

**INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA DE MÉXICO
MAESTRIA EN CIENCIAS
SISTEMAS DE SALUD**

ALUMNA:
MIDIAM IBÁÑEZ CUEVAS

MATRICULA:
2009140306

TESIS:

Los médicos, clientes y empleados de farmacias ante el Acuerdo de
venta de antibióticos exclusivamente con receta médica: estudio
cualitativo en Cuernavaca, México 2011

FECHA DE EXAMEN:
27/AGOSTO/2012

ÍNDICE

Resumen	4
I. Introducción	6
II. Antecedentes	9
<i>II.1 Políticas de salud y uso de antibióticos</i>	9
<i>II.2 Implementación de políticas relacionadas con los medicamentos</i>	11
<i>II.3 El uso de medicamentos en el contexto mexicano</i>	12
III. Planteamiento del problema	16
IV. Pregunta de investigación	19
V. Marco conceptual	19
<i>V.1 Diseño e implementación de políticas de salud</i>	19
<i>V.2 Estudios sobre los conocimientos, actitudes y prácticas</i>	22
VI. Justificación	27
VII. Objetivos	28
<i>VII.1 Objetivo general</i>	28
<i>VII.2 Objetivos específicos</i>	28
VIII. Diseño y Método	29
<i>VIII.1 Tipo de estudio</i>	29
<i>VIII.2 Análisis</i>	30
<i>VIII.3 Criterios de inclusión</i>	31
<i>VIII.4 Comunidades de estudio</i>	32
<i>VIII.5 Trabajo de campo y técnicas de levantamiento de información</i>	33
<i>VIII.6 Análisis de la información</i>	34
IX. Resultados	36

<i>IX.1 Descripción de la muestra de participantes en el estudio</i>	36
<i>IX.2 Los médicos ante el Acuerdo</i>	37
<i>IX. 3 Los empleados de farmacias ante el Acuerdo</i>	47
<i>IX. 4 Los clientes de las farmacias ante el Acuerdo</i>	57
X. Discusión	68
<i>X.1 Conocimientos, actitudes y prácticas de los actores frente al Acuerdo</i>	68
<i>X.2 Barreras y oportunidades identificadas en la implementación del Acuerdo.</i>	70
<i>X.3 Lecciones aprendidas y recomendaciones para políticas</i>	70
<i>X.4 Áreas donde se recomienda mayor investigación</i>	77
<i>X.5 Utilidad de la evidencia encontrada para fortalecer la toma de decisiones</i> .	77
XI. Conclusiones	78
XII. Implicaciones para el diseño e implementación de políticas de salud	79
XIII. Limitaciones del estudio	80
Anexo I. Análisis del foro de discusión del diario el Universal	81
Anexo II. Distribución del grupo de actores	88
Anexo III. Guías de entrevista	89
Anexo IV. Cartas de consentimiento	95
Anexo V. Características Generales de los entrevistados	102
Bibliografía	104

Resumen

Antecedentes: La venta de antibióticos sin receta médica en farmacias había sido permitida en México convirtiéndose en una práctica común relacionada con el uso inadecuado de este grupo de medicamentos. Esta situación cambió con el Acuerdo de venta de antibióticos sólo con receta, que entró en vigor en México en el año 2010. Ante esta nueva disposición, se requieren estudios que generen evidencia sobre cómo los diferentes actores involucrados con su implementación han reaccionado ante ésta política y así contar con herramientas que faciliten su puesta en práctica. **Objetivo:** Identificar cuáles son los conocimientos, las actitudes y las prácticas de médicos, clientes y empleados de farmacias ante la implementación del Acuerdo para la venta de antibióticos con receta médica. **Material y Métodos:** Estudio exploratorio con abordaje cualitativo, utilizando entrevistas semi-estructuradas con médicos, empleados de farmacias y sus clientes en la zona metropolitana de Cuernavaca, Morelos. Las guías de entrevista se basaron en los temas emergentes del análisis de un foro de discusión sobre el Acuerdo, abierto en el sitio web del periódico “El Universal”. **Resultados:** Se realizaron 14 entrevistas para cada grupo de interés, médicos, empleados de farmacias y clientes, entre los meses de agosto y diciembre del 2011. Todos los entrevistados manifestaron conocer la existencia del Acuerdo, sin embargo, pocos demostraron conocimientos sobre los requisitos y condiciones de su implementación. En general, los actores entrevistados manifestaron su aprobación por la medida, argumentando que contribuye a combatir el problema de automedicación. Los clientes mostraron su preocupación por el gasto adicional que ahora implica ir a consulta médica. Algunos médicos cuestionaron el funcionamiento de los consultorios que surgieron anexos a las farmacias y de los bajos precios de las consultas en estos establecimientos. Médicos y empleados manifestaron que han tenido dificultades con clientes que demandan obtener antibióticos, a pesar de que su padecimiento no lo requiere. Los empleados manifestaron que ahora deben revisar las recetas con mayor atención y se preocupan por las multas que podrían imponerles, si no cumplen con los requisitos

del Acuerdo. Algunas farmacias han establecido convenios con médicos cercanos.

Conclusiones: La implementación del Acuerdo parece haber garantizado que la prescripción, venta y adquisición de los antibióticos se realice exclusivamente, con la emisión de una receta médica. Sin embargo, se identificaron algunas barreras en su puesta en práctica. La falta de conocimiento sobre requisitos impuestos por el Acuerdo, el escaso reconocimiento del problema de la resistencia bacteriana y la necesidad de usar adecuadamente los antibióticos (que conlleva a que los clientes continúen demandando estos medicamentos), así como la percepción de una carga económica adicional impuesta a los pacientes por la necesidad de acudir a consulta para obtener la prescripción del antibiótico, podrían actuar como barreras para la implementación del Acuerdo.

I. Introducción

Los medicamentos constituyen elementos importantes en el proceso de atención médica y en el desempeño de los sistemas de salud. De la forma en que éstos se utilicen dependerá el impacto que tendrán los mismos en el estado de salud de la población.¹ Globalmente se estima que más del 50% de todos los medicamentos se recetan, se dispensan o se venden de forma inadecuada.² Esto trae implicaciones para la salud de la población y para los gastos en que incurren las familias y el sistema de salud. El uso inadecuado de antibióticos es particularmente relevante, pues favorece el desarrollo de resistencia antimicrobiana, un grave problema de salud pública.³

En 1985, durante la Conferencia de Expertos en Nairobi, Kenia se reconoció la importancia de la responsabilidad de los políticos, los organismos de reglamentación, la industria farmacéutica, los profesionales de la salud, y de la población en general, en la utilización de los medicamentos.⁴ En esta conferencia también se pactó, a nivel internacional, la definición de uso racional de medicamentos. Esta definición establece que “los pacientes deben recibir el medicamento correcto, la dosis correcta a sus necesidades individuales, durante el tiempo correcto y al menor costo posible para ellos y para la comunidad”.⁴

A partir de la Conferencia de Nairobi, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha recomendado varias acciones para mejorar el uso de los medicamentos y que dichas acciones se integren dentro de una Política Nacional de Medicamentos (PNM). Esto se debe a que los planteamientos parciales pueden dejar problemas importantes sin ser atendidos, y al potencial conflicto que existe entre los tres objetivos centrales de las PNM (garantizar la calidad, acceso y uso racional de los medicamentos).⁵

La OMS señala que “una política farmacéutica nacional es un compromiso con un objetivo y una guía de acción”, la cual da un marco común a los distintos actores involucrados. Así mismo, reconoce que es tan importante el contenido de la política, como sus procesos de formulación e implementación. Este organismo internacional resalta la importancia que tiene la consulta y el debate previo a la implementación de las políticas de salud, en materia de medicamentos, ya que estas políticas afectan a diversos actores de la sociedad. Adicionalmente, enfatiza que fomentar la participación de los diversos actores e incrementar el sentido de propiedad ante la política son acciones relevantes para optimizar su implementación.⁵

A pesar de que, desde el año 1984, se incorporó a la Ley General de Salud⁶ el decreto de prohibir la venta de medicamentos del grupo IV, entre ellos los antibióticos, sin la presentación de la receta médica, la venta de antibióticos siguió permitiéndose en México en todas las farmacias, sin la exigencia de la receta, convirtiéndose en una práctica común relacionada con el uso inadecuado de este grupo de medicamentos. Esta situación cambió con el “Acuerdo por el que se determinan los lineamientos a los que estará sujeta la venta y dispensación de antibióticos”, que entró en vigor en México en el mes de agosto del año 2010.⁷ Dicho Acuerdo surgió fuera de una política farmacéutica nacional y sin previa consulta de la población, lo que generó un gran debate público.⁸ En la actualidad no existe información disponible sobre cómo los distintos actores sociales (clientes, médicos y empleados de farmacias) perciben dicho Acuerdo y cómo han respondido ante él. Esta información es importante para conocer, desde la perspectiva de los actores sociales, cuáles son las oportunidades y las barreras que permitirían la implementación óptima de esta política y poder hacer frente a las nuevas demandas.

La presente investigación exploró los conocimientos, actitudes y prácticas de médicos, clientes y empleados de farmacias con respecto al Acuerdo sobre la

venta de antibióticos, exclusivamente con receta médica, en una muestra seleccionada por conveniencia que permitió la heterogeneidad o diversidad de los informantes seleccionados, en la zona metropolitana de Cuernavaca, Morelos. El documento inicia con una descripción de los antecedentes que condicionaron la formulación y puesta en práctica de esta política. Seguidamente, se realiza el planteamiento del problema y se formula la pregunta de investigación que guió el desarrollo del presente trabajo. Posteriormente, se describe el marco conceptual que sirvió de soporte teórico al estudio. En seguida, se describen la justificación, los objetivos, la metodología utilizada para la investigación, los principales resultados obtenidos y se discuten las principales implicaciones para el diseño e implementación de políticas de salud. Finalmente, se discuten algunas limitaciones del estudio.

II. Antecedentes

II.1 Políticas de salud y uso de medicamentos

La Organización Mundial de la Salud (OMS), señala que uno de los objetivos básicos del sistema de salud es mejorar la salud de la población.⁹ Para lograr este objetivo es importante implementar acciones que se expresen en políticas, programas y proyectos relacionados con distintos componentes del sistema de salud. Un componente central de los sistemas de la salud está relacionado con asegurar el acceso y uso adecuado de insumos para la salud de buena calidad, incluyendo los medicamentos. La gestión de medicamentos en los sistemas de salud incluye numerosos procesos y actores (Industria farmacéutica, comercio de medicamentos, agencias reguladoras, prescriptores, dispensadores y usuarios, entre otros), por lo cual la OMS ha recomendado organizarlos en un marco común de acción como lo es una Política Nacional de Medicamentos (PNM)^a. Uno de los objetivos centrales de la PNM es el **uso racional** de los medicamentos.

La evidencia disponible a nivel internacional señala que más del 50% de los medicamentos se prescriben, dispensan o venden de forma inapropiada, y la mitad de los pacientes no los toman correctamente.² Con la finalidad de mejorar los indicadores de uso racional de los medicamentos, la OMS ha establecido directrices que recomiendan seguir un marco integral y realizar acciones simultáneas tendientes a mejorar la prescripción, la dispensación y la utilización de los mismos. Dos de los problemas más frecuentes relacionados con el uso de los medicamentos son la prescripción médica inadecuada y la autoprescripción.¹⁰

La prescripción médica inadecuada incluye aspectos como tipo de medicamento, dosis o duración del tratamiento no adecuados para un paciente o padecimiento particular. En México, la prescripción médica inadecuada ha sido documentada

^a También llamada Política Farmacéutica Nacional

por diversos estudios donde se han identificado diferentes factores asociados a este fenómeno, los cuales han sido agrupados en cinco categorías: “(1) La tendencia de la educación que fomenta la conducta prescriptiva como el aspecto principal en el tratamiento de los pacientes; (2) errores en el juicio clínico y farmacológico; (3) fuentes poco confiables de información farmacológica acerca de las propiedades e indicaciones de los medicamentos; (4) presión por parte de los pacientes para recibir medicamentos en cada consulta y, finalmente;(5) deficiencias en la educación continua de los médicos”.¹¹

El segundo problema relevante asociado con el uso de medicamentos es la autoprescripción, la cual es entendida como el uso de medicamentos que requieren de receta médica, pero sin contar con ella, La autoprescripción se considera un problema porque el estrecho margen riesgo-beneficio de estos medicamentos requiere de un seguimiento médico.¹⁰ Es importante no confundir la autoprescripción con la *automedicación*, La *automedicación* es entendida como la selección y el uso de medicamentos que no requieren de receta médica para su venta (aquellos de venta libre, también conocidos como “Over the Counter” u OTC) por parte del usuario, para el tratamiento de enfermedades o síntomas reconocidos por él mismo. Para una *automedicación* apropiada se necesita información suficiente sobre indicaciones, dosis y vía de administración, efectos secundarios y contraindicaciones del medicamento.¹² La OMS ha alertado sobre los riesgos del uso inadecuado de los medicamentos, enfatizando la importancia de implementar acciones regulatorias que conduzcan al control de las prácticas de autoprescripción.^{b,12}

^b Es importante resaltar que, de manera cotidiana, no siempre se diferencia entre los términos *automedicación* y *autoprescripción*. De hecho, en México, generalmente sólo se utiliza el término *automedicación* para referirse a ambos procesos, y cuando esto sucede, comúnmente tiene una connotación negativa.

