laboral, posteriormente en un segundo punto hablaré de las relaciones de poder que se viven en estas empresas, lo cual se relaciona con el primer objetivo específico de esta investigación. Por último, discutiré el problema de la mercantilización de la salud y el acceso a los servicios de salud en México, que se relaciona con el segundo objetivo específico de esta investigación.

Antes de tocar el primer punto, es necesario abordar el tema de la profesionalización. Durante el periodo de modernización y urbanización de las sociedades capitalistas del siglo XX se creía que tener una carrera profesional permitiría a las personas mejorar su nivel socioeconómico y ascender en la escala social. No obstante, esto no se logró de manera uniforme en todo el mundo, en particular en México, en donde en la actualidad el tener una carrera profesional ya no es garantía de movilidad social. El ser profesional significaba la conformación de un mercado de trabajo con características muy diferentes a las de la clase obrera, como por ejemplo salarios altos, vocación, autonomía de trabajo, ética profesional y un monopolio del conocimiento como protección contra la competencia. Sin embargo, en la actualidad se tiene dudas de la relevancia que tiene el poseer un título universitario, ya que el término desprofesionalización está tomando relevancia y para el profesional de la salud esto significaría una vulnerabilidad a la vocación, a la autonomía en la práctica y a la ética (55).

Además de lo anterior, para el profesional de la salud, y específicamente hablando de los médicos, se habla de una crisis de identidad, ya que se encuentra atrapado entre las fuerzas del mercado y del Estado, y al crecer la popularidad de la medicina alternativa, se ve amenazado el monopolio del conocimiento experto y del mercado tradicional de la medicina. En este tipo de consultorios de acuerdo con información de Blancas E. y Miguez G (55) no se le considera al médico como un asalariado ni trabajador independiente, ya que se actúa como si el consultorio fuese propio. Sin embargo, no se paga renta o pago de servicios, la relación con el propietario del lugar es únicamente de carácter civil. Se puede tener capacidad de gestión, pero se tiene que acudir en un horario fijo, además que el precio de la consulta es fijado por el propietario. Además, no existen las prestaciones sociales y el sueldo depende del número de consultas y posibles comisiones por la recomendación de medicamentos. Por lo tanto, las condiciones laborales son precarias, lo que se contradice a la gran valoración social que se ha construido alrededor de la profesión médica.

De acuerdo con los hallazgos de esta investigación, el médico está consciente de la existencia de la precariedad laboral en la que se encuentra. Inclusive se habla de una degradación de la profesión por parte de la misma sociedad y de las autoridades al no regular este tipo de establecimientos. Esto ha permitido a los propietarios ofrecer contratos poco ventajosos para estos profesionistas. Hasta el momento no existen investigaciones enfocadas al personal sanitario como químicos farmacobiólogos, enfermeras, entre otros, que laboran en otros servicios relacionados con CAF, tal como se presentan en esta investigación. Sin embargo, se encontró que “gozan” de contratos mejor establecidos que los médicos, aunque igual de ventajosos para la empresa. Es decir, igualmente carecen de un salario digno y existe el modelo de comisiones y compensaciones por estudio vendido lo cual representa un conflicto para el personal de salud, ya que se pone en juego su ética profesional ante la necesidad de mejorar su ingreso económico.

Por lo anterior, considero que la desprofesionalización del personal de salud compromete la relación entre ellos y la sociedad. Los mismos médicos de esta

investigación concuerdan en que la sociedad no les da el reconocimiento que ellos quisieran, además de en ocasiones las persona le otorgan más importancia a información que consultan en internet o recomendaciones de personas ajenas al gremio de la salud. A pesar de la precariedad, la desprofesionalización, y de la falta de reconocimiento ante su trabajo, aún existe en el médico una conformación de identidad y de compromiso con la sociedad, tal como lo narra Leyva M. y Pichardo S. (56), en un estudio realizado a médicos pertenecientes a la Fundación Best, los médicos relataban que era un orgullo pertenecer a una empresa mexicana que brinda salud a la gente en forma económica. Además, defienden su práctica profesional de bajo costo a través de las fuertes críticas al sistema de salud público. Tal actitud también predomina en los médicos entrevistados en esta investigación ya que concuerdan con la percepción de pérdida de prestigio de la profesión, pero a su vez reconocen que la labor que hacen al ofrecer consulta a bajo costo es de gran importancia en la actualidad ante el colapso de los servicios de salud públicos.

Los CAF son un modelo de atención médica que se dirige principalmente a personas de escasos recursos, por lo que ofrece consultas médicas, medicamento y estudios de laboratorio, entre otros servicios a bajo costo. Para lograr ofrecer este tipo de servicios a bajo costo, se requiere de mano de obra calificada y barata, por lo que este tipo de modelo puede ser una forma que contribuya a la desprofesionalización del personal de salud. De acuerdo con Charles Perrow la desprofesionalización tiene sus orígenes en la pérdida de capacidad de autorregulación y control de las profesiones respecto a su propio mercado, el incremento del trabajo asalariado, la erosión del estatus y el prestigio, los salarios insuficientes y el deterioro de las condiciones de trabajo (55). Esta definición coincide con los hallazgos encontrados, ya que tanto el personal sanitario de laboratorio como los médicos, carecen de sueldos dignos, de prestaciones conforme a la ley, además de ser orillados a poner en duda su ética profesional al recibir comisiones en base a las ventas de medicamentos o estudios de laboratorio lo cual pone en tela de juicio su reputación y honor como profesionales que tienen el deber de velar por la salud de las personas.

La desprofesionalización y la precariedad son dos conceptos que van de la mano, con el término precarización laboral nos referimos a la “falta de garantía de condiciones socioeconómicas mínimas que garanticen una vida digna de los trabajadores y sus familias” (55). Este término hace referencia en particular a dos puntos, el primero son los bajos salarios que existen en la actualidad junto con la falta de protección social y el segundo, la fragilidad y flexibilidad en los contratos laborales a favor de las empresas, lo cual en conjunto trae como consecuencia una desprotección social progresiva.

De acuerdo con lo que nos narraron los entrevistados, en esta empresa existen tanto la falta de contratos, cómo bajos sueldos y falta de prestaciones para el personal sanitario que labora en esta empresa. Marx consideraba que no sólo el trabajo era el único origen de valor, sino que la ganancia del capitalista provenía de un trabajo que no se le retribuía al obrero (57). Esto tiene que ver directamente con la precarización laboral que se vive en este tipo de empresas, puesto es una condición donde el personal sanitario no posee un empleo estable ya que cómo nos compartieron algunas de ellas ni siquiera contaban con contrato ni prestaciones laborales. Otra característica es que son empleos mal remunerados, lo cual es una realidad ya que todas coincidieron en que el salario no era suficiente de acuerdo con su preparación profesional. Para Marx el capitalismo es el sistema económico que trae como consecuencia esta precarización laboral (56), ya que como se comentó anteriormente, el argumentaba que el capitalismo se aprovecha de los trabajadores al apropiarse del valor agregado que genera su trabajo. En estas empresas, el personal de salud al ser su primer trabajo y carecer de experiencia no tiene el empoderamiento para exigir mejores condiciones laborales y debido a la necesidad que tienen por encontrar un empleo son forzados a aceptar empleos con salarios bajos e inestables.