Un esfuerzo particular realizado por organismos de salud multilaterales como la OMS y su instancia regional, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), es el dirigido a mejorar la utilización de los antibióticos. Esto se debe a que una de las consecuencias del mal uso de estos fármacos es la **resistencia bacteriana** que puede expresarse en mayor morbilidad y mortalidad, así como en un mayor costo en el tratamiento de las enfermedades infecciosas bacterianas.¹³ Ante este panorama, en el 2001, la OMS lanzó la Estrategia Mundial para Contener la Resistencia a los Antimicrobianos, instando a los países a integrar, dentro de su PNM, acciones específicas para mejorar el uso de los antibióticos, entre ellas: acciones educativas (dirigidas a médicos, dispensadores y pacientes), gerenciales (guías de práctica clínica y sistemas de vigilancia) y acciones regulatorias, entre las cuales se incluye la venta de antibióticos sólo con receta médica.³ Igualmente, la OMS ha señalado que para tener una estrategia sobresaliente y poder mejorar el uso de los antibióticos, lo óptimo es combinar las diferentes acciones recomendadas, ya que las acciones por separado tienen poco impacto.³

II.2 Implementación de políticas relacionadas con los medicamentos

El boletín de medicamentos esenciales número 27 de la OMS¹⁴, describe la implementación de algunas políticas farmacéuticas en países de África, Asia y América Latina. En algunos de los países tomados como ejemplos, un aspecto esencial en la implementación exitosa de la política farmacéutica fue garantizar la participación de los diferentes actores, y de la comunidad, en la formulación y puesta en práctica de cada una de las iniciativas descritas en el documento. Esta evidencia revela la necesidad de explorar y documentar, para el caso de la iniciativa mexicana, cómo los actores perciben y cuáles son sus reacciones y respuestas ante la implementación del Acuerdo para la venta de antibióticos con receta médica, especialmente, porque en el contexto mexicano no se informó previamente a la población sobre la necesidad de implementar el Acuerdo.

II.3 El uso de medicamentos en el contexto mexicano

México es un país de ingreso medio-alto¹⁵ y representa la segunda economía más grande de América Latina.¹⁶ De acuerdo con el Consejo Nacional para la Evaluación de la Política Desarrollo Social de México (CONEVAL) el número de mexicanos que vive en la pobreza incrementó en 3.2 millones de 2008 a 2010. Esto implica que, actualmente, alrededor de 46.2 por ciento de la población total (52 millones de personas), se encuentra viviendo en condiciones de pobreza.¹⁶

En relación al acceso a los medicamentos, en México como en muchos otros países en desarrollo, la accesibilidad a estos importantes insumos se ha visto obstaculizada de varias formas. Por un lado, el desabasto de medicamentos en las instituciones de salud pública ha sido y es un problema crónico, en particular en los servicios de salud que atienden a la población no asegurada, afectando seriamente la calidad de la atención. Por otra parte, existe un alto gasto de bolsillo en el rubro de medicamentos. Según estimaciones de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), en México, el 80% del gasto en medicamentos puede llegar a ser gasto directo de bolsillo, proporción que es la más alta entre todo los países pertenecientes a esta organización. En los hogares de bajos ingresos, el 60% del gasto total del hogar corresponde al gasto en medicamentos y el 66% del gasto de salud considerado como empobrecedor, es decir, el gasto que empuja a los consumidores por debajo de la línea de pobreza, corresponde al gasto en medicamentos.¹⁷

Otro obstáculo en el acceso a los medicamentos, en el contexto mexicano, está relacionado con los niveles de cobertura que las distintas instituciones públicas de salud ofrecen a la población, lo cual determina el acceso de la población a estas instituciones. En 2010 el CONEVAL reportó que el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) cubría al 28.8% de la población mexicana, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) al 6.9%, y el Sistema de Protección Social de Salud (Seguro Popular) al 30.5%. Adicionalmente, PEMEX, Defensa o Marina cubrían al 0.9% de la población y

1.1% se encontraba afiliado a otras instituciones de salud. Estas cifras revelan que, en el año 2010, el 31.8% de la población mexicana no se encontraba afiliada a ninguna institución de salud.¹⁸

Aunque se han logrado avances significativos en el camino hacia la cobertura universal de salud, los sistemas de seguros públicos de salud (Sistema de Seguridad Social y el Seguro Popular), no han logrado garantizar completamente el acceso a medicamentos, libre de costo para el usuario, al momento de la utilización de los servicios de salud. Esta situación es más evidente para el caso de los servicios hospitalarios, donde sólo el 44% de los usuarios que recibieron una prescripción en los Servicios Estatales de Salud (SESA) en el año 2006 pudieron surtir completamente sus recetas.¹⁹

Así, entre la limitada cobertura de los servicios de salud, el desabasto en medicamentos de las instituciones públicas, el descontento con el funcionamiento de los servicios públicos de salud y las condiciones de pobreza en las que vive una proporción importante de la población, que no permite el pago de servicios privados, la auto atención (incluyendo automedicación y autoprescripción) se ha convertido en la respuesta más importante a la enfermedad, para un sector importante de la población mexicana. De esta forma, las condiciones socioeconómicas constituyen un factor determinante del autocuidado, situación que se manifiesta independientemente de la percepción de la gravedad de los síntomas entre las personas que viven en pobreza y que resulta en alto gasto de bolsillo, la forma más inequitativa de financiamiento de la salud.²⁰

Adicionalmente, la automedicación en México puede representar un problema mayor porque no hay información independiente sobre el uso adecuado de los medicamentos, tampoco se exige la colocación de insertos informativos en los envases o en las etiquetas de los medicamentos, y no hay profesionales farmacéuticos en las farmacias.¹² Junto a este problema, en México también existe

de manera muy frecuente una baja calidad prescriptiva de los médicos en los sectores público y privado.²¹

Sin embargo, aunque han habido esfuerzos para mejorar la calidad prescriptiva en los servicios públicos de salud,^{22,23,24} poco se ha hecho para mejorar la dispensación en las farmacias privadas. De hecho, la regulación de las farmacias no es clara, dividida en varios instrumentos y no se ha garantizado su cumplimiento.¹² Si bien el suplemento de la Farmacopea de los Estados Unidos Mexicanos (FEUM) menciona un escueto código deontológico para profesionales farmacéuticos, no existe una práctica farmacéutica profesional en las farmacias comunitarias de México.²⁵ Contrario a lo que sucede en otros países, por ejemplo España, donde existe un código de Ética y Deontología que obliga a los farmacéuticos al cumplimiento de las normas que se encuentran en este documento, independientemente de las actividades que realicen.²⁶ La situación imperante en México, adicionalmente, brinda espacios para que en la práctica de las farmacias comunitarias se puedan presentar irregularidades o existan conflictos de interés económicos. Dos ejemplos relevantes son:

En primer lugar, si bien la Ley General de Salud (LGS)⁶ en su artículo 226 regula la venta de medicamentos pertenecientes al grupo IV (incluyendo los antibióticos) con prescripción médica, esta regulación no se hacía cumplir con anterioridad a la implementación del Acuerdo para la venta de antibióticos sólo con receta médica. Un argumento que ofrecía la misma Secretaría de Salud para esta situación era que, dada la cobertura insuficiente de servicios de salud, una forma de favorecer el acceso a medicamentos para la población más pobre (que no podía pagar por servicios médicos) era mediante su compra sin receta médica en farmacias.²⁷

En segundo lugar, a pesar de la existencia de La Comisión Federal para la Protección de Riesgos Sanitarios (COFEPRIS) (creada en el 2001), instancia encargada de regular el control y vigilancia de los establecimientos de salud y, a pesar de que esta instancia establece los requisitos y las disposiciones

administrativas para la operación de las farmacias, en México no se ha logrado hacer cumplir debidamente las disposiciones contenidas en el “Suplemento de la Farmacopea” en donde se prohíbe que las farmacias tengan comunicación directa con cualquier establecimiento dedicado a otra actividad por medio de ventanas, puertas o pasillos, incluyendo los consultorios médicos. En este sentido cabe destacar que si bien en México algunas farmacias antes del Acuerdo ya contaban con consultorios médicos dentro de sus instalaciones, luego de la implementación del mismo, un número significativo de farmacias adicionales optaron por colocar consultorios anexos a sus instalaciones, situación que sugiere que no se esté dando cumplimiento a las disposiciones regulatorias antes mencionadas, posiblemente, debido a los grandes incentivos económicos que ha representado para estas farmacias adoptar esta medida.²⁸

Como agravante ante esta situación, es importante resaltar los problemas de acceso a medicamentos e uso inadecuado de los mismos (incluyendo problemas de prescripción y dispensación) que han sido suficientemente documentados en el contexto nacional, en México no existe todavía un documento oficial de PNM, que establezca objetivos y responsabilidades relacionados con el acceso, uso y calidad de los medicamentos.

Aunque en el país desde el 2005, la propuesta de una *Política Farmacéutica Integral para México* indicó como una meta a mediano plazo el exigir la receta médica²⁷, no se habían desarrollado acciones al respecto hasta que, en marzo del 2010, la Secretaría de Salud anunció un Acuerdo Secretarial para hacer cumplir la legislación de venta de antibióticos solamente con receta médica. El argumento principal que se usó para justificar dicho Acuerdo fue que la epidemia de influenza del 2009 evidenció la gravedad de la automedicación con antibióticos y sus consecuencias.²⁹ Además, dada la puesta en marcha del Seguro Popular (política con la cual se ha ampliado sustancialmente la cobertura de seguro de salud para la población anteriormente no asegurada), ya no habría al menos en teoría

razones que frenaran en México el cumplimiento de la regulación de la venta de medicamentos con receta médica.

Sin embargo, dicho Acuerdo surgió fuera de un marco común de PNM; el anuncio de la regulación ocurrió sin una previa campaña de sensibilización al público sobre el tema de uso adecuado de antibióticos, y generó un debate público reflejado en los medios de comunicación.²⁹ La ciudadanía sólo pudo expresar sus opiniones en foros de discusión, en algunos medios de comunicación. La forma de implementación del Acuerdo justifica la importancia de generar evidencia sobre conocimientos, actitudes y prácticas de los diferentes actores en relación a la nueva política.

Contar con esta información documental nos permitirá identificar elementos que pudieron facilitar u obstaculizar la implementación de esta iniciativa. Las lecciones aprendidas de esta experiencia servirán para: 1) señalar áreas en las cuales se necesite más investigación; y 2) informar a los tomadores de decisiones en futuros ejercicios de formulación de políticas de salud, en particular relacionadas con el uso de medicamentos.

III. Planteamiento del problema

El uso inapropiado de medicamentos, incluyendo los antibióticos, tiene importantes consecuencias adversas tanto para la salud de los individuos como para la economía de las familias y de los servicios de salud. En México la prescripción inadecuada es uno de los factores relacionados con el uso irracional de los medicamentos, así como la autoprescripción, favorecida por el limitado acceso a medicamentos y la laxa regulación de las farmacias que ha permitido la compra de medicamentos, incluidos los antibióticos, sin receta médica, aún cuando la LGS exigía la presencia de ésta para su venta.

Los antibióticos son uno de los medicamentos que más se consumen en México. En el 2006 éstos representaban el segundo lugar de las ventas en medicamentos de las farmacias a nivel nacional. Algunos de los problemas que se relacionan con el alto consumo y el consumo inadecuado de estos fármacos son la prescripción médica injustificada de los mismos; la autoprescripción y su dispensación inapropiada en farmacias. Se ha estimado que, antes de la implementación de esta política, alrededor del 40% de los antibióticos se vendían sin receta y que hasta un 80% de las recomendaciones que los empleados de farmacias daban a sus clientes, incluían antibióticos de forma inadecuada.²¹ Esto tiene impacto en el gasto de los pacientes e impone una carga financiera al sistema de salud relacionada con los gastos de atención de las consecuencias negativas del uso irracional o inadecuado de los antibióticos, en particular, la resistencia bacteriana y las reacciones adversas a estos medicamentos.²¹

En octubre del 2009, en el marco de la epidemia de influenza, el secretario de Salud declaró que iniciaría un proceso para regular la venta de antibióticos; esto vinculado con declaraciones oficiales anteriores que relacionaban la muerte de pacientes con influenza con la práctica de automedicación con antibióticos.³⁰ En abril del 2010, se hizo el anuncio oficial de esta medida, publicada después como “Acuerdo por el que se determinan los lineamientos a los que estará sujeta la venta y dispensación de antibióticos”, en el Diario Oficial de la Federación.⁷ En él se establece explícitamente que “la venta y dispensación de antibióticos deberá llevarse a cabo única y exclusivamente contra la exhibición de la receta médica correspondiente”, y que dichas recetas deberán retenerse en las farmacias durante un periodo de 365 días naturales. Adicionalmente, se “instruye a la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), para que, en coordinación con las autoridades sanitarias de las entidades federativas, y en el ámbito de sus respectivas competencias, lleven a cabo la vigilancia de las disposiciones previstas” en el Acuerdo.⁷ Es importante señalar que el anuncio y la formulación del Acuerdo ocurrieron sin acciones previas que sensibilizaran e

informaran oportunamente a los diferentes actores que desempeñarían un papel importante en su puesta en práctica.

El 25 agosto del 2010 inició oficialmente la implementación del Acuerdo, y a partir de septiembre de ese mismo año comenzó a divulgarse material informativo sobre el mismo, a través del sitio en Internet de la COFEPRIS^c el cual estuvo orientado, principalmente, a cuestiones técnicas (por ejemplo, llenado de formatos y recetas). Durante el mes de septiembre, se difundieron spots informativos por radio, televisión e internet, enfocados en los peligros de la automedicación con antibióticos, pero no sensibilizando a la población sobre el uso adecuado de estos medicamentos, y el problema de la resistencia bacteriana. Esta difusión sólo duró unas semanas.

Hasta el momento no se ha documentado cómo es que los principales actores involucrados en la implementación del Acuerdo (médicos, clientes y empleados de farmacias) perciben, han reaccionado y han respondido ante la implementación de esta política. Por esta razón es importante investigar lo que la gente sabe (conocimientos), qué postura toman (actitudes) y lo que hacen (prácticas), a partir de la puesta en práctica del Acuerdo.

Esta investigación se propuso generar evidencia para informar a los diseñadores de políticas de salud en el proceso continuo de la implementación de esta política, y orientarlos en los procesos de formulación de futuras intervenciones y políticas de salud, así como señalar aquellas áreas en las que hace falta mayor investigación.

^c <http://www.cofepris.gob.mx/wb/cfp/antibioticos>

IV. Pregunta de investigación

¿Cuáles son los conocimientos, las actitudes y las prácticas de médicos, clientes y empleados de farmacias, con respecto al Acuerdo sobre la venta de antibióticos exclusivamente con receta médica?

V. Marco conceptual

V.1 Diseño e implementación de políticas de salud

Las políticas públicas pueden entenderse como medidas tomadas por el Estado, en todos sus niveles de gobierno, que tienen por objeto resolver problemas de la población con leyes, normas, reglamentos, etc. Estas medidas deben reflejar la respuesta del Estado a las necesidades de un gran número de personas y “en teoría, estas respuestas coinciden con el interés público”.³¹ La política es definida por Anderson como “Curso de acción seguido por un actor o grupo de actores con el propósito de hacer frente a un problema o situación”.³¹ Para Dye, por otra parte, una política es “Aquello que el gobierno decide hacer o no hacer”.³²

Las políticas tienen importancia directa o indirecta en la vida diaria, afectando las acciones, los comportamientos y las decisiones de la ciudadanía. Éstas pueden normar, fomentar o prohibir conductas que el Estado percibe como riesgosas. En el área de la salud, pueden determinar criterios de seguridad y eficacia de los servicios y abordar cuestiones de regulación, como las que se relacionan con la vacunación, los alimentos y, de particular importancia para este estudio, los medicamentos.³³

Buse y cols. definen las políticas de salud como “Cursos de acción e inacción que afectan a un grupo de instituciones, organizaciones, servicios y al financiamiento

del sistema de salud". Éstas incluyen las políticas del sector público y privado. También deben incluir las acciones de organizaciones fuera del sistema de salud que tienen impacto en la salud de la población.³³

"El objetivo de toda política de salud es producir cambios en los servicios sanitarios, en los hábitos de vida, o en las relaciones con el medio ambiente que mejoren el nivel de salud de la población".³⁴ Sin embargo, una política no es una acción única, sino que se requiere de una serie de tareas reglamentarias que permitan garantizar las condiciones de bienestar de la población. Estas medidas deberían considerar los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen los diferentes actores en relación con la nueva política que se pretende implementar. La implementación se refiere al proceso de poner en práctica las políticas formuladas³³ e involucra la instrumentación de ésta con diferentes herramientas como son la información, subsidios, impuestos, regulación, provisión de servicios, etc. Es frecuente encontrar una brecha entre lo que se planeó y el resultado de la política.

Para entender la implementación de una política y explicar las brechas o vacíos que pudieran existir, es importante conocer la interacción entre la política y los actores afectados por la misma. Para ello, es relevante conocer los conocimientos, actitudes y prácticas que tienen los diferentes actores en relación con la nueva política que se pretende implementar.

Existen dos modelos teóricos para el análisis de la implementación de una política. El primero de ellos, "*top-down*", establece una clara división entre la formulación de la política y la implementación de la misma. En el proceso de implementación los diferentes actores, encargados de poner en práctica la nueva política, realizan acciones definidas por quienes la diseñaron, con base en un grupo de objetivos previamente establecidos.³³ En este modelo, los actores encargados del proceso de implementación y los afectados por la política no tienen la posibilidad de incidir sobre modificaciones en su diseño.

Este modelo sigue el modelo “racional” de la hechura de las políticas y explica la implementación como una actividad técnica, concentrándose en la capacidad del gobierno para establecer ciertas condiciones encaminadas a lograr una implementación adecuada (tal como la existencia de una cadena de mando y la aplicación de incentivos y sanciones para asegurar el cumplimiento).³³ Sin embargo, este modelo ha sido criticado por ser poco realista, en la mayoría de las situaciones, y ofrece escasa utilidad como descripción o guía.³⁵

El segundo modelo para analizar la implementación de las políticas es el denominado “*bottom up*”. Este modelo pone énfasis en la participación de los diferentes actores, no sólo en el proceso de implementación, sino que ofrece la posibilidad de que éstos puedan proveer retroalimentación para modificar o reformar las disposiciones de quienes diseñaron la política.³³ Este último modelo otorga una ventaja en comparación con el modelo “*top-down*” ya que, para la formulación de una política, toma en cuenta la participación de los diferentes actores involucrados en los procesos relacionados con la puesta en práctica de la misma. Es decir, resalta el rol de los “implementadores” en el proceso, permitiendo que éstos puedan cambiar sus objetivos. Un análisis de la implementación de las políticas, siguiendo el modelo “*bottom-up*”, toma en consideración las opiniones de los actores involucrados sobre las posibles intervenciones relevantes, y puede contribuir a re-formular las políticas de tal forma que se acepten con mayor facilidad.

En el presente estudio se optó por analizar la implementación del Acuerdo para la venta de antibióticos con receta siguiendo el modelo “*bottom-up*” ya que éste considera la participación y opiniones de los actores clave responsables de implementar esta política, es decir, los médicos y los empleados de farmacia. Adicionalmente, este estudio toma en cuenta la perspectiva de los pacientes ante la implementación de la política, ya que son el otro grupo de actores sociales afectados por la disposición.

V.2 Estudios sobre los conocimientos, actitudes y prácticas

Los estudios sobre los conocimientos, actitudes y prácticas (KAP, por sus siglas en inglés, *Knowledge, Attitude and Practice*) son evaluaciones que miden cambios en el conocimiento humano, en las actitudes y en las prácticas, en respuesta a una intervención específica, y son útiles para entender las oportunidades y barreras ante la implementación de una intervención.³⁶ Los estudios KAP han sido ampliamente utilizados internacionalmente por más de 40 años para evaluar políticas e intervenciones de salud pública relacionadas con el abasto de agua, saneamiento, planificación familiar y educación para la salud, entre otras intervenciones.³⁶

Los estudios KAP nos orientan sobre cómo los individuos o grupos se sienten acerca de situaciones concretas, lo que saben y cómo actúan. Se concentran en los conocimientos, actitudes y prácticas de un determinado tema y se sugiere llevarlos a cabo antes y después de una intervención, con el fin de evaluar la conveniencia y eficacia de la intervención.³⁷

Los estudios KAP se utilizaron por primera vez en el campo de la planificación familiar y en los estudios de población en la década de 1950. Fueron diseñados para medir el grado de oposición a la idea y la práctica de la planificación familiar, existente entre las diferentes poblaciones, y para proporcionar información sobre los conocimientos, actitudes y prácticas, en relación a este tema. En los años de 1960 y 1970, las entrevistas KAP comenzaron a ser utilizadas para la comprensión de las perspectivas de planificación familiar en África. Un ejemplo interesante es un estudio realizado en Kenia, donde se buscó medir los conocimientos, actitudes y prácticas acerca de la anticoncepción de emergencia. Se encontró que esta opción de anticoncepción era poco conocida, y que las mujeres que necesitaban el método, no serían capaces de conseguirlo, si no estaba disponible de forma gratuita.³⁸

Al mismo tiempo, la cantidad de estudios sobre perspectivas de la comunidad y el comportamiento humano creció rápidamente, en respuesta a las necesidades de atención primaria de la salud, adoptadas por organizaciones internacionales. A partir de este momento, los estudios KAP se establecieron entre las metodologías utilizadas para investigar el comportamiento en salud y hoy en día siguen siendo ampliamente utilizados para obtener información sobre las prácticas en busca del mejoramiento de las condiciones de salud.³⁹

Un estudio KAP es representativo de una determinada población, y recopila información sobre lo que se sabe (conocimientos), la postura (actitudes) y lo que se hace (prácticas), en relación con un determinado tema. En la mayoría de los estudios KAP los datos se recopilan de manera oral por un entrevistador utilizando un cuestionario estandarizado. Estos datos se pueden analizar cuantitativamente o cualitativamente dependiendo de los objetivos y el diseño del estudio. Un estudio KAP puede ser diseñado específicamente para recopilar información acerca de temas relacionados con un tópico en particular, pero también puede incluir preguntas sobre salud en general y creencias.⁴⁰

Algunos investigadores han criticado los estudios KAP ya que estos estudios dan por sentado que los resultados ofrecen información precisa acerca de los conocimientos, actitudes y prácticas, así como que estos resultados pueden ser utilizados para la planeación de programas.³⁹

En los estudios KAP, el componente del conocimiento se utiliza normalmente sólo para evaluar lo que sabe la comunidad sobre los conceptos de salud pública. La investigación de otros tipos de conocimientos, como la cultura, el conocimiento específico de los conceptos y modelos explicativos de la enfermedad, o lo que saben relacionado con los sistemas de salud, por ejemplo, el acceso y la calidad, han sido muy poco abordados.³⁹

En relación a las actitudes, se ha señalado que en los estudios tipo KAP existe el riesgo de falsa generalización de las opiniones y actitudes de un grupo en particular. El hecho de explorar las actitudes en este tipo de estudios ha sido

criticado debido a que los individuos tienden a dar las respuestas que ellos creen que son correctas o, en general, aceptables.³⁹ Sin embargo, existe suficiente evidencia que documenta su utilidad para obtener información relacionada con las actitudes de los individuos hacia políticas y programas de salud.³⁹

Finalmente, un tercer componente de los estudios tipo KAP es la exploración sobre las prácticas relacionadas con la política de salud cuyo proceso de implementación se está evaluando, tratando de explicar la lógica detrás del comportamiento de las personas y los cambios que el mismo experimenta una vez que la política de salud es puesta en práctica.³⁹

En la presente investigación, se decidió hacer un estudio tipo KAP porque esta metodología ha demostrado ser útil para medir los cambios en el conocimiento, en las actitudes y en las prácticas, de los individuos en respuesta a un tema específico. Los estudios KAP ofrecen información de primera mano de los conocimientos, actitudes y prácticas ante la implementación de una intervención específica, como el Acuerdo para la venta de antibióticos con receta médica. También son útiles para identificar las barreras y oportunidades en la implementación de una política en particular.

Para entender qué es lo que está pasando con la implementación del Acuerdo para la venta de antibióticos con receta médica, es relevante tener información de los conocimientos, actitudes y prácticas de los actores involucrados. Para la presente investigación se consideraron los siguientes términos:

Conocimientos. En la teoría del conocimiento de Kant, menciona que éste “está determinado por la intuición y los conceptos distinguiéndose dos tipos: el puro o a priori que se desarrolla antes de la experiencia (estructurado a partir de una serie de principios a priori impuestos por el sujeto que permiten ordenar la experiencia procedente de los sentidos), y el empírico o posteriori el cual es elaborado después de la experiencia”.⁴¹

En esta investigación, se exploraron los conocimientos (puros o a priori y empírico o posteriori) relacionados con el Acuerdo de venta exclusiva de antibióticos con receta médica, en los actores clave seleccionados. Este tipo de exploración nos permitió identificar los conocimientos previos y posteriores a la implementación del Acuerdo, dentro del grupo de actores principales vinculados con la puesta en práctica de la nueva política. Algunos conocimientos explorados con el presente estudio fueron: utilidad y problemas con el uso de antibióticos, conocimiento del Acuerdo, razones que lo justificaron, entre otros. (Ver Figura 1)

Actitudes. Están definidas como “una disposición interna del individuo, respecto a un objeto”. Si bien existen disposiciones temporales, específicas de situaciones particulares, este término se reserva a un estado relativamente estable de una situación a otra; “una actitud es adquirida y tiene algo que ver con todo lo que evoca el objeto: afectos, juicios, intenciones de acción y acciones”.⁴²

Las actitudes son adquiridas y no heredadas; por tanto su desarrollo implica socialización y hábitos. El nivel socio-económico y educacional, la ocupación, el género y la edad, así como las experiencias tienen influencia sobre las actitudes y creencias.⁴³

Las actitudes, para este estudio fueron exploradas a través del valor de los juicios, intenciones de acción y acciones de los principales actores antes y después de esta política. Algunas de las actitudes que nos propusimos identificar en este estudio fueron, importancia de regular la venta de antibióticos, postura ante la implementación del Acuerdo, percepción de afectación o beneficio por la política, etc. (Ver Figura 1)

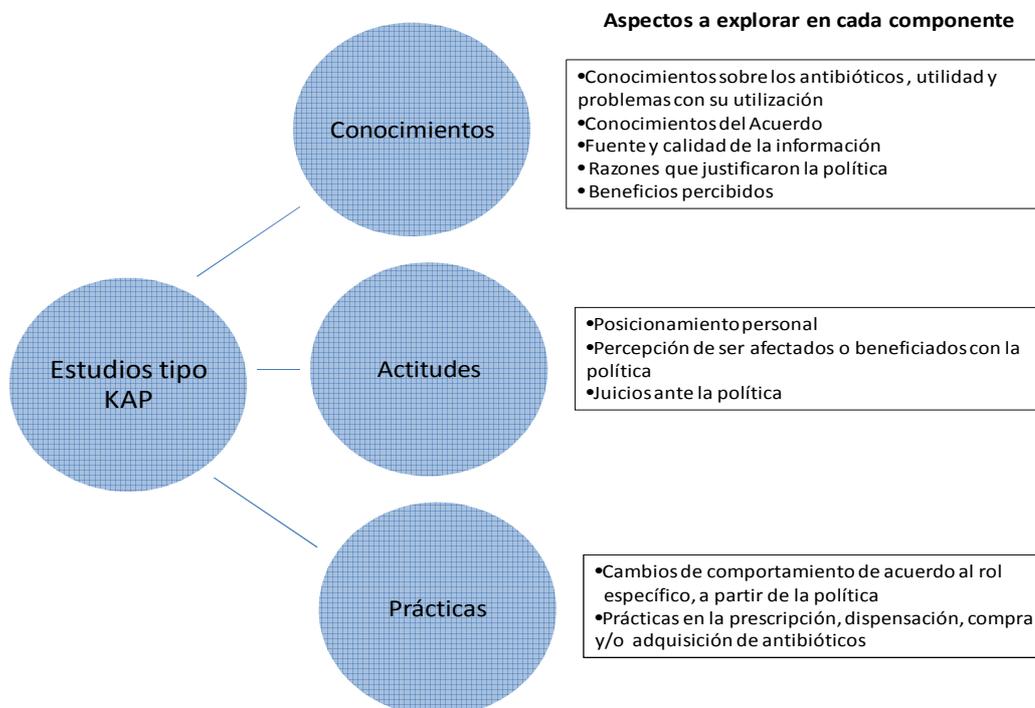
Prácticas. “Las prácticas (componente conductual) representan la objetivación de las actitudes y el conocimiento que se manifiesta mediante la acción de una persona sobre su objeto actitudinal”.⁴⁴ Las prácticas se refieren a la forma en que los individuos demuestran sus conocimientos y actitudes a través de acciones.³⁶

Para este estudio se consideraron las prácticas como acciones que están formadas por comportamientos, procedimientos y reacciones que ocurrieron antes y después del Acuerdo, con relación a la compra o adquisición, venta y prescripción de antibióticos.