En un estudio realizado por Pichardo y Leyva en el año 2012, donde se entrevistó a médicos pertenecientes a la empresa GPUPM, una pequeña cantidad de los entrevistados señalaron que este empleo era su primer trabajo, ya que al entrar a trabajar a esta empresa ya habían adquirido experiencia con anterioridad. Contrario

a lo que se encontró en esta investigación, donde la mayoría del personal sanitario señaló que era su primer empleo y carecían de alguna experiencia previa. En este mismo estudio se señala que entrar a trabajar a este tipo de empresas es relativamente sencillo, al acudir a una entrevista, entregar papeles que acrediten tu nivel de estudios y un examen general de conocimientos básicos. Igualmente señalan que existe un contrato de comodato donde se elude la relación laboral y se entra de lleno a un espacio flexible de trabajo, donde la empresa adquiere poder total (56). Lo anterior coincide con la información obtenida en este estudio, en donde algunos de los entrevistados tenían un contrato que le favorecía a la empresa, con muy pocas o nulas prestaciones, mientras otros carecían de contrato alguno.

El segundo punto que abordaré son las relaciones de poder que existen dentro de estas empresas. Según los resultados, los entrevistados reportaron la presencia de presión por parte de los encargados y supervisores de las sucursales hacia el personal sanitario por las ventas de los estudios. Para Bourdieu el poder “es una dimensión que está en todos los espacios de la vida social, tanto en sus expresiones materiales como simbólicas” (58). En el caso de estas empresas podríamos hablar de lo que Bourdieu llama “poder simbólico” el cual se refiere a una capacidad ejercida por instituciones o grupos, para imponer significaciones como válidas, ocultando sus condiciones de producción (58). En esta empresa desde el momento de la contratación se enfocan en persuadir al personal mencionando lo que podrían llegar a ganar si se alcanzan las metas de ventas establecidas, por lo que desde este punto comienzan a influir en la forma en la que piensa, pensará y actuará el personal sanitario al estar trabajando dentro de esta empresa. Al ejercer presión diariamente y “animarlos” a vender más, además de obligar al personal sanitario a realizar actividades de volanteo y promoción de estudios de laboratorio en las calles y consultorios médicos, la empresa perteneciente a GPUPM va imponiendo su visión poco a poco en sus empleados. La intención es evidente, lograr que eventualmente ellos acepten como propia dicha visión y se convengan a sí mismos que lo que realmente importa es vender para ganar comisiones, por lo que aceptan la visión del “ganar-ganar” característica de este grupo de empresas. Para Bourdieu esta forma de poder es la más difícil de detectar, a comparación del poder político

o económico, pero es igualmente efectivo en la reproducción de las desigualdades sociales.

Sin embargo, también se encontró que no en todas las cadenas que manejan CAF ejercen estas relaciones de poder. En una empresa con menor presencia en la ciudad se reportó que tanto el personal sanitario como no sanitario, no recibe comisiones por la venta o prescripción de medicamentos. El personal no sanitario cuenta con un salario base, mientras que el salario de los médicos es de acuerdo con el número de consultas que se realicen en el día. La característica particular de esta empresa y la probable causa de que no maneje el sistema de comisiones, además de brindar capacitación constante a su personal no sanitario, puede deberse a que es propiedad de médicos, al contrario de las dos empresas restantes a la que pertenecían los médicos entrevistados donde los propietarios resultaron ser comerciantes o administradores de empresas.

Un tercer punto importante es la mercantilización de la salud. Desde el punto de vista de los derechos sociales, no se puede conceptualizar a la salud como una mercancía, ya que es un derecho fundamental incluido en la Declaración Universal de los Derechos Humanos y en México por el Artículo 4° de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. En cuanto al mercado de servicios médicos se refiere, el usuario no elige de manera directa que medicamento o estudio de laboratorio se le indicará, más bien es el médico quien decide cuál de estos es el más indicado de acuerdo con sus necesidades. Sin embargo, en los mercados tradicionales, los usuarios son quienes deciden qué servicios consumir o no (60). En los hallazgos encontrados, los médicos entrevistados refieren que el usuario llega a consulta con una idea al parecer clara de lo que “necesita” para curarse, por lo que en ocasiones llega a exigirle al médico la prescripción de medicamentos específicos, por ejemplo, los antibióticos. Los médicos señalan que el usuario tiene la percepción de que a más medicamentos contenga la receta, más conocimientos tiene el médico que lo atiende. Sin embargo, señalan que, de acuerdo a su ética profesional, no ceden a los deseos del usuario y proceden a explicarles que sólo se

les recetará lo que necesitan, ya que ellos tienen el conocimiento para recetarles aquello que los llevará a una pronta recuperación.

No obstante, en uno de los CAF a donde pertenece uno de los médicos entrevistados, y en los laboratorios pertenecientes al GPUPM, se le indica al personal de salud ya sea prescribir un “poco más” de medicamento o “recomendar” al usuario adquirir más estudios de laboratorio “en pro de su salud”. Esto puede ser interpretado como una mercantilización de la salud, es decir, en donde lo que importa es la venta de medicamentos y servicios de salud. La mercantilización de la salud y los CAF están directamente relacionados, ya que al ser consultorios privados que cuentan con una farmacia al costado y en ocasiones un laboratorio de análisis clínicos, el enfoque es meramente comercial y centran sus servicios en la venta de medicamentos y estudios de laboratorio. Este arreglo puede traer como consecuencia una prescripción innecesaria de medicamentos, aumento en el gasto de bolsillo, y además una atención médica inadecuada.

De acuerdo con los resultados encontrados tal mercantilización de la salud también se vio reflejada directamente en la farmacia, puesto que el personal no sanitario relató que los usuarios acudían directamente con ellos para adquirir un antibiótico. Ante la negativa del personal de farmacia de proporcionárselos al no tener receta médica, preguntaban si podían acudir con el médico de al lado exclusivamente para que les recetara el antibiótico que a su parecer ellos “necesitaban”. El personal no sanitario les indicaba que en efecto podían acudir a consulta, sin embargo, eso no les aseguraba que el médico les recetara lo que ellos creían necesitar, a lo que los usuarios indicaban que mejor acudirían a otra farmacia donde sí les vendieran el medicamento sin receta. Tal hecho nos hace ver que en ocasiones el usuario sólo percibe al médico como un intermediario de una “transacción mercantil” para poder adquirir un medicamento y no como un profesional de la salud que tiene el conocimiento para prescribirle lo que realmente requiere para mejorar su condición de salud.

La lucha contra la resistencia a los antibióticos es un problema de salud pública a nivel mundial y en sistemas de salud mercantilizados dicho problema puede verse favorecido por la accesibilidad a este tipo de medicamentos. Se ha regulado la venta de antibióticos a nivel nacional, ya que su venta es exclusiva con receta, sin embargo, como nos lo señalaron nuestros participantes existen algunas empresas donde el esquema de ventas por comisión de medicamentos ejerce cierta presión hacia el personal sanitario para recetar este tipo de medicamento debido a su alta rentabilidad. Por otra parte, el personal no sanitario que labora en farmacia también nos indicó la predisposición que tienen los usuarios a la adquisición de este tipo de medicamentos y la presión que ejercen hacia ellos y hacia los médicos para que les prescriban antibióticos, por lo que es importante la promoción de prácticas de uso responsable dirigida hacia los usuarios.

Por último, discutiré el tema del acceso a los servicios de salud. De acuerdo con Bautista-Arredondo y col. (52) entre 2018 y 2021 el porcentaje de personas que reportaron haber resuelto su problema de salud más reciente en el sector público osciló entre un 41 y 34% respectivamente, mientras que el uso de CAF en la población mexicana pasó de 17 a 18% entre estos mismos años. El grupo de personas que más lo utiliza es la población sin seguridad social con un 24%, mientras que un 13.1% perteneciente a beneficiarios del IMSS y 10.4% del ISSSTE reportaron haber acudido a un CAF la última vez que tuvieron una necesidad de salud. De acuerdo con los resultados obtenidos, de los 5 usuarios entrevistados, todos eran derechohabientes y todos a excepción de una persona reportaron haber acudido a CAF en la última necesidad de salud debido a los largos tiempos de espera de los servicios públicos o inclusive debido a que preferían el trato de un médico CAF al de un médico trabajador de los servicios públicos.