Con base en el marco conceptual expuesto y, haciendo énfasis en el modelo “*bottom up*”, la presente investigación aplicó un estudio tipo KAP que exploró los conocimientos, actitudes y prácticas de los diferentes actores clave involucrados en el proceso de implementación del Acuerdo para la venta de antibióticos con receta médica.

La Figura 1 muestra los aspectos específicos que fueron definidos, en esta investigación, para cada uno de los componentes centrales de un estudio tipo KAP.

Figura 1. Marco Analítico



VI. Justificación

Los medicamentos desempeñan funciones importantes en muchos aspectos de la atención a la salud. Si están disponibles, son asequibles, de buena calidad y se usan debidamente, éstos brindan una respuesta rápida, fácil y económicamente eficiente para numerosos padecimientos.^{1,3} Sin embargo, es importante considerar la responsabilidad conjunta de los políticos, los organismos de reglamentación, la industria farmacéutica, los profesionales de la salud y de la población en general frente al tema del uso de los medicamentos, motivo por el cual se recomienda que los diversos objetivos y acciones relacionadas, que persiguen un uso adecuado de los mismos, estén organizadas dentro de una PNM.

Las acciones para impulsar el uso racional de medicamentos que están orientadas únicamente a un objetivo, por ejemplo, limitar la automedicación (como es el caso del Acuerdo en México) sólo pueden mejorar en parte el uso de este grupo de medicamentos. Una de las razones que pueden explicar esta situación es que los consumidores pueden optar por alternativas, como son los centros de distribución informales, para obtener sus medicamentos o bien acudir al médico solamente con la expectativa de recibir una prescripción de antibióticos. Adicionalmente, el paciente puede ser desviado de la automedicación a la prescripción médica inadecuada, la cual frecuentemente utiliza antibióticos de forma excesiva o injustificada. Conocer cómo contribuyen a la implementación del Acuerdo para la venta de antibióticos con receta tanto los consumidores, como el personal de salud que los prescribe y quienes los venden, es decir, médicos y empleados de farmacia, respectivamente, es importante ya que su aceptación o rechazo, podrán influir en que la política alcance su objetivo de mejorar el uso de los antibióticos.

VII. Objetivos

VII.1 Objetivo general

Identificar los conocimientos, las actitudes y las prácticas de médicos, clientes y empleados de farmacias en la zona metropolitana de Cuernavaca, Morelos con respecto al Acuerdo sobre venta de antibióticos con receta médica.

VII.2 Objetivos específicos

1. Explorar los conocimientos que tienen los diversos actores en relación al contenido del Acuerdo, identificando las fuentes de información sobre el mismo, sus opiniones sobre los factores que propiciaron la formulación de esta política, y sus conocimientos sobre las posibles consecuencias del uso inadecuado de los antibióticos.
2. Identificar las actitudes de los principales actores respecto al Acuerdo, explorando los afectos, juicios e intenciones de acción derivados de la implementación de esta nueva política.
3. Identificar las nuevas prácticas que los diversos actores han desarrollado a partir de la implementación del Acuerdo, en cuanto a prescripción, dispensación y compra y/o adquisición de antibióticos.
4. Identificar las principales barreras y oportunidades que permitan mejorar los procesos de implementación de la política.

VIII. Diseño y Método

VIII.1 Tipo de estudio

El presente es un estudio exploratorio con abordaje cualitativo, que permitió realizar una primera aproximación a las reacciones y respuestas que siguieron a la implementación del Acuerdo para la venta exclusiva de antibióticos con receta médica, entre los principales actores involucrados en la puesta en marcha de la disposición (clientes, médicos y empleados de farmacias), en el área metropolitana de la ciudad de Cuernavaca, en el estado de Morelos.

El enfoque cualitativo, es adecuado para este tipo de investigaciones dado que nos permite explorar e identificar significados, experiencias y opiniones de los diferentes actores sociales involucrados en la implementación de una política pública.⁴⁵ Se consideró una aproximación exploratoria, porque no existen investigaciones previas que aborden esta temática. Asimismo, los estudios exploratorios nos permiten familiarizarnos con fenómenos relativamente desconocidos. Este tipo de estudio es común en situaciones donde hay poca información.⁴⁶

La presente investigación describe los conocimientos, actitudes y prácticas que los actores tienen en relación con la nueva política implementada, permitiendo una mejor comprensión del problema de estudio y aportando información relevante que permite identificar áreas donde se requiere una mayor exploración y la formulación de nuevas preguntas de investigación para el diseño de futuras investigaciones en el tema. Se decidió trabajar con tres grupos de actores sociales involucrados en el proceso de implementación del Acuerdo para la venta de antibióticos: médicos, empleados de farmacias y clientes. Se definieron estos tres grupos de actores porque cada uno de ellos, puede jugar un rol diferente en dicho proceso de implementación, o pueden estar siendo afectados por la política.

VIII.2 Análisis

El método utilizado para el análisis de los datos recopilados en esta investigación se basó en el análisis de contenido, el cual permite analizar textos, escritos, grabados, u otra forma de registro.^{47,48,49} El análisis de contenido cualitativo comprende el conjunto de métodos y procedimientos para el análisis de los datos, que pone énfasis en el sentido de las frases, testimonios o textos.⁵⁰ En este método de análisis se definen dos grados de complejidad, uno el descriptivo (donde se pretende dar una imagen fiel de lo que se dice y cómo se actúa) y, en segundo lugar, el interpretativo (se pretende comprender o explicar, rasgos de la vida social que van más allá de los sujetos de estudio).⁵⁰

El análisis de contenido es una presentación descriptiva de los datos cualitativos recolectados a partir de las entrevistas a los sujetos participantes en la investigación, identificando textos que reflejan la experiencia de éstos sobre el tema de estudio.⁵¹ Esta modalidad de análisis se presenta con una marcada exhaustividad y con posibilidades de generalización, siendo objetiva y sistemática.⁵²

En el presente estudio se analizaron: los textos derivados de un Foro público de discusión de un periódico que sirvió como base para la elaboración de las guías de entrevistas (ver Anexo I); así como los textos que corresponden a las transcripciones de las entrevistas realizadas a diversos actores. De esta forma, el método de análisis de contenido cualitativo nos permitió investigar sobre la naturaleza en el contenido de la información que proporcionan los diferentes actores involucrados en la implementación del Acuerdo.

Se realizó un análisis exploratorio a partir de la información recolectada en entrevistas semi-estructuradas que abordaron los tres componentes de los estudios KAP (conocimientos, actitudes y prácticas). La unidad de análisis fueron los testimonios de los médicos, clientes y empleados de las farmacias

seleccionadas en los sitios donde se desarrolló la investigación y que accedieron a participar en la misma. La racionalidad para definir estos tres grupos de actores, se fundamentó en que son los actores que, o bien están directamente vinculados con la ejecución del Acuerdo (médicos y empleados), o cuyos intereses podían verse afectados/modificados con la puesta en marcha de la política, en este caso, los clientes.

VIII.3 Criterios de inclusión

El grupo de participantes para el análisis del presente estudio fue seleccionado por conveniencia, con el propósito de buscar la diversidad de los informantes que fueron seleccionados, en la zona metropolitana de Cuernavaca, Morelos. Adicionalmente, en la selección del grupo de entrevistados se consideró una distribución similar de acuerdo al sexo de los participantes y de acuerdo al papel desempeñado en el tema de estudio. El grupo de entrevistados estuvo, finalmente, conformado por 42 individuos (14 médicos, 14 empleados de farmacias y 14 clientes).

Los médicos participantes se seleccionaron entre aquellos que ofrecían consulta privada general en las áreas seleccionadas (incluyendo consultorios anexos a las farmacias y consultorios privados). Para este tipo de informante, no se definió un tiempo mínimo de antigüedad en el ejercicio de su profesión, por el interés de captar diferencias en la información recolectada de acuerdo a niveles de experiencia variables entre ellos.

En el caso de los empleados de farmacias, se definió que éstos debían tener dos o más años de antigüedad y fueron seleccionados en: 1) Farmacias de cadena (que, a partir del Acuerdo, tenían consultorios médicos anexos), 2) Farmacias de cadena de medicamentos genéricos (también llamadas “similares”, que ya contaban con consultorios anexos antes del acuerdo); y 3) Farmacias independientes, sin consultorios anexos. La razón para establecer el criterio de

inclusión de 2 años de antigüedad, estuvo fundamentada en el interés de entrevistar empleados que se hubieran desempeñado en sus funciones durante un tiempo razonable antes y después de la implementación del Acuerdo, y de esta forma poder captar con mayor precisión los cambios que la nueva disposición ocasionó en la forma en que los mismos realizan sus actividades.

Los clientes participantes en el estudio fueron seleccionados entre aquellos que acudieron a las 26 farmacias que accedieron a participar en el estudio. Fueron identificados primeramente por el vendedor y si cumplían con los criterios de selección de la muestra (es decir, que acudieran a comprar antibióticos en ese momento) se les invitó a participar en el estudio. El Anexo II ilustra la distribución de los participantes en el estudio de acuerdo a tipo de actor, sitio de contacto y distribución por sexo.

VIII.4 Comunidades de estudio

Los sitios seleccionados fueron colonias de la ciudad de Cuernavaca y de su área conurbada. Con el propósito de captar diferencias en los resultados de acuerdo al grado de marginación de las áreas donde se desarrolló el estudio, se decidió incluir tanto colonias pertenecientes a áreas de bajo nivel de marginación como colonias de áreas de alto nivel de marginación, según la clasificación del Consejo Nacional de Población (CONAPO).^d

En las colonias seleccionadas se identificaron las farmacias (de cadenas, similares e independientes) de más fácil acceso geográfico, y que cumplieran con los criterios de inclusión, en las que se realizó una invitación a participar en el estudio al personal de la misma. Se seleccionaron aquellas farmacias donde se obtuvo la

^d Estimaciones del CONAPO con base en el *II Censo de Población y Vivienda 2005*. http://www.conapo.gob.mx/publicaciones/IMU2005/mapas/47-ZM_Cuernavaca.pdf

aceptación a participar en el estudio mediante el consentimiento informado oral por parte del personal que se encontraba laborando al momento de la visita.

Adicionalmente, en las mismas colonias seleccionadas se invito a participar en el estudio a los médicos que laboraban en consultorios privados, tanto aquellos que eran independientes a las farmacias consideradas, como aquellos consultorios que sí estaban vinculados con algunas de estas farmacias. Su participación se garantizó mediante en consentimiento oral. En el caso de los clientes, éstos se invitaron entre los usuarios de las farmacias seleccionadas, y al igual que para los otros actores, previamente se obtuvo el consentimiento informado oral. Los criterios de selección para los clientes fueron la presencia en la farmacia para la compra de antibióticos y los criterios de edad y sexo estipulados anteriormente como parte del diseño del estudio.

Cuadro 1. Colonias seleccionadas según nivel de marginación (CONAPO).

Nivel de marginación	Colonias
Bajo	Buenvista, Las Palmas y Santa María Ahuacatlán.
Alto	Revolución, Ciudad Chapultepec.

VIII.5 Trabajo de campo y técnicas de levantamiento de información

Para el desarrollo de la presente investigación se realizaron entrevistas semi-estructuradas del tipo KAP. Se utilizó una guía de entrevista para cada tipo de actor clave (ver Anexo III). Las guías de entrevistas se diseñaron específicamente para este estudio, tomando en cuenta los conceptos teóricos ya definidos (conocimientos, actitudes y prácticas) y los temas que emergieron en el análisis de

contenido de un foro público de discusión, abierto en el sitio web del diario “El Universal” en el período del 26 de marzo al 30 de diciembre del 2011, el cual sirvió de complemento al presente estudio (ver Anexo I). Con las guías de entrevistas se exploraron diferentes aspectos relevantes para cada componente (ver Figura 1).

Tras la aceptación del protocolo por las comisiones de investigación y ética del Instituto Nacional de Salud Pública, se realizó un estudio piloto que consistió en la aplicación de la guía de entrevista a dos individuos dentro de cada uno de los grupos de actores relevantes (dos médicos, dos clientes y dos empleados de farmacias). Los instrumentos utilizados (guías de entrevistas) fueron probados durante el piloto y no se requirieron ajustes adicionales en los mismos. Estas entrevistas se incluyeron dentro de la muestra de actores que se reportan en este estudio.

Todas las entrevistas fueron realizadas por un mismo miembro del equipo de investigación (alumna de maestría que desarrolló este trabajo de tesis) y se llevaron a cabo en los sitios de contacto de los informantes entrevistados. Para el caso de los empleados de farmacias y clientes, éstos fueron contactados en las farmacias y en el caso de los médicos, fueron contactados en los consultorios donde ofrecían sus consultas, bien fueran en consultorios privados, o en consultorios anexos a las farmacias visitadas.

VIII.6 Análisis de la información

La información fue audiograbada previo consentimiento oral (ver Anexo IV). Las entrevistas fueron transcritas y vaciadas en una matriz de Excel, elaborada específicamente para el análisis de la información recolectada durante la presente investigación. Se realizó la clasificación de la información con los contenidos o componentes temáticos definidos previamente, con el propósito de examinar y describir su contenido, relacionado con los conocimientos, actitudes y prácticas de

médicos, clientes y empleados de farmacias sobre la implementación del Acuerdo para la venta de antibióticos con receta médica.

Una vez clasificada la información, de acuerdo a las tres categorías centrales de nuestro estudio, se procedió a identificar en cada categoría la información específica relacionada con cada uno de los aspectos relevantes definidos en nuestro marco conceptual (ver Figura 1). Durante el análisis se buscaron las recurrencias y coincidencias en cuanto a discursos, opiniones y comportamientos reportados; igualmente, se buscaron las diferencias que ocurrieron tanto entre los tres grupos de actores, como al interior de cada uno de los grupos. De esta información se seleccionaron los testimonios más ilustrativos que documentaban, con mayor claridad, el punto de vista de los entrevistados. Derivados de este análisis, se identificaron las frases, párrafos y textos más representativos.

Seguidamente, se procedió a realizar el proceso de interpretación de los datos, del texto al contexto para de esta forma, captar el significado manifiesto y latente en cada uno de los testimonios. La comprobación de la consistencia y validez de la información recolectada, se realizó por medio de la identificación de los testimonios que fueron ofrecidos de manera reiterativa por los entrevistados y que fueron comunes dentro de cada grupo de actores entrevistados. Así mismo, se consideraron las diferencias entre los diferentes grupos de actores o al interior de los mismos.

IX. Resultados

IX.1 Descripción de la muestra de participantes en el estudio

Se realizaron un total de 42 entrevistas semiestructuradas. El Anexo II muestra la distribución de la muestra de actores entrevistados. Entre los médicos (8/14) eran del sexo masculino. Tenían en promedio 43.5 años de edad y 15.3 años de experiencia laboral. Entre los empleados, (8/14) fueron mujeres con un promedio de edad de 33.4 años. La mayoría (8/14) eran solteros y con nivel preparatoria (9/14). Tenían cuatro años en promedio de experiencia laboral. De los clientes entrevistados, (8/14) fueron mujeres. En promedio tenían 34.6 años de edad, la mitad (7/14) estaban casados y tenía nivel educativo de preparatoria. (Ver Cuadro 2). En el Anexo V, se muestran algunas características de los entrevistados, según el tipo de actor.

Cuadro 2. Características descriptivas de la muestra de análisis

Características	Tipo de actor		
	Médicos (N=14)	Empleados (N=14)	Clientes (N=14)
Sociodemográficas			
Edad (años: promedio)	43.5	33.4	34.6
Sexo (Hombres)	8	6	6
Estado Civil			
Casado	9	4	7
Soltero	4	8	4
Unión Libre	1	2	3
Socioeconómicas			
Localidad de Bajo Nivel de Marginación	6	6	6
Localidad de Alto Nivel de Marginación	8	8	8
Escolaridad			
Primaria	N/A	0	1
Secundaria	N/A	2	4
Preparatoria	N/A	9	7
Licenciatura	14	2	2
Postgrado	0	1	0
Experiencia laboral (años: promedio)	15.3	4	N/A

* Se refiere a la localidad donde fue entrevistado el actor clave

N/A: No aplica

A continuación se describen los principales hallazgos de las entrevistas semiestructuradas realizadas en el presente estudio. Se exponen de acuerdo al tipo de actor y, en cada caso, la exposición de los resultados se estructura en función de los tres niveles de categorías de análisis: conocimientos, actitudes y prácticas. Seguidamente, para cada actor, se incluye una sección donde se resumen las principales barreras y oportunidades para la implementación exitosa del Acuerdo.

IX.2 Los médicos ante el Acuerdo

Entre agosto y diciembre del 2011 se entrevistaron a 14 médicos, con edades entre 27 y 65 años. De los entrevistados, ninguno tenía especialidad y todos ejercían como médicos particulares, 7 ejercían de manera independiente y 7 laboraban en los consultorios anexos a las farmacias que formaron parte del estudio. Todos fueron contactados en su lugar de trabajo. Los entrevistados refirieron estar ejerciendo la medicina durante un tiempo variable que osciló entre 1 mes y 35 años. A pesar de esta diferencia en el tiempo de experiencia en el ejercicio de su profesión, no se identificaron diferencias relevantes en la información que ofrecieron los médicos entrevistados.

IX.2.1 Conocimientos: En la exploración de los conocimientos que tenían los médicos sobre el Acuerdo, en sentido general, éstos refirieron conocer la existencia de la nueva disposición, sin embargo, demostraron desconocimiento sobre los requisitos y condiciones que impone el mismo. Una minoría manifestó haber recibido información sobre el Acuerdo a través de las vías oficiales de comunicación de la Secretaría de Salud, y la mayoría refirió que se enteró del Acuerdo a través de los medios masivos de comunicación, o como consecuencia de la demanda de recetas de sus pacientes.

La mayoría de los médicos reconoció que las razones que justificaron el Acuerdo fueron reducir la resistencia bacteriana, evitar la automedicación, disminuir los efectos adversos de los antibióticos, así como hacer un uso racional de estos fármacos. También manifestaron tener conocimientos sobre las consecuencias negativas del uso inadecuado de los antibióticos (reacciones adversas y resistencia antimicrobiana). A continuación, se presentan algunos testimonios que respaldan los anteriores planteamientos.

Al preguntarles a los médicos si conocían sobre una disposición de venta de antibióticos en farmacias sólo con receta, todos contestaron afirmativamente. Sin embargo, al preguntarles sobre los requisitos y condiciones que tiene este Acuerdo, 4 de ellos respondieron no conocer los requisitos y condiciones que tiene la disposición.

“Pues a nosotros, no nos informaron, no llegó una información así que nos dijera, sabe qué, los requisitos son éstos. Pues hasta donde yo sé hay una norma oficial donde dice que debe tener el nombre del medicamento, el nombre genérico del medicamento, la dosis del medicamento y cuántas grageas puede traer el medicamento y además, que dosis le vamos a dar. Creo que son los puntos más o menos.” (Médico, hombre, 57 años, consulta privada, E09)

La manera en que la mayor parte de los médicos se enteró sobre la implementación del Acuerdo para venta de antibióticos exclusivamente con receta médica fueron los medios masivos de comunicación como la televisión, radio e internet. Sólo uno de ellos dijo haberse enterado exclusivamente por los pacientes.

“Me enteré indirectamente, más que nada por medio de los pacientes que llegaban a solicitar algún antibiótico a la farmacia y no se los vendían, así que les pedí pasaran al consultorio para que les diera la receta y los pudieran comprar.” (Médico, hombre, 63 años, consulta privada, E10)

Este grupo de actores señala que la información que se dio sobre la disposición fue suficiente para los médicos y el personal de salud, en general, pero no para el

público y personas que no tienen conocimientos en el área de la salud, como mencionan dos de los entrevistados: *“Yo creo que es suficiente para los médicos porque el médico lo entiende o los trabajadores de la salud y, no todos, pero aquí el problema va a ser hacerle entender a los que no tienen ninguna relación con la salud.”* (Médico, hombre, 61 años, consulta privada, E08) Otro de los entrevistados señaló que la información fue insuficiente para las personas que no cuentan con formación en el área de la salud. *“para los médicos sí, pero para el público no. Yo creo que es deficiente, porque el paciente no sabe por qué se hizo esa ley [...]”* (Médico, mujer, 27 años, farmacia, E12)

Inclusive, un médico consideró que uno de los elementos que propiciaron la formulación de esta política fue para que la Secretaría de Hacienda y Crédito Público tuviera un mayor control sobre algunos de los actores involucrados *“[...] me imagino que para mayor control sobre la venta de los antibióticos o control de los médicos, me imagino, para que sepan donde están y que los capte Hacienda [que tenga Hacienda un mejor registro y control sobre los médicos que deben pagar impuestos] más que nada por eso.”* (Médico, hombre, 51 años, farmacia, E01) Otro de los médicos mencionó que el Acuerdo se implementó para evitar efectos indeseados del uso indiscriminado de los antibióticos como la autoprescripción (aunque los entrevistados se referían inadecuadamente a este problema utilizando el término de automedicación) y la resistencia bacteriana. *“para evitar la “automedicación” y evitar la resistencia que pueda existir o puedan provocar en las bacterias y en los virus.”* (Médico, hombre, 61 años, consulta privada, E08) Así mismo, 5 de los médicos entrevistados expresaron no saber con certeza cuáles fueron los fundamentos que respaldaron la formulación de esta disposición.

Durante las entrevistas se preguntó a los médicos si conocían los problemas relacionados con el uso de antibióticos. Cerca de la mitad de los médicos entrevistados mencionó a la resistencia bacteriana como un problema relacionado con el uso no racional de los antibióticos. *“pues sí, el mal uso puede dañar [...] pues ya es tanta la resistencia de los gérmenes, que los antibióticos no funcionan.”*

(Médico, hombre, 35 años, farmacia, E07) Algunos médicos señalaron la posibilidad de ocurrencia de reacciones alérgicas, con la administración de antibióticos. *“la ampicilina es uno de los antibióticos muy usados pero que también pueden ocasionar en cualquier momento una reacción alérgica.” (Médico, hombre, 57 años, consulta privada, E09)* Y sólo un médico dijo no conocer los problemas relacionados con el uso de antibióticos (Masculino, 56 años, consulta privada).

Todos los médicos manifestaron que el Acuerdo para la venta de antibióticos con receta médica servirá para reducir la resistencia bacteriana y sus consecuencias. Uno de estos actores reconoce que esto sólo es el primer paso que tiene que dar el sistema de salud mexicano para obtener resultados en el uso adecuado de los antibióticos. *“Es el primer paso para esta medida. Yo siento que sí, es el primer paso, evidentemente el sistema de salud es el que debe también de cambiar, pero son los primeros pasos que se deben seguir.” (Médico, hombre, 32 años, farmacia, E05)*

Así mismo, dos médicos expresaron que esta disposición funcionará a largo plazo como se menciona a continuación. *“A largo plazo puede ser que sí, pero falta educación y hay muchas cosas que van a tener que pasar, por ejemplo, gente que viene y necesita tratamientos y no se los terminan aunque vengan conmigo por cuestiones económicas o porque el mexicano es muy desidioso. Como ya están acostumbrados a ser, tenemos una educación que nos condiciona a estar como estamos, entonces para que esto sea un cambio palpable en las instituciones, estamos hablando de unos treinta, cuarenta o cincuenta años para que eso empiece a verse en una estadística.” (Médico, hombre, 32 años, consulta privada, E02)*

IX.2.2 Actitudes: En la exploración de las actitudes, se identificó, en sentido general, una buena aceptación de la política, sin embargo, algunos médicos manifestaron que como consecuencia del Acuerdo se podría afectar la oferta de consultas de médicos particulares debido a la apertura de nuevos consultorios junto a algunas farmacias. Varios testimonios señalaron que, con la apertura de estos consultorios médicos, ha ocurrido una desvaloración de la práctica médica: Por una parte, puede surgir una presión en el mercado que obligue a bajar los precios de las consultas de los médicos privados y, por otra parte, ofrece espacios para que algunos médicos sean presionados o inducidos por sus pacientes para prescribir determinados medicamentos.

Igualmente, en sus testimonios, los médicos identifican algunas barreras para implementar con éxito esta política, entre ellas: la falta de educación en general de la población, los usos y costumbres de los pacientes con inclinación a la auto prescripción, limitaciones económicas de los pacientes que impediría el acceso a los medicamentos por costos extra que deben afrontar ante esta medida.

Ante la disposición de la venta de antibióticos exclusivamente con receta, todos los médicos se muestran a favor de su implementación. *“Yo estoy de acuerdo, va haber menos resistencia y, en el futuro, con antibióticos más sencillos vamos a poder controlar infecciones comunes [...] ahorita para casi cualquier infección respiratoria, por menor que sea, hay que usar antibióticos potentes para que pueda tener resultado [el tratamiento].” (Médico, hombre, 32 años, consulta privada, E02)*

Todos los médicos entrevistados dicen que el sector más favorecido con esta disposición es la población en general. Sin embargo, uno de los médicos menciona que las farmacias también se verán favorecidas por esta política, debido a que los clientes, aunque deban gestionar primero la receta, siempre tendrán que acudir a las farmacias para adquirir sus antibióticos. Así mismo, dos médicos opinaron que las farmacias son las que salen perdiendo con esta disposición, porque disminuirán sus ganancias con la reducción en la venta de antibióticos.

Sólo uno de ellos mencionó que los pacientes se encuentran en una situación desfavorable por esta disposición, debido a que no todos los clientes tienen la posibilidad económica de pagar una consulta (para adquirir la receta) y, adicionalmente, adquirir el medicamento.