En este mismo estudio mencionan que las principales razones por las que los usuarios acuden a un servicio de salud se encontraban en un 90% el acceso y con un 9% la calidad. En cuanto al acceso los motivos principales fueron tener afiliación (36%), cercanía (23%) y bajo costo (8%). Mientras que los motivos principales relacionados con la calidad fueron la atención rápida (4%) y la satisfacción con la

atención médica. De acuerdo con nuestros hallazgos, esto coincide con lo anterior puesto los usuarios remarcan que acuden a CAF debido a la cercanía a su hogar, los cortos tiempos de espera, un mejor trato por parte de los médicos y un bajo costo tanto en la consulta como en los medicamentos. Sin embargo, los usuarios también reconocen que la calidad, tanto de la consulta como el del medicamento, puede llegar a ser menor debido a que lo relacionan con los bajos costos. No obstante, al ver solucionados sus problemas de salud, prefieren acudir a CAF que a un servicio público.

Los hallazgos de esta tesis respecto a la percepción de la atención médica también coinciden con lo encontrado por Ramírez-Sánchez y col. (62), quienes realizaron encuestas a usuarios de los servicios de salud tanto públicos como privados en México. En tal estudio los usuarios indicados que los principales motivos de la percepción de la mala calidad en los servicios de salud públicos eran los largos tiempos de espera (21.6%), los tiempos cortos de consulta (11.4%) y el nulo efecto de los medicamentos (10.35%). Respecto a los medicamentos proporcionados por el Estado, los usuarios participantes en esta investigación mencionan que son de buena calidad. Sin embargo, existe unos escasos de insumos, por lo que en ocasiones es difícil su dispensación, así que acuden a una farmacia perteneciente a CAF para surtir sus medicamentos cuando es necesario. Por otra parte, al preguntarle al personal de farmacia acerca de la frecuencia de la dispensación de recetas expedidas por los servicios de salud públicos, refieren que es poco frecuente la llegada de recetas de este tipo, ya que la mayoría de las recetas dispensadas corresponden al médico perteneciente a su empresa o de médicos privados.

Estos resultados indican el descontento de los usuarios hacia los servicios de salud públicos, debido a los largos tiempos de espera, atención apresurada por parte de los médicos, malos tratos por parte del personal administrativo y sanitario, escasez en el medicamento, y procesos altamente burocráticos y deshumanizados ante sus situaciones de salud. Mientras exista una deficiencia en la calidad de los servicios de salud, los usuarios seguirán recurriendo a los servicios brindados por CAF para

solucionar algunos de sus problemas de salud. Tal como lo indicó un médico entrevistado, CAF es un “mal necesario” ante la ineficiencia del sector público para satisfacer las necesidades de la población.

Debido a los constantes cambios en los últimos sexenios en los servicios públicos de salud en el país, este se ha ido debilitando y de acuerdo con la percepción de los usuarios ofrecen servicios con procesos tediosos y burocráticos. Por lo que los CAF han ganado aceptación y popularidad entre los usuarios debido a ciertos factores clave según la información que se nos proporcionó: accesibilidad y conveniencia, al estar ubicados en las principales avenidas de la ciudad; costos bajos, a comparación de otros servicios de salud privados en CAF los precios son muy bajos, no sólo de las consultas sino de los medicamentos y estudios de laboratorio; tiempos de espera reducidos, a diferencia de los servicios de salud públicos en CAF puedes acceder a una consulta con solo minutos de espera por lo que la solución a su problema de salud puede llegar a ser rápida; atención inmediata, no se necesita realizar una cita o procesos burocráticos tediosos para ser atendidos por un médico o realizarse algún estudio de laboratorio en un CAF; y finalmente la confianza y amabilidad ya que lo usuarios reportan sentirse comprendidos y bien atendidos por los médicos CAF.

Ante los servicios de salud públicos debilitados y un sistema privado favorecido por la mercantilización, tanto los usuarios como el personal de salud sanitario y no sanitario son vulnerados. Los usuarios son vulnerables ante un acceso limitado a los servicios de salud públicos por las largas listas de espera, falta de personal, recursos limitados y servicios privados costosos lo cual dificulta una atención médica adecuada; aumenta las desigualdades ya que el acceso a los servicios de salud públicos está condicionado a tener un empleo y al carecer de este sus opciones se limitan a servicios privados como CAF. Por otro lado, el personal sanitario y no sanitario es vulnerable ante un sistema que beneficia a las empresas con contratos en ocasiones inexistentes o ventajosos para estos, inseguridad laboral al no contar con prestaciones ni seguro médico, bajos salarios, condiciones laborales deficientes y dificultad para ejercer derechos laborales.

Finalmente es importante recalcar una limitación que tiene esta investigación y es el número de entrevistados, puesto no se alcanzó a entrevistar al número de personas propuesto al inicio de la investigación. Ante tal limitación existe el riesgo de llegar a conclusiones apresuradas o incompletas, por lo que algunos aspectos importantes pueden quedar sin explorar. No obstante, además de que los resultados presentados concuerdan con investigaciones previas, en la presente tesis se buscó profundizar en aspectos que otros estudios no habían cubierto, por ejemplo, la perspectiva del personal no sanitario. Además, este estudio contribuye al conocimiento previamente generado sobre el tema al presentar la perspectiva de los actores involucrados en el contexto postpandemia.

VIII. Conclusiones

Esta investigación examinó la calidad de la atención médica y servicios brindados en CAF a través de la perspectiva de personal sanitario (médicos y personal de laboratorio), no sanitario y usuarios. Se pudieron conocer las condiciones y prácticas laborales del personal sanitario y no sanitario que trabaja en consultorios, laboratorios y farmacias pertenecientes a CAF, además de acceder a la perspectiva que ellos tienen de su labor hacia la población que acude a CAF. Por otra parte, esta tesis exploró las experiencias de los usuarios que utilizan los servicios de CAF, la calidad que ellos perciben de estos mismos, del personal sanitario y no sanitario que labora en ellos y de los principales motivos para acudir a este tipo de empresas.

Entre los principales hallazgos se deben resaltar las precarias condiciones de trabajo que experimentan los profesionales de la salud pertenecientes a CAF, que para efecto de esta investigación fueron clasificados como personal sanitario. Tanto médicos, como químicos farmacobiólogos y enfermeros enfrentan los riesgos de la desprofesionalización y la precariedad laboral, puesto carecen de un salario digno, de prestaciones conforme a la ley y de un contrato bien establecido. Además, para la mayoría su práctica se ve comprometida ante un conflicto de intereses al verse obligados a prescribir o recomendar medicamentos o servicios para aumentar sus ingresos. Esta situación normaliza este esquema de negocios, ya que incluso se tiene reporte de médicos emprendiendo este tipo de modelos de “negocios”: consultorios adyacentes a farmacias.

Por otra parte, esta tesis mostró que el problema de la mercantilización de la salud ha tenido como consecuencia que los usuarios consideren al médico como un intermediario para obtener un “producto”. Y no sólo el usuario lo percibe así, ya que los dueños de las empresas al tener un consultorio a lado de la farmacia también utilizan al médico de la misma forma. Como se presentó en el capítulo de los resultados, uno de los médicos entrevistados mencionó que el “verdadero negocio es la farmacia”, ya que el precio de la consulta es muy bajo a comparación de la de un médico privado no perteneciente a CAF. El derecho a la salud, por lo tanto, se

ve amenazado por situaciones como esta en donde las consultas médicas son reducidas a transacciones mercantiles. Urge que el Estado se haga cargo de ofrecerle a la población servicios de salud gratuitos y de calidad, en todos los niveles de atención y sin estar ligados al estatus laboral, lo cual no sólo contribuiría a una mejor salud de la población, sino a reducir las desigualdades sociales.