“Yo creo que ganan todos, tanto el médico y el paciente. Obviamente, la farmacia puede perder un poco, porque no vende como antes, porque toda la gente iba y compraba sus medicamentos sin problema, ahí el que podría perder es la farmacia. Tú como paciente ganas obviamente, ya que tienes un tratamiento adecuado, y como médico que lo estás otorgando, también ganas ya que sabes que tu paciente tiene menos riesgos de tener un efecto adverso.” (Médico, mujer, 27 años, farmacia, E12)

Con excepción de uno, los médicos no se identificaron como afectados por esta nueva disposición, y al preguntarles sobre los consultorios que algunas farmacias están abriendo ellos opinaron que los médicos de consulta particular serán los más afectados. *“[...] se les quita mucho trabajo a los particulares, bajó mucho, y sobretodo el costo que pusieron en las farmacias como las “Similares” que baja el costo de la medicina particular.” (Médico, hombre, 51 años, farmacia, E01)*

Al cuestionar a los médicos que trabajan en las farmacias sobre los consultorios que se están habilitando al lado de algunas farmacias, su respuesta fue a favor de esta medida, y sus opiniones parecen estar sesgadas hacia el lugar en que laboran, es decir, sus testimonios dependen del tipo de farmacia donde ofrecen su consulta, como expone el siguiente testimonio. *“[...] depende del consultorio, no voy a entrar en decir nombres, pero aquel consultorio que cobra una consulta, que le pagan un extra por inyección, y que el médico gana por comisión no es algo ético, yo no lo veo ético, yo como paciente voy a aquel consultorio donde la asesoría es gratuita, donde el paciente tiene la posibilidad de elegir sobre un medicamento de patente o genérico o lo que él quiera, él decide, y donde realmente el médico tiene un sueldo fijo. Me parece que puede ser una empresa que crezca muy bien a futuro [...].” (Médico, mujer, 28 años, farmacia, E06)*

Algo a destacar, es cómo estos actores (8/14), incluidos los que laboran en farmacias y los independientes, sienten que la práctica médica está perdiendo valor con la implementación de esta política debido a las acciones que están tomando las farmacias para contrarrestar las pérdidas en sus ventas, otorgando consultas a bajo precio o gratuitas.

“[...] como que a los médicos, a nivel general, les dieron un menor valor. Porque gracias a los consultorios como los de “Similares”, ya los médicos particulares no pueden aumentar el costo [de la consulta], al contrario, tienen que bajarlos precisamente porque toda la gente se va con los de las “Similares”, o con las Farmacias del Ahorro que ya no cobran la consulta. Entonces, los particulares ya no tenemos consulta.” (Médico, hombre, 51 años, farmacia, E01)

IX.2.3 Prácticas: Un hallazgo importante de mostrar es el impacto que en la práctica cotidiana de los médicos ha tenido el Acuerdo, principalmente, en la forma de proceder ante los pacientes que exigen que les receten antibióticos.

En términos de los efectos del Acuerdo en la práctica de los médicos, éstos refieren que en general no han modificado de manera significativa su práctica clínica. Sólo algunos hacen referencia a que deben ser más cuidadosos en el llenado de las recetas, por la mayor información que se exige a partir de la implementación de la política. Adicionalmente, refieren en algunas ocasiones que el Acuerdo obliga a ofrecer la consulta físicamente y que prácticas antiguas, caracterizadas por realizar consultas y prescripciones telefónicas, ya no son viables porque los pacientes requieren obtener la receta y para ellos deben asistir a la consulta.

Adicionalmente, la mayoría refirió haberse visto en la situación de un incremento en las solicitudes de elaboración de recetas por parte de amigos y familiares de manera informal sin acudir a consulta. Un médico incluso reconoció que les facilitó

a sus familiares un recetario en blanco para que ante una necesidad ellos mismos lo llenasen y pudieran adquirir el antibiótico.

Uno de los médicos refiere que su práctica ha cambiado en relación con la elaboración de las recetas, ahora deben tener más cuidado en poner el nombre comercial y la sustancia activa de los antibióticos que están recetando. *“pues de hecho, nada más la formulación de las recetas, que ahora sí hay que escribir cuántas cajitas. En cuanto a la clínica de lo que es una consulta no, nada.”* (Médico, mujer, 30 años, farmacia, E03)

Varios médicos (6/14), dicen que su práctica clínica ha cambiado poco desde la implementación de esta política. Seis de los médicos entrevistados señalan que han cambiado un poco la manera en que otorgan sus recetas, ya que ahora les dan original y copia a los pacientes. Sin embargo, otros médicos (5/14), manifestaron que no han realizado ningún cambio en la expedición de sus recetas, por lo cual podrían estar dejando a los clientes o a los empleados de las farmacias la carga de copiar la receta para que los clientes puedan obtener sus antibióticos, ya que es obligatorio dejar la receta original al momento de la compra de antibióticos

Al referirse sobre las consecuencias en el flujo de pacientes a las consultas, sólo dos médicos, que proporcionaban consulta privada, señalaron que los pacientes habían disminuido. *“pues hora sí que considero más que nada, que en la práctica privada sí ha bajado bastante el número de consultas, [...] determinadas farmacias que dan la opción de orientación médica gratuita, especialmente, no han tenido este problema, es una competencia desleal.”* (Médico, hombre, 63 años, consulta privada, E10) Sin embargo, la mitad de los médicos (incluidos los que trabajan en las farmacias y los que ofrecía consultas privadas) mencionaron un aumento en el número de consultas. *“yo creo que si ya hay más gente, no se pueden comprar lo que ellos quieran, ahora sí acuden más [a las consultas].”* (Médico, mujer, 27 años, farmacia, E04) Únicamente cuatro médicos reportaron que no hay ningún cambio en el número de consultas con la implementación del Acuerdo.

La mayoría de médicos (12/14), manifestaron que los pacientes han llegado a consulta solicitando directamente una receta de antibióticos. Estos actores han tenido dificultades con los pacientes ya que después de la revisión médica, si consideran que el padecimiento no amerita receta de antibióticos, no se les otorga la receta. *“sí, sí muchos pacientes, es lo común, es que me siento mal deme antibiótico, sí, es muy frecuente [...] muchos llegan simplemente para decirte, quiero que me dé antibiótico y por eso vine o hágame la receta aunque no pase [a consulta], pero quiero antibiótico.”* (Médico, mujer, 27 años, consulta privada, E14)

La solicitud de recetas por familiares o amigos de los médicos es una práctica común, y aunque la mayoría de los médicos dijo que no dan recetas sin previo examen físico de los pacientes, algunos de estos actores (3/14) mencionaron que sí les han otorgado recetas a sus familiares, y uno de estos tres médicos inclusive dejó un recetario a su familia. *“Sí, a mi familia, y a la familia de mi esposa, de hecho, nosotros les dejamos un recetario, y la mayor parte de las veces hemos solucionado sus problemas. No solamente de antibióticos, sino de otros medicamentos, por vía telefónica [...] porque, pierden mucho tiempo o no pueden resolver rápido su problema, pero por lo regular me la piden cuando es de noche que no pueden conseguir atención en ese momento, nada más por eso, no es muy frecuente.”* (Médico, hombre, 32 años, consulta privada, E02)

Principales barreras y oportunidades para la implementación del Acuerdo, identificadas en las entrevistas a médicos

Las principales barreras identificadas para la adecuada implementación del Acuerdo para la venta de antibióticos con receta médica son:

- 1) Los médicos perciben que han tenido conflictos con los pacientes debido al hecho de que los pacientes quieren que se les recete antibióticos aún si su padecimiento no requiere de este tipo de fármacos; o bien exigen ser recetados con ciertos antibióticos que ellos consideran necesarios, no los

que los médicos creen ideales para su padecimiento. Esto evidencia los comportamientos arraigados en la población, previo al Acuerdo, que propiciaban la autoprescripción, situación que es muy difícil de revertir por tratarse de prácticas aprendidas a partir de experiencias acumuladas a lo largo de la vida, y favorecidas por la falta de regulación de las farmacias, e incluso por la sobre-prescripción médica de antibióticos. Este hallazgo sugiere que las medidas regulatorias deben complementarse con una campaña educativa intensa que permita informar adecuadamente a la población.

- 2) Algunos médicos refirieron que antes de la implementación del Acuerdo tenían la costumbre de dar consulta y prescribir vía telefónica, sin revisar a los pacientes físicamente. Esta práctica, que en cierta forma parecía facilitar el ejercicio de la medicina en determinadas circunstancias, ahora ya no es viable al menos, en la teoría cuando se requiere la prescripción de un antibiótico, y puede generar cierta inconformidad en el personal médico y sus pacientes.
- 3) Como una de las disposiciones del Acuerdo es que el original de la receta debe quedarse en la farmacia, es necesario que el paciente conserve una copia de la misma, para que pueda seguir las instrucciones de la prescripción. Sin embargo, no todos los médicos escriben las recetas de antibióticos por separado (original y copia), con lo cual transfieren la responsabilidad de copiarlas a los propios pacientes o a los empleados, lo que podría dar lugar a errores de medicación si la copian mal, o bien si no la copian.
- 4) Existe una percepción de desvaloración de la práctica médica, y una disminución en el número de consultas en consultorios particulares, a partir del surgimiento de los consultorios en farmacias.

Algunas oportunidades identificadas en el proceso de implementación de esta política fueron:

- 1) Los médicos consideran que el Acuerdo es buena alternativa para promover el uso adecuado de los antibióticos y reducir la resistencia bacteriana. Esto podría actuar como una oportunidad ya que los médicos están concientizados sobre la necesidad de incentivar el uso racional de estos fármacos.
- 2) Los medios masivos de difusión fueron el canal de comunicación más reconocido por los médicos (más que los comunicados oficiales de la SSa), en la difusión de información sobre el Acuerdo, por lo cual también podrían utilizarse para informar con más detalle las disposiciones de esta nueva política y asimismo sensibilizar sobre el uso adecuado de los antibióticos. Sin embargo, no se debe olvidar que los medios de comunicación masivos también han servido, y sirven en la actualidad, para estimular la automedicación entre la población, por lo cual toda información que utilice este canal de comunicación debería ser regulada y revisada por las instancias pertinentes, para asegurar que generen el efecto deseado.

IX. 3 Los empleados de farmacias ante el Acuerdo

Se entrevistaron a 14 empleados de farmacias, con edades entre 21 y 57 años. De ellos, dos habían concluido la secundaria, nueve refirieron haber terminado la preparatoria, dos la licenciatura y uno contaba con estudios de postgrado. Del total de empleados de farmacia entrevistados la mayoría (10/14) pertenecían a farmacias de cadenas y/o similares y el resto (4/14) pertenecían a farmacias independientes. Todas las farmacias seleccionadas para el estudio se encontraban distribuidas en la ciudad de Cuernavaca y su área conurbada. Los empleados seleccionados en estos sitios fueron contactados en su lugar de

trabajo, luego de obtener el consentimiento informado oral tanto del responsable de la farmacia como de los propios participantes. En la muestra total, 6 de los empleados eran del sexo masculino y 8 del sexo femenino.

IX.3.1 Conocimientos: A manera de resumen, el presente estudio evidenció que los empleados de farmacias, al igual que los médicos, refirieron conocer la existencia de la disposición, no así los requisitos y condiciones. La principal vía por la cual conocieron de la disposición fue a través de los medios de comunicación masiva y en muy pocas ocasiones por comunicados oficiales de la Secretaría de Salud. Los empleados identificaron como principal razón para la formulación del Acuerdo a la necesidad de evitar la autoprescripción con antibióticos, y con ello reducir la incidencia de reacciones adversas y la resistencia bacteriana.

Al preguntarles a los empleados de farmacias si conocían sobre una disposición de venta de antibióticos en farmacias sólo con receta, todos contestaron afirmativamente. Asimismo, al preguntarles sobre los requisitos y condiciones que tiene este Acuerdo, menos de la mitad (6/14) respondieron no conocer los requisitos y condiciones que tiene la disposición. Los que respondieron que sí los conocían, no estaban muy seguros de cuáles eran. *“Si, mira así tal cual conforme a la ley expedida no te lo puedo decir en este momento, pero sé que es con receta médica, y tiene que venir en los requisitos, los datos del doctor completos, la cédula profesional, la fecha, la dirección, firmada, el nombre del medicamento, con patente y con sustancia activa o la sal y deben venir los miligramos, y por cuánto tiempo va a tomarla.” (Empleado, mujer, 25 años, farmacias de cadena de medicamentos genéricos, E10)*

El medio por el que se enteró este grupo de actores sobre la disposición de la venta de antibióticos con receta médica, y que fue mencionado por la mayoría de los empleados de farmacia (8/14) son los medios de comunicación como la radio y televisión. Algunos empleados de farmacia (3/14) dijeron que les llegó un comunicado de la Secretaría de Salud. Uno de ellos dice haberse enterado de la

disposición, porque en la parte posterior de las facturas estaba impresa información sobre la regulación. *“Lo que pasa es que pertenecemos a la franquicia y nos dan cursos, además atrás de las facturas los mayoristas nos informaron [...]”* (Empleado, mujer, 34 años, farmacia de cadena, E06)

Un poco más de la mitad de los empleados de farmacias (8/14), mencionaron que evitar la autoprescripción (“automedicación” según el término utilizado erróneamente por los entrevistados) y así prevenir la resistencia bacteriana, fue uno de los factores que propiciaron la formulación de esta política. *“pues lo que tengo entendido es eso, para evitar la “automedicación”, porque se hacía un uso indiscriminado del antibiótico. Ya muchas personas se estaban haciendo resistentes, a varios antibióticos, porque no consultaban al médico, simplemente iban y compraban X antibiótico, y se lo tomaban, porque sabían que ese les servía pero el virus o la bacteria, iban creando defensas.”* (Empleado, hombre, 37 años, farmacia de cadena, E14)

Al preguntarles sobre cuáles son las consecuencias de consumir antibióticos sin que los recete el médico, (6/14) mencionaron la resistencia bacteriana y (5/14) señalaron las alergias. *“Sí, a veces hay alergias, cuando es alérgico al medicamento. Bueno, son ese tipo de complicaciones, pero aparte si las bacterias o los microorganismos, no sé que son esas cosas que hacen daño al cuerpo, se van haciendo más resistentes conforme van consumiendo [las personas] el antibiótico.”* (Empleado, mujer, 31 años, farmacia independiente, E01)

IX.3.2 Actitudes: Aunque la mayoría de los empleados de farmacias se manifestó a favor del Acuerdo, algunos refirieron su inconformidad con la nueva política, porque disminuían los volúmenes de ventas de antibióticos. Algunos de los empleados de las farmacias manifestó que son los establecimientos que no pertenecen a ninguna cadena, es decir, las farmacias independientes, las que se perjudican con la política, porque los clientes muestran sus preferencias por acudir

a las farmacias que han adaptado un consultorio con un médico para facilitar la expedición de las recetas.

Las principales preocupaciones de los empleados consistieron en la reducción de las ventas que están observando y en las multas o sanciones que se pueden derivar del no cumplimiento de esta disposición. En sentido general, aprueban la apertura de nuevos consultorios en aquellas farmacias que han implementado esta iniciativa.

Respecto a la implementación del Acuerdo para la venta de antibióticos con receta médica, la mayoría (8/14) de los empleados de farmacias se manifiestan a favor de esta política. Por el contrario menos de la mitad (4/14) de los empleados manifiestan no estar de acuerdo con la política porque disminuyen las ventas. *“En desacuerdo, porque sí bajan muchísimo las ventas. Si alguien que quiere ser honesto, que no quiere, o que no se arriesga, más bien a que lo vayan a multar, o eso pues no lo hace, y sí te bajan muchísimo las ventas.”* (Empleado, hombre, 32 años, farmacia independiente, E03)

Desde el punto de vista de la mayoría de los empleados de farmacias (8/14), los que salen ganando con esta disposición, es la población en general. *“pues yo digo que al final de cuentas sale ganando el público en general. Finalmente, ellos lo consideran al contrario, porque ya no pueden comprar el medicamento sin que vayan a consulta, pero al final de cuentas lo comprabas y sin pagar la consulta, pero ya no le servía, porque las bacterias habían creado resistencia. Entonces, finalmente, gastaban dos o tres cajas, y tenían que ir a consulta, eran más gastos.”* (Empleado, hombre, 37 años, farmacia de cadena, E14) Asimismo, algunos de los empleados de farmacias (3/14) consideran que los más beneficiados con esta disposición son los médicos. *“Quien sale ganando son los doctores [...] porque, antes vendíamos más antibióticos así sin receta, y ahora ya no, ahora la gente tiene que traer receta si no, no se vende. Los doctores salen ganando, porque ellos tienen más consultas.”* (Empleado, mujer, 27 años, farmacia de cadena, E09)

Un poco más de la mitad de empleados (8/14) consideran que las farmacias son las que salen perdiendo. Únicamente 2 empleados de farmacia, hacen la distinción sobre las farmacias que no pertenecen a una cadena, y consideran que éstas serían las más afectadas por la política. *“pues aquí salen ganando que será pues no sé, pero perdiendo, yo creo que son los dueños de las farmacias, porque si antes se vendía mucho lo que es el antibiótico que hoy está controlado ya no se vende como antes. Yo vendía unos que será diarios 30, 40 productos de antibióticos ahora ya no los vendo, cuando mucho me llego a vender 10 en todo el día, y sí es que son muchos, y sí me llega mucha gente, pero no se le vende sí no trae receta médica.”* (Empleado, hombre, 36 años, farmacias de cadena de medicamentos genéricos E08)

Dos de los empleados de farmacias están preocupados por la disminución en la venta de antibióticos, porque hay menos clientes, y probablemente puede ocasionar que pierdan su trabajo, ya que se necesitaría menos personal para realizar el trabajo en la farmacia. A uno de ellos le preocupan las multas que esta disposición tendrá en caso de no cumplirla. La mitad de empleados de farmacia entrevistados, dicen no tener ningún tipo de preocupación ante la implementación de esta política. *“No, no me preocupa nada yo creo que para mí la información es clara, me la han dado bien, no tengo ningún problema, yo aquí expendo mis antibióticos, pido las recetas que estén actualizadas, que vengan los miligramos que están pidiendo, y registro en el cuaderno para registro, todo lo que vendo a diario.”* (Empleado, hombre, 57 años, farmacia de cadena, E12)

Casi todos los empleados de farmacias (13/14), están a favor de que estos establecimientos tomaran la decisión de abrir consultorios médicos al lado de algunas farmacias, aún si en la farmacia en que laboran no cuenta con este servicio. *“ Súper bien porque yo tengo un médico. Está muy bien, obviamente ese es un gancho que todos estamos implementando, porque entran los clientes, ‘jes que no traigo la receta!’ así ya pasan, les dan su receta y ya, yo vendo mi producto, mi medicamento es una súper ventaja, y no tener el medicamento solito.”* (Empleado, mujer, 21 años, farmacia de cadena, E04)

IX.3.3 Prácticas: Los empleados de las farmacias refirieron que han tenido que modificar sus prácticas. Antes del Acuerdo, ellos incluso sugerían o recomendaban qué antibiótico comprar a los clientes. Con posterioridad a la implementación de la política, ellos deben vender el antibiótico prescrito por el médico y asegurarse de que las recetas cumplan con los requisitos que se exigen. Adicionalmente, ahora ellos deben orientar a los pacientes en caso de que lleguen sin receta y direccionarlos hacia la consulta del médico de la farmacia, en aquellas que disponen de este servicio. Los empleados refirieron que algunas farmacias independientes han establecido “acuerdos” con médicos privados que beneficia tanto a estos profesionales como a las farmacias.

La mayoría de los empleados de farmacias refieren que los padecimientos para los que compran los clientes antibióticos son, infecciones de la garganta, gastrointestinales y gripas. También (10/14) empleados señalan que uno de los antibióticos más comprado es Ampicilina. El segundo antibiótico que es más comprado por los clientes, según la opinión de los empleados de las farmacias (9/14), es Amoxicilina. En tercer lugar el antibiótico más vendido por los empleados de farmacias (4/14) es Ceftriaxona; y en cuarto lugar es la Penicilina según la opinión de (3/14) empleados. Asimismo, los empleados mencionaron otros antibióticos como el Ciprofloxacino, Cefalexina, Dicloxacilina, entre otros, aunque en una menor frecuencia.

Antes de la implementación de esta nueva disposición, en las farmacias se permitía que los empleados vendieran antibióticos sin ninguna restricción y algunos de ellos, incluso, hacían recomendaciones sobre los posibles medicamentos que podrían comprar los clientes. *“En esos casos yo les recomendaba lo siguiente: primero les preguntaba cuáles eran los síntomas, cuántos días llevaban así, si tenían temperatura, en caso de que la tuvieran, yo les recomendaba un antibiótico. Sinceramente por las ventas, más que nada por las ventas, y porque el mismo cliente llegaba pidiendo un antibiótico.” (Empleado, mujer, 23 años, farmacias de cadena de medicamentos genéricos, E07)*

A partir de la disposición, los empleados de farmacias han recibido instrucciones para modificar su forma de vender los antibióticos, y respetar el Acuerdo para la venta de antibióticos con receta médica. Esto ha generado tener que explicar a los clientes que no es posible vender antibióticos sin que presenten su receta médica. Y ante la negativa algunos clientes se disgustan por no poder adquirir los antibióticos. En diversas ocasiones los clientes manifiestan su enojo con los empleados de las farmacias. *“Se los negamos, porque como nos piden las recetas y todo eso. Les decimos que no se puede vender, que mejor acuda al médico. Y posteriormente venga a comprar el medicamento.”* (Empleado, mujer, 27 años, farmacia de cadena, E09)

Adicionalmente, durante el desarrollo de la presente investigación y con base en lo referido por los empleados de farmacias entrevistados, se pudo identificar que existen diferencias en las prácticas de estos actores al momento de expedir los antibióticos; esto depende de si el cliente compra todos los antibióticos indicados en la receta, o si sólo compra una parte de los antibióticos indicados por el médico. De esta forma, al momento en que se presenta un cliente para comprar antibióticos, y no compra todo lo indicado en la receta, el empleado de farmacia tiene ciertas acciones extras como sellar la receta, anotar qué cantidad de antibiótico se le está entregando, y poder justificar la venta del antibiótico. Con estas acciones el cliente podrá comprar el resto del antibiótico recetado en otro momento y la farmacia a la que asista sabrá cuánto antibiótico falta por ser surtido. Por otro lado está el caso de los clientes que surten la receta por completo, en quienes los empleados sólo revisan que la receta cumpla con los requerimientos establecidos en el Acuerdo, anotan la venta en una libreta dispuesta para este control y retienen la receta.

“Lo primero que hago veo la receta y qué tanto quiere y si son, por ejemplo dos cajas, les doy el precio de cada una y pregunto si va a querer el tratamiento completo o nada más quiere una caja, porque a veces no traen el dinero para dos cajas y les urge empezar el tratamiento. Si dice que quiere sólo una caja, tengo que recoger y sellarle su receta y poner los datos en un libro de control en el que

llevamos la fecha del día, fecha en que yo recibí el medicamento, qué medicamento, de cuánto es, cuántos miligramos, nombre del médico, teléfono del doctor, dirección del doctor, cédula profesional, y todo eso. Después, entrego su receta sellada y aparte de sellada, dice ahí una caja con 20 cápsulas por así decirlo, para cuando llegue a otra farmacia ya saben cuánto le falta por surtir. Si quiere las dos cajas tengo que recogerle la receta, pero algunos médicos no les dan copia, tengo que mandar a alguien, o yo ir, saliendo a correr a sacarle una copia, para llevarle una copia y él [cliente] pueda saber cada cuánto o determinadas horas se lo tiene que tomar.” (Empleado, hombre, 32 años, farmacia independiente, E03)

La mayoría de los empleados de farmacias (11/14) se han enfrentado a que algunos clientes presentan recetas que no cumplen con los requisitos establecidos en el Acuerdo, y tienen que informar que no se les puede vender el antibiótico aunque los clientes se molesten, sobre todo por temor a las multas que se podrían ocasionar por vender los antibióticos sin receta. *“Sí, yo he tenido problemas con los clientes, por ejemplo, sí, de repente llega uno que no trae la receta original con la copia, y no te quiere dar la original o de repente te dicen que no te la dan porque se la van a llevar a Estados Unidos. O puede ser que no viene la cédula del médico en la receta o no viene la firma del médico, entonces, no podemos venderla aunque viene casi todo, uno no se arriesga. Porque bueno dijeras es una multa pequeña, si es un detalle pequeño pues lo puedo hacer, pero ese tipo de multas es como cerrarte el negocio.” (Empleado, hombre, 32 años, farmacia independiente, E03)*

Cuando un paciente llega a la farmacia solicitando antibióticos y no trae su receta las farmacias que cuentan con servicio médico les sugieren pasar a consulta. *“pues decirle que no se lo puedo vender y lo invitamos a que pase a la orientación médica y pues ya depende de él si quiere pasar y después venir a comprarlo o no.” (Empleado, mujer, 25 años, farmacias de cadena de medicamentos genéricos, E10)* Para el caso de farmacias que no cuentan con este servicio un empleado refirió que, en esa situación, recomienda algo que pueda ayudar a

disminuir su sintomatología sin que sea un antibiótico o sólo se limitan a decir que no se puede vender. “[...] yo le ofrezco algo que le pueda ayudar pero si ya trae demasiada infección yo ya no le puedo dar un antibiótico que le sirva, yo le sugiero que vaya al médico y que le hagan una receta.” (Empleado, hombre, 36 años, farmacias de cadena de medicamentos genéricos, E08)

Los empleados de farmacia señalan que al principio de la implementación del Acuerdo para la venta de antibióticos con receta, la molestia en los clientes era generalizada. Al paso del tiempo, los que siguen presentando una actitud de molestia ante esta disposición son, en primer lugar, los hombres (6/14), en segundo lugar los adultos mayores (5/14) y, por último, las mujeres (3/14). “pues es que son todos en general pero a lo mejor existe una tendencia más a la gente mayor que de alguna forma ya tenía la costumbre de comprar antibióticos sin receta.” (Empleado, hombre, 34 años, farmacias de cadena de medicamentos genéricos, E13)

Una situación a destacar, son las acciones que están tomando las farmacias que no cuentan con servicio de consulta, y los médicos que trabajan de manera privada. Los médicos privados están haciendo redes, con algunas farmacias para enviar a sus pacientes a surtir su receta en estos establecimientos. Y, por otra parte, las farmacias envían a los clientes que no tienen receta con estos médicos. Estas acciones podrían servir para contrarrestar la iniciativa que tomaron algunas farmacias de abrir consultorios al lado de sus instalaciones, y así poder disminuir las pérdidas en sus ventas por no poder vender los antibióticos sin receta. “[...] la ventaja que tengo es que los médicos nos apoyan, como no tenemos médico. Todos los médicos odian las farmacias que tienen médico, entonces nos mandan a nosotros a los clientes con las recetas o a las farmacias que no tienen médico, pero así, como que muchas ventajas nada más le veo lo de controlar el uso del antibiótico [...]” (Empleado, hombre, 32 años, farmacia independiente, E03)

Principales barreras y oportunidades para la implementación del Acuerdo, identificadas en las entrevistas a los empleados de farmacias

Las principales barreras para la implementación del Acuerdo identificadas a partir de las entrevistas con los empleados de farmacias son:

- 1) Los empleados de farmacia se muestran preocupados ante la disminución en las ventas y en las ganancias de estos establecimientos, particularmente en aquellos sin consultorios médicos anexos. Esto evidencia como la venta de antibióticos sin receta médica brindaba ganancias importantes a este tipo de establecimientos.
- 2) Los empleados de farmacia refirieron que aunque ha disminuido el conflicto generado con sus clientes en torno a la venta de antibióticos sólo con receta, éste todavía persiste. Este conflicto surge de que la población no tiene información sobre el Acuerdo o ésta es insuficiente; y también debido a que las recetas que emiten los médicos no cumplen con todos los requisitos necesarios o no se emiten con copia. Esta situación deja ver las deficiencias de la implementación del Acuerdo y que para una buena ejecución es necesario informar a los diferentes actores que se verán involucrados en la puesta en práctica de esta política. La evidencia encontrada en el presente estudio demuestra que la desinformación de la población y de los médicos, sobre las disposiciones del Acuerdo, está generando conflictos para las farmacias, al momento de la venta de los antibióticos. Por otro lado, algunos los empleados reconocen que la molestia de sus clientes también tiene que ver con que muchos de ellos no pueden acceder con facilidad a los servicios médicos y así poder obtener una receta médica.