Y esto se relaciona con el último punto a considerar que es el acceso a los servicios de salud en México. Como lo discutí en páginas previas, debido a la ineficiencia y complejidad de los servicios de salud públicos, el usuario se ve orillado a acudir a servicios como CAF. Estos servicios le ofrecen a la población consultas y medicamento a bajo costo, una atención con cortos tiempos de espera, una gran accesibilidad a diferentes sucursales cercanas a su hogar, además de tratos amables por parte del personal sanitario y no sanitario. El crecimiento que ha tenido, y probablemente seguirá teniendo, este tipo de modelo de negocios se debe principalmente a las deficiencias del sistema de salud público, la poca inversión en infraestructura sanitaria del sector público y a la falta de regulación por parte de las autoridades sanitarias. No es una opción desaparecer o prohibir este tipo de establecimientos, porque es una realidad que atienden gran parte de la demanda de consultas a nivel nacional, y representan una de las primeras opciones de atención de salud para las poblaciones más vulnerables. Sin embargo, es urgente asegurar una atención de calidad para los usuarios y condiciones dignas de trabajo para los profesionales de salud que laboran en CAF, ya que estos establecimientos contribuyen a la desprofesionalización del personal de salud y sin regulaciones que limiten los contratos ventajosos para dichas empresas la precariedad laboral seguirá existiendo.

IX. Bibliografía

1. Pichardo-Palacios S. Las relaciones laborales y sindicales en Farmacias Similares y Asociados. *Revista Trabajo*. 1 de diciembre de 2015;8(12):65-86.
2. COFEPRIS. Guía de Buenas Prácticas en Farmacias y Consultorios. Secretaría de Salud; 2013.
3. Araujo-Cuauro JC. La salud ¿Como derecho o como mercancía? Mercantilización de la relación médico-paciente y su correlación ética-bioética profesional. *Gac int cienc forense*. enero de 2023;(46):20-33.
4. Duque H, Aristizábal Díaz-Granados ET. Análisis fenomenológico interpretativo. *Pensando Psicol*. 7 de noviembre de 2019;15(25):1-24.
5. Alva-Espinosa C. Una aproximación a la fenomenología de la enfermedad. *Gac México*. 5 de diciembre de 2017;153(5):185.
6. Cruz-Ramírez M, Martínez-Cepena MC, Rojas-Velázquez OJ. Estudio sobre la percepción cualitativa y/o cuantitativa del método Delphi en las investigaciones educativas. *Redalyc*. 2018;17(2).
7. Minayo MC, Mercado FJ, Gastaldo D, Calderón C. Paradigmas y diseños en la investigación cualitativa en salud: Una antología Iberoamericana. Buenos Aires: Universidad de Guadalajara, Centro Universitario de Ciencias de la Salud Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Enfermería, 2002. 249-283 p.
8. Calvento M. Fundamentos teóricos del neoliberalismo: su vinculación con las temáticas sociales y sus efectos en América Latina. *Convergencia*. 2006;(41):41-59.
9. Pérez AVM. Una radiografía de los Consultorios Adyacentes a Farmacias al sur de la ciudad de México: saberes de médicos y usuarios en torno a un sistema privado de atención. Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social; 2020.
10. Molina C, Tobar F. ¿Qué significa Neoliberalismo en salud? O que o Neoliberalismo significa em saúde? 2018;12.
11. Pichardo Palacios S. Profesión y práctica médica: el caso de médicos que laboran en consultorios de la Fundación Best [Internet] [Maestría en Estudios Sociales]. Universidad Autónoma Metropolitana Unidad Iztapalapa; 2010 [citado 18 de mayo de 2023]. p. 8k71nh29n. Disponible en: <http://bindani.izt.uam.mx/concern/tesiuams/8k71nh29n>
12. Colchero MA, Gómez R, Figueroa JL, Rodríguez-Atristain A, Bautista-Arredondo S. Aumento en la oferta de consultorios adyacentes a farmacias y atención en servicios públicos en México entre 2012 y 2018. *Salud Pública México*. 24 de noviembre de 2020;62(6):851-8.
13. Empresas: Crecen y se diversifican las farmacias tras la pandemia | El Informador [Internet]. 2023 [citado 3 de junio de 2023]. Disponible en: <https://www.informador.mx/Empresas-Crecen-y-se-diversifican-las-farmacias-tras-la-pandemia-l202303030002.html#:~:text=Seg%C3%BAn%20la%20Asociaci%C3%B3n%20Nacional%20de,sumen%20otros%20tres%20mil%20negocios>.
14. Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición sobre COVID-19-2021. Secretaría de Salud; 2021.

15. Díaz-Portillo SP, Idrovo Á, Dreser A, Bonilla F, Matías-Juan B, Wirtz V. Consultorios adyacentes a farmacias privadas en México: infraestructura y características del personal médico y su remuneración. *Salud Pública México*. 8 de julio de 2015;57(4):320.
16. Durán-Arenas L, Salinas-Escudero G. La transformación del sistema de salud con base en la atención primaria. *Gac Médica México*. 2012;(148):552-7.
17. Secretaria de Salud. Atención Primaria de Salud Integral e Integrada: la propuesta metodológica y operativa [Internet]. Gobierno de México; 2019 [citado 24 de abril de 2023]. Disponible en: http://sidss.salud.gob.mx/site2/docs/Distritos_de_Salud_VF.pdf
18. Morán-Pérez AV. “¿Qué opción les queda a las personas, más que nosotros?”: Las funciones de los consultorios adyacentes a farmacias en la pandemia de covid-19. *Salud Colect*. 16 de marzo de 2023;19:1-18.
19. Colchero MA, Gómez R, Bautista-Arredondo S. Elección de proveedores de servicios de atención y necesidades de salud de la población mexicana, 2021. *Salud Pública México*. 2 de enero de 2023;65(1):28-35.
20. Blancas-Martínez E. Síntomas de precariedad. La profesión del médico y los consultorios adyacentes a farmacias. *Las ciencias sociales y la agenda nacional Reflexiones y propuestas desde las Ciencias Sociales*. 2018;3:610-26.
21. Díaz J. Diagnóstico sobre la mercantilización de la salud en México y propuestas para la construcción de un sistema universal desde la perspectiva del derecho humano a la salud. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. 2021;(N° 194 (LC/TS.2021/179; LC/MEX/TS.2021/19)).
22. Frenk J, Gómez-Dantés O. ¿Atención a la salud o la enfermedad? Restableciendo el equilibrio. *Salud Pública México*. marzo de 2016;58(2):84b-8b.
23. Martínez Trejo LO. Sistema de salud en México. *Encruc Rev Electrónica Cent Estud En Adm Pública*. 14 de mayo de 2018;(29):1.
24. Zurita Garza B, Ramírez T. Desempeño del sector privado de la salud en México. *Funsalud*. 2003;153-61.
25. López-Arellano O, Jarillo-Soto EC. La reforma neoliberal de un sistema de salud: evidencia del caso mexicano. *Cad Saúde Pública*. 2017;(33):1-13.
26. Reich MR. Reestructurando la Reforma a la Salud al Estilo Mexicano. *Health Systems & Reform*. 2020;1(6):1-11.
27. Incertidumbre en el Hospital Hidalgo por el IMSS-Bienestar - El Sol del Centro | Noticias Locales, Policiacas, sobre México, Aguascalientes y el Mundo [Internet]. [citado 22 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.elsoldelcentro.com.mx/local/incertidumbre-en-el-hospital-hidalgo-por-el-imss-bienestar-9986924.html>
28. Medina-Gómez O, López-Arellano O. Informalidad laboral y derecho a la salud en México, un análisis crítico. *Ciênc Saúde Coletiva*. julio de 2019;24(7):2583-92.
29. Padrón HS, Mercado NL. El derecho a la salud en el nuevo Modelo Integral de Atención de México. *Rev Cuba Salud Pública*.
30. OMS. Salud y derechos humanos [Internet]. 2022 [citado 3 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health>
31. Giraldo Osorio A, Vélez Álvarez C. La Atención Primaria de Salud: desafíos

para su implementación en América Latina. Aten Primaria. agosto de 2013;45(7):384-92.

32. Elorza ME, Moscoso NS, Lago FP. Delimitación conceptual de la atención primaria de salud. Rev Cuba Salud Pública. 2017;3(43):432-48.

33. Álvarez-Manilla JM. Atención Primaria a la Salud. Salud Pública de México. 1988;30(5):676-82.

34. Castañeda GS, Lobato JAÁ. PATRONES ESPACIALES DE LOS CONSULTORIOS MÉDICOS ADYACENTES A FARMACIAS: ANÁLISIS DE DOS CIUDADES MEXICANAS. Hygeia - Rev Bras Geogr Médica E Saúde. 18 de septiembre de 2021;17:181-97.

35. Vera J, Trujillo A. El efecto de la calidad del servicio en la satisfacción del derechohabiente en instituciones públicas de salud en México. Contad Adm. septiembre de 2016;S0186104216300419.

36. Reyes-Morales H, Flores-Hernández S, Saucedo-Valenzuela AL, Vértiz-Ramírez JDJ, Juárez-Ramírez C, J Wirtz V, et al. Percepción de los usuarios sobre la calidad de la atención ambulatoria en servicios de salud en México. Salud Pública México. 4 de marzo de 2013;55(Supl.2):100.

37. Guanais FC, Regalia F, Perez-Cuevas R, Anaya M, Harris DO, Moreno R, et al. Desde el paciente: Experiencias de la atención primaria de salud en América Latina y el Caribe. Inter-American Development Bank; 2018. 233 p.

38. Girón M, Beviá B, Medina E, Simón Talero M. Calidad de la relación médico paciente y resultados de los encuentros clínicos en atención primaria de Alicante: un estudio con grupos focales. Rev Esp Salud Pública. octubre de 2002;76(5):561-75.

39. Hernández Gracia TJ, Duana Avila D, Polo Jiménez SD, Hernández Gracia TJ, Duana Avila D, Polo Jiménez SD. Clima organizacional y liderazgo en un instituto de salud pública mexicano. Revista Cubana de Salud Pública. junio de 2021;47(2).

40. Bascuñán L. Cambios en la relación médico-paciente y nivel de satisfacción de los médicos. Rev Médica Chile. enero de 2005;133(1).

41. Gomez Bustillo, Rosa Guadalupe. (2018). Panorama del derecho laboral en México. Revista Jurídica Derecho, 7(9), 54-72. Recuperado en 22 de agosto de 2024, de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2413-28102018000200004&lng=es&tlng=es.

42. Madero Gómez, S., Montes, J. L., & Del Castillo, E. (2023). Evaluación de la norma 035 para la medición de los factores de riesgo psicosocial en el entorno laboral mexicano. Contaduría y administración, 69(1), 426. <https://doi.org/10.22201/fca.24488410e.2024.3070>

43. De la Cuesta C. Investigación Cualitativa y Enfermería. [Internet]. 2000 [citado 6 de junio de 2023]. Disponible en: http://www.index-f.com/index-enfermeria/28-29revista/28-29_articulo_7-8.php

44. Mercado, F. J., 1996. *Entre el Infierno y la Gloria: La Experiencia de la Diabetes en un Barrio Urbano de Guadalajara*. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.

45. Tonon G, Alvarado S, Ospina H, Lucero P, Botero P, Luna MT, et al. Reflexiones Latinoamericanas sobre la Investigación Cualitativa. Argentina: Departamento de Derecho y Ciencia Política de la Universidad Nacional de La Matanza; 2012.

46. Campos y Covarrubias G, Lule-Martínez NE. La Observación Un Método Para El Estudio De La Realidad. *Xihmai*. 2012;7(13):45-60.
47. Palacios D. Norman Fairclough y el Análisis Crítico de Discurso: armas para una Lingüística Materialista. *Pensamiento al margen*. [Internet] 2020. [consultado el 12 de septiembre de 2023]1(2):103-116. Disponible en: <https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/91320/1/8.-Palacios-Fairclough.pdf>
48. Mercado-Martínez FJ, Hernández-Ibarra E. Las enfermedades crónicas desde la mirada de los enfermos y los profesionales de la salud: un estudio cualitativo en México. *Cad Saúde Pública*. 2007 Sep; 23(9):2178-86.
49. WMA General Assembly. Boletín la Of Sanit Panam. 1990 [citado 4 de julio de 2023]. Declaración de Helsinki: recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en seres humanos. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/16805/v108n%285-6%29p626.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
50. Zumbado Morales, R., Barquero Montero, A., & Hidalgo Mora, O. (2022). Resistencia a los antibióticos: Una Revisión Bibliográfica. *Revista Ciencia y Salud Integrando Conocimientos*, 6(3), 145-153. <https://doi.org/10.34192/cienciaysalud.v6i3.500>
51. Giono-Cerezo, S., Santos-Preciado, J. I., Morfín-Otero, M. D. R., Torres-López, F. J., & Alcántar-Curiel, M. D. (2020). Resistencia antimicrobiana. Importancia y esfuerzos por contenerla. *Gaceta Médica de México*, 156(2), 3610. <https://doi.org/10.24875/GMM.20005624>.
52. Bautista-Arredondo, S., Vargas-Flores, A., Moreno-Aguilar, L. A., & Colchero, M. A. (2023). Utilización de servicios de salud en México: Cascada de atención primaria en 2022. *Salud Pública de México*, 65, s15-s22. <https://doi.org/10.21149/14813>
53. Forbes México [Internet]. Consultorios de farmacia no solucionan problemas de salud graves, alerta López-Gatell; 16 de agosto de 2022 [consultado el 20 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.forbes.com.mx/consultorios-de-farmacia-no-solucionan-problemas-de-salud-graves-alerta-lopez-gatell/>.
54. El País México [Internet]. La montaña de irregularidades en los consultorios de las farmacias: “No es médico, es enfermero y le prestan una cédula para recetar”; 2 de octubre de 2023 [consultado el 20 de junio de 2024]. Disponible en: https://elpais.com/mexico/2023-10-02/la-montana-de-irregularidades-en-los-consultorios-de-las-farmacias-no-es-medico-es-enfermero-y-le-prestan-una-cedula-para-recetar.html?event=regonetap&event_log=regonetap&prod=null&o=null
55. Blancas Martínez, E., Miguez Gutiérrez, M. A. (2016). ¿Hacia dónde van los egresados de medicina? Un estudio de caso sobre inserción laboral y emprendimiento desde un enfoque de violencia. V Congreso Internacional de Investigación Social. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, Pachuca de Soto.
56. Leyva Piña, M. A., & Pichardo Palacios, S. (2012). Los médicos de las Farmacias Similares ¿degradación de la profesión médica? Vol 8, No.1, pp. 143-175
57. Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud [Internet]. 1986 [citado 4 de julio de 2023]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>

58. Vázquez Gutiérrez JP. Poder simbólico, illusio y afectividad en la sociología de Pierre Bourdieu. *Convergencia* [Internet]. 16 de junio de 2022 [consultado el 26 de enero de 2024];29:1. Disponible en: <https://doi.org/10.29101/crcs.v29i0.17878>
59. Martínez-Licerio KA, Marroquin-Arreola J, Ríos-Bolívar H. Precarización laboral y pobreza en México. *Análisis Económico* [Internet]. 1 de mayo de 2019 [consultado el 26 de enero de 2024];34(86):113-31. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41360954006>
60. Pereira L. Teoría social y concepción del trabajo: una mirada a los teóricos del siglo XIX. *Gaceta Laboral* [Internet]. 2008 [consultado el 26 de enero de 2024];14(1):81-101. Disponible en: https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-85972008000100004
61. Araujo-Cuauro J. La salud ¿Cómo derecho o como mercancía? mercantilización de la relación médico-paciente y su correlación ética-bioética profesional. *Gac. int. cienc. forense* [Internet]. 2023 [consultado el 26 de enero de 2024];46(1) 20-33. Disponible en: https://www.uv.es/gicf/4A2_Araujo_GICF_46.pdf
62. Ramírez-Sánchez, T. D. J., Nájera-Aguilar, P., & Nigenda-López, G. (1998). Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: Perspectiva de los usuarios. *Salud Pública de México*, 40(1), 03-12. <https://doi.org/10.1590/S0036-36341998000100002>

X. Anexos

10.1 Instrumentos

CUESTIONARIO SOCIO DEMOGRÁFICO

| |
|---|
| <i>Entidad de residencia:</i> _____ |
| <i>Edad:</i> _____ |
| <i>Fecha de nacimiento:</i> _____ |
| <i>Sexo:</i> _____ |
| <i>Escolaridad:</i> _____ |
| <i>En caso de tener carrera:</i> |
| <i>¿Cuál es el nombre de la carrera que estudió?:</i> _____ |
| <i>¿De que universidad egresó?:</i> _____ |
| <i>Estado civil:</i> _____ |
| <i>Número de hijos:</i> _____ |
| <i>Actual empleo:</i> _____ |

GUIA DE ENTREVISTAS

Médicos

- ¿Me podría platicar acerca de qué carrera estudió, donde y hace cuanto egresó?
- ¿Cuáles eran sus expectativas al salir de la universidad en cuanto a encontrar un empleo?
- ¿Tenía experiencia previa antes de entrar a CAF?
- ¿Cómo se enteró de la vacante en CAF?

- ¿Cómo fue el proceso de contratación?
- ¿Qué opina respecto a las prestaciones y salario que le ofrecieron, son justas y en base a la ley?
- ¿Al entrar a trabajar en CAF, tenía alguna expectativa?
- ¿Cómo fue su experiencia trabajando en CAF, en cuanto ambiente laboral, horarios, y su labor como profesionista de la salud?
- ¿Cuáles son sus funciones específicas en su labor en CAF?
- ¿Qué servicios ofrecen?
- ¿Me podría contar cómo es un día en su labor como médico en CAF?
- ¿Cree que en estos consultorios se satisface de buena forma las necesidades de la población?
- ¿La empresa tiene alguna forma de supervisar el trabajo que usted realiza?
- ¿Existen metas de trabajo que cubrir en cierto tiempo?
- ¿Alguna vez se ha sentido presionado por parte de la empresa a realizar alguna actividad?
- ¿Qué lo motivó a estudiar su carrera?
- ¿Para usted que es salud?
- ¿Qué lo motiva o motivaba cada día en su labor en CAF?
- ¿Desea agregar algo más?

*Esta serie de preguntas servirán de guía en la entrevista, no seguirán estrictamente la secuencia y se permitirá a los entrevistados elaborar sus propias respuestas, y el investigador realizará las preguntas necesarias para cubrir los temas de acuerdo con los objetivos de la investigación.

Químicos Farmacobiólogos

1. Para comenzar con la entrevista, ¿Me podría contar sobre tu formación y cuantos años tiene de egresado, si tiene alguna especialidad, etc.?
2. ¿Tiene experiencia laboral? De ser así cuénteme un poco de ella.

3. ¿Cómo fue que se enteró de este empleo y cómo fue su proceso de contratación?
4. ¿Cuánto lleva laborando en los laboratorios?
5. ¿Hasta el momento cuál ha sido su experiencia trabajando en este establecimiento?
6. ¿Cuáles son sus funciones? ¿Considera que corresponden a su formación?
7. ¿Qué opina de la remuneración que recibe de acuerdo con su formación y la labor que desempeña?
8. ¿Ha sentido que su práctica se ve comprometida por algún tipo de presión de parte de las políticas de la empresa?
9. De acuerdo con las políticas de la empresa, ¿hay alguna política que sugiera sugerir algún número o tipo de estudios de laboratorio a los usuarios?, ¿cuál es su postura al respecto?
10. Actualmente el sistema de salud público enfrenta una crisis, ¿cómo considera que los servicios de empresas de este tipo han contribuido a la atención de las necesidades sanitarias de la población?
11. ¿Considera que los servicios privados han afectado a los servicios públicos?
12. En caso de haber laborado en este establecimiento durante los picos altos de la pandemia, ¿cuál cree que fue el papel de estos laboratorios y de ustedes como QFBs ante esta crisis de salud global?
13. ¿Usted cuál cree que sea el principal interés de este establecimiento?
14. ¿Qué entiende por salud?
15. ¿Cuál es el impacto cree que tiene su labor como QFB en la salud de las personas que acuden a usted día con día y en la salud pública en general?
16. ¿Cómo considera que su trabajo impacta en la vida y la salud de las personas y en la salud pública en general?
17. ¿Qué lo motivó para estudiar su carrera? ¿Se mantiene aún esa motivación o ha cambiado?
18. ¿Cree que el sistema puede llegar a modificar estas motivaciones, o incluso a desmotivar al personal de salud?
19. ¿Desea agregar algo más?

*Esta serie de preguntas servirán de guía en la entrevista, no seguirán estrictamente la secuencia y se permitirá a los entrevistados elaborar sus propias respuestas, y el investigador realizará las preguntas necesarias para cubrir los temas de acuerdo con los objetivos de la investigación.

Personal de Farmacia

- ¿Tiene experiencia laboral en el área de la salud? De ser así cuénteme un poco de ella.
- ¿Cómo fue que se enteró de este empleo y cómo fue su proceso de contratación?
- ¿Me podría contar sobre su formación?
- ¿Cuánto lleva laborando en estas farmacias?
- ¿Cómo ha sido su experiencia trabajando en esta farmacia?
- ¿Cuáles son sus funciones? ¿Considera que corresponden a su puesto?
- ¿Qué opina de la remuneración que recibe de acuerdo con la labor que desempeña?
- ¿Ha sentido que su trabajo se ve comprometido por algún tipo de política de la empresa?
- Actualmente enfrentamos un problema grave en cuanto a la automedicación y resistencia de antibióticos a nivel mundial, ¿sabía de este problema?, ¿usted ha identificado problemas acerca de lo anterior en la población que acude a adquirir medicamentos?
- ¿Ha recibido algún tipo de capacitación acerca del despacho de medicamentos, su resguardo o interacciones medicamentosas?
- En caso de haber laborado en estas farmacias durante los picos altos de la pandemia, ¿cuál fue su experiencia trabajando en este establecimiento?
- ¿Usted cuál cree que sea el principal interés de esta farmacia? *
- ¿Qué entiende por salud?

- ¿Cuál considera que es el impacto que este tipo de farmacias tienen en la vida de las personas?
- ¿Desea agregar algo más?

*Esta serie de preguntas servirán de guía en la entrevista, no seguirán estrictamente la secuencia y se permitirá a los entrevistados elaborar sus propias respuestas, y el investigador realizará las preguntas necesarias para cubrir los temas de acuerdo con los objetivos de la investigación.

Usuarios

- ¿Usted está inscrito en algún servicio de salud como IMSS o ISSSTE?
- ¿Acude recurrentemente a atenderse en este lugar (servicio de salud público)?
- ¿Qué opina acerca de la atención en los servicios de salud públicos?
- ¿Cómo ha sido su experiencia al acudir a ellos (servicios de salud públicos)?
- ¿Cree que cubre sus necesidades de una buena manera?
- ¿Me podría decir en qué ocasiones acude a un consultorio de farmacia?
- ¿Qué diferencia hay entre elegir acudir a un consultorio de farmacia, a uno privado y a los servicios públicos de salud?
- ¿Qué diferencias encuentra entre estos servicios, en cuánto precio, cercanía a su hogar, tiempos de espera y la forma en que lo atienden?
- ¿Cómo considera que es la atención en los consultorios de farmacia?
- ¿Cómo ha sido su experiencia al acudir a ellos?
- ¿Cree que este tipo de consultorios cubren sus necesidades? ¿de qué manera?
- ¿Alguna vez ha acudido a algún otro servicio a parte de los consultorios?
- ¿Qué opina en cuanto a que esté una farmacia junto al consultorio médico, cree que hay algún tipo de interés?
- ¿Después de acudir a consulta inmediatamente pasa a la farmacia a comprar los medicamentos, o acude a alguna otra farmacia o sucursal?

- ¿Se encuentra satisfecho con la cantidad de medicamentos que se le recetan y con los precios?
- ¿Cuál ha sido su experiencia en la atención del personal de farmacia?
- ¿Se le brinda información acerca de alguna duda que tenga acerca del medicamento que compra?
- ¿Se ha sentido presionado por comprar algún medicamento o servicios en estos consultorios?
- ¿Desea agregar algo más?

*Esta serie de preguntas servirán de guía en la entrevista, no seguirán estrictamente la secuencia y se permitirá a los entrevistados elaborar sus propias respuestas, y el investigador realizará las preguntas necesarias para cubrir los temas de acuerdo con los objetivos de la investigación.

GUIA DE OBSERVACIÓN DE CAMPO

Fenómeno a observar: Interacciones de los usuarios en la sala de espera de CAF, y en el área de farmacia con el personal.

Aspectos a observar:

- Características de la ubicación geográfica de cada consultorio.
- Aspecto y condiciones de la farmacia y consultorio adyacente tales como distribución de los asientos, tamaño del espacio, presencia de propaganda en las paredes, tiempos de espera.
- Dinámica de llegada de los usuarios a la sala de espera.
- Perfil de los usuarios que acuden a CAF.
- Interacciones entre los mismos usuarios y entre el personal de farmacia.
- Tiempos de espera.

Objetivos de la observación:

- Conocer el contexto geográfico y socioeconómico de la zona en la que se ubica el CAF.
- Conocer si las instalaciones de CAF y farmacia son aptas y tienen las condiciones mínimas para asegurar la comodidad y privacidad de los usuarios.
- Conocer los diálogos a la hora de llegada de cada uno de los usuarios, identificar los aspectos por los cuales deciden quedarse o retirarse del consultorio.
- Identificar el perfil de los usuarios que acuden a cada uno de los distintos consultorios, edad, sexo, y aspecto.
- Conocer las interacciones de usuario a usuario, el tipo de comunicación, si tienen que esperar mucho para la consulta (utilizando como referencia los largos tiempos de espera del sistema de salud público) y que actividades realizan mientras realizan la espera.
- Conocer las interacciones de los usuarios con el personal de farmacia, la dinámica de compra y de ser posible el monto de la compra (se les pedirá de manera atenta a los usuarios poder ver su ticket de compra, en su defecto se pedirá de igual forma nos lo indiquen de manera oral).

Forma de observación: Se realizará mediante observación no participante, con la ayuda de un diario de campo.

GUIA DE TRANSCRIPCIÓN

Reglas de transcripción de entrevistas:

1. Identificación del material de grabación en la carpeta titulada audioEntrevistas de la siguiente manera:
Auent_número de entrevista_iniciales del entrevistador_fecha en formato dd/mm/aa.
Ejemplo: Auent_01_ff_310823

El archivo de transcripción se guardará en la carpeta titulada transEntrevistas de la siguiente manera:

Traentr_número de entrevista_iniciales del entrevistador_fecha en formato dd/mm/aa.

Ejemplo: Traentr_01_ff_110523

2. Se contará con copia de las grabaciones en una memoria USB, además de que se guardarán en la nube a través de la plataforma de Google Drive. Lo anterior para tener un respaldo de las grabaciones por cualquier inconveniente.
3. Se identificará en el texto de la transcripción al investigador que realice la entrevista como "I", mientras que al entrevistado se le identificará como "E". En caso de que haya más de un entrevistado, se le pondrá un número a lado de la letra que le corresponde. Ejemplo: "E2".
4. Para la transcripción se utilizarán los siguientes materiales: computadora, audífonos y el software oTranscribe.
5. El esquema de transcripción será lineal. Ejemplo:
I: Ok. Y, por ejemplo, de acudir al ISSSTE, que es a donde usted va ¿Qué es lo que más le gusta?
E: ¿Del ISSSTE? Pues si yo tuviera la oportunidad de que, de la facilidad de tener la misma facilidad de ir a los similares, podría ser la diferencia que en los similares en un ratito voy y vengo con la consulta y en el ISSSTE a veces duro hasta más de un mes para que me consulten
6. Antes de comenzar la transcripción, se les dará lectura a las notas de campo y se analizarán para entrar en contexto con la entrevista.
7. De igual manera, antes de transcribir la entrevista, se escuchará dos veces la grabación para familiarizarse con el lenguaje empleado, así como con el contenido y facilitar la transcripción.
8. Se elaborará un resumen de la entrevista, donde se pondrá el contexto de la entrevista, es decir, en dónde se realizó la entrevista y datos relevantes del entorno, además de los temas o palabras clave que caracterizan a esa entrevista.
9. Al momento de transcribir se optará por una transcripción no naturalista ya que por la naturaleza de los objetivos de la investigación se priorizará el habla

verbal y se omitirán elementos como las pausas, vocalizaciones involuntarias y el lenguaje no verbal.

10. Al comenzar a transcribir se ignorará el uso de puntuación, uso de minúsculas y mayúsculas, además de aspectos emocionales.
11. Cuando se encuentren partes de audio que no se entiendan, se repetirá esa parte un máximo de tres veces y si después de estos intentos no se logra comprender se indicará en la transcripción como "inaudible".
12. Es importante resaltar que no está permitido el añadir palabras, sólo transcribir lo que se esté 100% seguro que se escuchó en el audio.
13. Se deben ocultar nombres de los entrevistados por medio de seudónimos, así como omitir información que pueda comprometer a los participantes.
14. Al finalizar con la transcripción se procederá con la edición de esta, se comenzará a colocar la puntuación donde se necesite además de las mayúsculas y minúsculas según sea el caso.
15. Se corregirán errores orales de los participantes de la entrevista (entrevistado y entrevistador).
16. Se utilizará la fuente de letra Times New Roman, tamaño 12, interlineado de 1.5 y márgenes de 2.5 cm.
17. Cada transcripción de entrevista contará con un encabezado y un segmento de información que contendrá los siguientes datos: fecha, persona que realizó la entrevista, persona entrevistada o código de identificación de la entrevista, hora, lugar y duración de la entrevista.
18. Cada oración se comenzará con mayúsculas.
19. Se enumerará cada página.
20. Las líneas que correspondan a la del investigador o persona que realiza la entrevista, se resaltará con negritas.
21. Se indicará el inicio y término de la entrevista.
22. Al finalizar con la edición de la transcripción de la entrevista, se comparará el texto resultante con la grabación original y con las notas de campo.
23. Después de esta comparación y validación del contenido se borrarán las grabaciones por temas de confidencialidad.

10.2 Cronograma de actividades

| Actividades | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | Abr-23 | May-23 | Jun-23 | Jul-23 | Ago-23 | Sep-23 | Oct-23 | Nov-23 | Dic-23 | Ene-24 | Feb-24 | Mar-24 | Abr-24 | May-24 | jun-24 | Jul-24 | Ago-24 | Sep-24 |
| Revisión de la literatura | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Redacción del protocolo | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Presentación a comités | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Acceso a campo y primeras entrevistas | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Entrevistas | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Transcripción y organización de información | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Análisis de la información | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Redacción de informe de resultados | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Defensa de tesis | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

10.3 Carta de consentimiento informado.



CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN:



Percepciones y experiencias del personal sanitario, no sanitario y personas usuarias que acuden a los Consultorios Adyacentes a Farmacias

Buen día. Soy la Q.F.B. Fernanda Flores Soria, estudiante de la maestría en Salud Pública, perteneciente a la Facultad de Enfermería y Nutrición de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí, se le esta invitando a participar en este estudio de investigación titulado “Percepciones y experiencias del personal sanitario, no sanitario y personas usuarias que acuden a los Consultorios Adyacentes a Farmacias”.

Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntarme sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto. Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento, de la cual se le entregará una copia firmada y fecha.

Justificación:

Los Consultorios Adyacentes a Farmacia (CAF) llevan un poco más de 25 años en el fragmentado sistema de salud mexicano, forman parte del sector privado y ofrecen consultas ambulatorias a bajo costo. A pesar de que la población cuenta con derechohabencia, hoy en día es muy común que prefieran acudir a servicios de consulta en CAF. Sin embargo, estudios indican que las condiciones de trabajo del personal de salud que labora en ellos son desfavorables. En la última década los CAF han ido creciendo rápidamente en medio de controversias respecto a regulaciones y calidad en la atención por lo que es necesario conocer las experiencias y percepciones tanto de los usuarios como del personal sanitario y no sanitario de CAF.

Objetivos:

General

- Analizar las percepciones y experiencias del personal sanitario y no sanitario que labora en CAF, además de las experiencias de los usuarios que acuden a estos consultorios.

Específicos

- Conocer y describir las percepciones del personal sanitario y no sanitario que labora o laboró en un CAF acerca de las actividades y el impacto que ellos consideran tienen en el diagnóstico de las personas que acuden a un CAF .

- Conocer las experiencias de las personas que acuden o acudieron recientemente y/o con frecuencia a un CAF acerca de la percepción del personal sanitario y no sanitario, la atención que reciben y el significado que le dan a atenderse en este tipo de consultorios.

Procedimiento:

Se le pedirá participar en una entrevista con duración no mayor a 40 min. En caso de que usted lo autorice, la conversación será grabada (audio) con el fin de que la investigadora no pierda ningún

detalle de lo que se conversará. Ya que termine la entrevista, la investigadora principal procederá a transcribirla y en seguida, el audio se eliminará definitivamente de los aparatos electrónicos que lo contuvieran. Su nombre será eliminado de los documentos y se sustituirá con un seudónimo, además, el archivo de la transcripción se guardará con código para no poner su nombre y así salvaguardar la confidencialidad y anonimato de sus datos.

Si se llegará a presentar alguna duda de su parte, puede preguntarle a la investigadora en cualquier momento de la entrevista o inclusive después de ella mediante los datos de contacto de la investigadora, estos se encuentran al final del documento. Si durante la entrevista existe alguna pregunta que le incomode o prefiera no contestar, puede hacerlo saber a la investigadora para que se omita esa pregunta.

Es importante mencionar que dicha investigación es de categoría “sin riesgo”, por lo que no generará algún problema hacia usted.

Beneficios:

Con la información que se obtenga de este estudio, se podrá aumentar el conocimiento existente con relación al sistema de salud privado, la atención que se brinda en ellos, condiciones laborales y esto podría usarse en futuras investigaciones y/o por las instituciones reguladoras.

Costos y remuneraciones:

Usted no tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio. Usted no recibirá pago por su participación, sin embargo, en caso de que requiera trasladarse para la entrevista, la investigadora ofrecerá correr con los gastos que ello suponga.

Confidencialidad:

Los datos personales que usted proporcione están protegidos por la **Ley federal de protección de datos personales en posesión de los particulares**. La información que usted proporciona es completamente confidencial y no se revelará a nadie y sólo se usará con fines de investigación. Su nombre o cualquier otra información personal se eliminarán del expediente de entrevista y sólo se usará un código asociado a su nombre y a sus respuestas para garantizar su anonimato. Es posible que el equipo de la encuesta se vuelva a poner en contacto con usted sólo si es necesario completar la información.

Carácter voluntario:

Su participación es **voluntaria** y usted está en libertad de: aceptar participar, de negarse a responder a cualquier pregunta que se haga, o a retirarse de este estudio en el momento así lo disponga, aún después de haber dado su conformidad. Debe conocer que no habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación o de solicitar su salida del estudio, pudiendo informar o no, las razones de su decisión, la cuál será respetada en su integridad.

Si tiene alguna pregunta acerca de este estudio, puede hacérmela o póngase en contacto con el responsable del estudio. QFB. Fernanda Guadalupe Flores Soria. Facultad de Enfermería y Nutrición, Edificio de Posgrado de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí Av. Niño Artillero #130, Zona Universitaria, C.P. 78240 Tel (444) 312 5852. Correo electrónico: a250271@alumnos.uaslp.mx; ceife.uaslp@gmail.com; o en su defecto comunicarse con el director de tesis Dr. César Padilla Altamira, Investigador Huésped modalidad Posdoctorante, CIESAS-occidente. Correo electrónico: c.padilla.altamira@gmail.com.



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO
DE INVESTIGACIÓN:**

Percepciones y experiencias del personal sanitario, no sanitario y personas usuarias que acuden a los Consultorios Adyacentes a Farmacias



Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior, y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio "Percepciones y experiencias del personal sanitario, no sanitario y personas usuarias que acuden a los Consultorios Adyacentes a Farmacias" pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación.

Voluntario: _____ Firma: _____

Así mismo, autorizo al equipo de investigación a: Usar los datos que se desprendan de los procedimientos de entrevista de la siguiente manera:

| Condición | Firma |
|---|-------|
| Mis datos solo pueden usarse en esta investigación. | _____ |

| | |
|--|-------|
| Mis datos pueden usarse en investigaciones posteriores relacionadas con esta investigación | _____ |
|--|-------|

Esta parte debe ser completada por el Investigador (o su representante): He explicado a _____ la naturaleza y los propósitos de la investigación; acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella. Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Miembro del equipo investigación: _____ Firma: _____



**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN EL ESTUDIO
DE INVESTIGACIÓN:**

Percepciones y experiencias del personal sanitario, no sanitario y personas usuarias que acuden a los Consultorios Adyacentes a Farmacias



Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior, y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio "Percepciones y experiencias del personal sanitario, no sanitario y personas usuarias que acuden a los Consultorios Adyacentes a Farmacias" pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación.

Voluntario: _____ Firma: _____

Así mismo, autorizo al equipo de investigación a: Usar los datos que se desprendan de los procedimientos de entrevista de la siguiente manera:

| Condición | Firma |
|---|-------|
| Mis datos solo pueden usarse en esta investigación. | _____ |

| | |
|--|-------|
| Mis datos pueden usarse en investigaciones posteriores relacionadas con esta investigación | _____ |
|--|-------|

Esta parte debe ser completada por el Investigador (o su representante): He explicado a _____ la naturaleza y los propósitos de la investigación; acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella. Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Miembro del equipo investigación: _____ Firma: _____