Algunas oportunidades para el proceso de implementación de esta política, identificados en las entrevistas a los empleados de farmacias son:

- 1) El presente estudio permitió identificar la existencia de diversos canales de comunicación, para la difusión de los requerimientos que establece el Acuerdo. Entre estos canales podemos mencionar a los medios masivos, comunicados de la SSA, franquicias de farmacias y distribuidores mayoristas.
- 2) Con este Acuerdo los empleados de farmacias han recibido capacitación para atender mejor a sus clientes y prestan más atención en lo que está escrito en la receta.
- 3) Al parecer, la puesta en práctica del Acuerdo ha permitido que los empleados se enfoquen más a las funciones que deben desempeñar en el proceso de dispensación o venta de los antibióticos, reservando la responsabilidad de elección y prescripción de los antibióticos a los médicos, quienes se supone deben poseer el conocimiento y la información necesaria para poder realizar esta actividad de manera adecuada.

IX. 4 Los clientes de las farmacias ante el Acuerdo

Se entrevistaron 14 clientes en las farmacias seleccionadas en el estudio, con edades entre 22 y 48 años. De ellos, uno contaba con primaria, (4/14) habían culminado la secundaria, (7/14) contaban con preparatoria concluida y (2/14) habían terminado la licenciatura. De la muestra total, (8/14) clientes entrevistados eran del sexo femenino. Todos fueron contactados en las instalaciones de las farmacias donde previamente habíamos obtenido el consentimiento oral por parte de los empleados de dichos establecimientos.

IX.4.1 Conocimientos: En relación a la exploración de los conocimientos que sobre el Acuerdo tuvieron los clientes entrevistados, se identificó que en su totalidad estos actores manifestaron conocer la existencia de la nueva política, sin embargo, en sentido general, desconocían los requisitos y condiciones que establece el Acuerdo. Algunos clientes manifestaron su inconformidad con la política, refiriendo que incrementa sus gastos en salud por tener que enfrentar ahora el costo de las consultas médicas para recibir la receta. Adicionalmente, aunque los clientes refirieron que tuvieron conocimiento del Acuerdo a través de los principales medios de comunicación masiva, algunos manifestaron que esta información resultó insuficiente. Un hallazgo interesante resultó ser que la mayoría de los clientes sí reconoce que el uso inadecuado de estos medicamentos puede ocasionar que éstos no sean eficaces.

Al preguntar a los clientes si sabían sobre una disposición de venta de antibióticos en farmacias sólo con receta, todos contestaron afirmativamente. Asimismo, al preguntarles sobre su opinión de las exigencias que tiene esta disposición todos manifestaron su aprobación, porque así se evita la autoprescripción. *“pues por una parte está bien, porque como uno no sabe, nada más se “automedica”, y así se toma una medicina que uno no sabe, por eso luego se intoxican o les pasan otras cosas, después de tomar medicina que no debe uno de tomar y que no es recetada por el médico. Ellos nos deben de recetar la medicina.”* (Cliente, mujer, 44 años, E13)

Algunos clientes (3/14) no estuvieron de acuerdo con la disposición porque tenían que gastar en consultas cada vez que se presenta un evento de enfermedad. *“[...] Bueno a mí se me hace difícil, porque luego digamos, yo tengo una receta anterior, y mi hijo se enferma de lo mismo que la ocasión anterior, y para comprar esa misma receta tengo que ir al doctor. Para que me la vuelvan a recetar, entonces así haces gasto de médico y haces gasto de medicina.”* (Cliente, mujer, 48 años, E02)

Para los clientes de las farmacias, la principal fuente de información sobre el Acuerdo fueron los medios masivos de comunicación. Algunos de estos actores, (5/14) consideró que la información otorgada sobre esta política fue insuficiente. *“No se dio mucha información. Simplemente dijeron que era para que la gente no se auto medicara, y pasaran accidentes [...]”* (Cliente, mujer, 48 años, E02)

La mitad de los clientes consideraron que la finalidad que tuvo el Estado para la formulación de esta disposición fue evitar la autoprescripción, y sobre todo que las personas no compliquen más su padecimiento. *“[...] La gente los compra, sin saber lo que están consumiendo realmente, solamente porque alguno te recomienda, te dice que tuvo un padecimiento similar, te lo recomienda, vas y te “automedicas” [...]”* (Cliente, hombre, 22 años, E08) Uno de los clientes comentó que la finalidad del Estado para la formulación de esta política es evitar que las personas utilicen estos medicamentos para drogarse. Algunos (3/14) también comentaron que así se evita la mutación de los microorganismos que causan las enfermedades y el mal uso de los antibióticos.

Más de la mitad de los clientes (8/14) no saben cuáles son los problemas relacionados con el uso de los antibióticos, sin que los prescriba el médico. Sin embargo, tres de ellos mencionaron que una de las consecuencias de consumir antibióticos, sin que los recete el médico, son las alergias. *“hay ocasiones que compramos medicina y a lo mejor, eres alérgico a alguna medicina o algo y no lo sabes hasta que ya te hizo daño.”* (Cliente, mujer, 27 años, E03)

A la mayoría de los clientes (11/14) les queda claro que el uso inadecuado de los antibióticos puede ocasionar que éstos no funcionen de manera eficaz, pero la mayoría no conocían cuáles son las consecuencias de la autoprescripción y del uso inadecuado de los antibióticos. *“no sabemos las reacciones que nuestro cuerpo va a tener y se supone que por eso el doctor te receta lo mejor para tu cuerpo.”* (Cliente, mujer, 27 años, E03)

IX.4.2 Actitudes: Cuando se indagó sobre las actitudes de los clientes ante la implementación del Acuerdo, la mayoría de los entrevistados (10/14) se manifestó a favor del Acuerdo, y reconocieron que es una medida que persigue reducir la autoprescripción. Los clientes entrevistados refirieron que ésta es una medida que beneficia a la población porque evitará el consumo de estos medicamentos sin que los recete el médico, reduciendo la ocurrencia de reacciones adversas y, en sentido general, exigirá que los individuos, ante un problema de salud, sean más responsables de los fármacos que consumen.

Durante las entrevistas a estos actores, los clientes mostraron preocupación por las consecuencias de esta medida sobre el gasto privado en salud debido a que ahora deben gastar en consultas y, adicionalmente, se manifestaron preocupados por el riesgo de que en situaciones de emergencia, no tengan acceso a una consulta que le permita adquirir prontamente la receta para el antibiótico que necesiten. A pesar de toda la información que se ha ofrecido sobre las razones de implementar esta política, la mayoría de los clientes manifestaron que, de retirarse la medida, ellos volverían a sus prácticas de autoprescripción, lo que claramente evidencia que no se ha logrado el cambio de actitud en los usuarios.

Todos los clientes manifestaron estar a favor de la implementación del Acuerdo para la venta de antibióticos con receta médica. Tres de ellos, argumentaron que la nueva política ayuda a evitar que las personas se autoprescriban. Asimismo, dos clientes dijeron estar de acuerdo, porque de alguna manera esta restricción los fuerza a consultar al médico. *“Sí estoy de acuerdo, porque de alguna forma nos obligan a ir al doctor. Porque muchas veces no vamos por falta de, no sé, simplemente por no querer ir.” (Cliente, mujer, 27 años, E03)*

La mayoría de los clientes, (8/14) dicen que los más beneficiados con esta política son los ciudadanos en general, porque serán más responsables de lo que consumen, habrá mayor control de los antibióticos, y sobre todo, ya no podrán consumir estos fármacos sin que los recete el médico. *“pues yo creo que todos salimos ganando. Tanto nosotros, nos hacemos responsables de realmente ir al*

doctor, para que nos medique tal cual son las cosas.” (Cliente, mujer, 32 años, E10)

Sin embargo, uno de los clientes mencionó que los más beneficiados con esta disposición son los médicos, ya que ahora se tiene que ir a consulta si se quiere comprar un antibiótico. También, dos de los clientes señalaron que los más favorecidos con esta disposición son las farmacias, porque siguen vendiendo los antibióticos con cada evento de enfermedad. *“[...] salen ganando las farmacias, porque de todas maneras tienes que comprar el medicamento para curarte. Pues, lo tienes que comprar y la farmacia no va a decir, te lo doy a la fuerza, entonces ellos salen ganando. Sí uno va y compra, y compra, y uno no se alivia. De todas maneras vas y compras, y compras, entonces también salen ganando ellos.” (Cliente, mujer, 48 años, E02)*

Aún cuando los clientes estuvieron conscientes de los beneficios que representa esta política, uno de ellos, mostró preocupación por el gasto extra que representa acudir a consulta y después comprar el antibiótico. Otro cliente estuvo preocupado porque los médicos subieran el precio de su consulta. *“pues sí me preocupa en la cuestión económica. Muchas veces los médicos, por esta misma situación, aumentan su costo en la consulta, y eso haría también que la gente viera más reducida su economía, y que descuide más su salud.” (Cliente, mujer, 48 años, E01)* Otro cliente mencionó que, en caso de emergencia, los centros de salud están cerrados, o saturados y las personas no pueden acceder a consulta para resolver su padecimiento, incluso, señaló usos no establecidos de los antibióticos como, por ejemplo, para bajar la fiebre de los pacientes. *“pues sí, en una emergencia [...] tiene que ir a un doctor particular porque luego los centros de salud están cerrados, las urgencias están muy saturadas, y todo eso entonces uno dice, bueno voy y le compro aunque sea algo para que se le quite la gripa, la calentura, por lo menos mientras la llevo al doctor y si no te lo venden ¿qué haces?, sí hay otras formas de bajar la calentura, pero no por mucho tiempo. Como el cuerpo ya está enfermo pues tienes que ir al doctor.” (Cliente, mujer, 48 años, E02)*

Referente a los consultorios que algunas farmacias están abriendo, poco menos de la mitad de los clientes (6/14) los ven como una buena opción ante la implementación del Acuerdo para la venta de antibióticos con receta, ya que en estos consultorios las consultas son baratas, y en algunos casos éstas no tienen un precio. Además, los tiempos de espera son menores. *“pues está bien, porque son donde cobran barato, y las medicinas también son de bajo costo. Sí acudiría, a veces, si tienes servicio médico del ISSSTE o del IMSS son largas colas, mucho papeleo y ahí pues rápido te atienden.”* (Cliente, mujer, 39 años, E04)

Ante la limitante de comprar a libre demanda los antibióticos, más de la mitad de los clientes entrevistados (9/14) reconocieron que ya no podría ser posible comprar sin prescripción los antibióticos y que tendrán que acudir a consulta en caso de requerir un medicamento de este tipo. Sin embargo, casi la misma cantidad de los clientes, (10/14) al preguntarles qué harían si se eliminara esta disposición, expresaron que volverían a sus mismos hábitos de autoprescripción. *“[...] pues volvería a lo mismo, ya no tendría que ir al doctor. ¡Ah! esto es lo que me funciona. Porque regularmente ya sabes lo que necesitas.”* (Cliente, mujer, 39 años, E04)

Es de resaltar que aún cuando en las entrevistas con los empleados de las farmacias todos comentaron que no venden los antibióticos sin receta, uno de los clientes mencionó que en algunas farmacias se pueden conseguir los antibióticos sin presentar la receta. *“[...] Muchas veces no te la venden, otras farmacias cómo las de acá. Ahí, sí te las pueden vender más o menos, no sé si dices, que es urgente o algo así, te la pueden vender, aunque no llesves la receta. Yo no lo he hecho, pero sí he sabido. Yo no lo he hecho porque ya voy al doctor.”* (Cliente, mujer, 48 años, E02)

IX.4.3 Prácticas: Cuando se indagó sobre los cambios que en las prácticas de estos actores ha tenido la implementación de la nueva política, casi la totalidad de los clientes manifestó que, en alguna ocasión, había comprado antibióticos sin receta médica en el pasado. Argumentaron que, en esas circunstancias, ya conocían el antibiótico que les recetaría el doctor. Sin embargo, una vez implementado el Acuerdo, estos clientes han tenido que acudir a una consulta para poder obtener su prescripción de antibióticos.

La principal enfermedad que mencionaron (7/14) clientes, para la que utilizan antibióticos es la infección en la garganta. Seguidamente, (4/14) mencionan gripa y, por último, (2/14) mencionan las diarreas. *“Para padecimientos muy sencillos. Como calentura, una fiebre, una gripe, una tos.” (Cliente, hombre, 42 años, E07)*

Antes de que se implementara el Acuerdo para la venta de antibióticos, sólo con receta médica, casi todos de los clientes (13/14) compraron alguna vez antibióticos sin receta. Una de las principales razones que dan estos actores (7/14), es que ya sabían qué antibióticos les receta el médico. *“Sí, para lo mismo, de las mismas gripas. Para la enfermedad que tuviese, digamos, si tenía gripa ¡ah! ésta es la que necesita, o la calentura ¡ah! ésta es la que le funciona. Porque digamos sí, ya lo habías llevado [...] anteriormente al doctor. Ya sabías lo que necesitabas según uno.” (Cliente, mujer, 39 años, E04)* Un comentario a destacar, es que la televisión informa a las personas lo que pueden tomar para sus enfermedades, y con esta información es como deciden que autoprescribirse. *“[...] La misma televisión, luego te los está nombrando. Y tú vas y compras, por ejemplo, para una fiebre vas y equis marca que anuncian, vas y compras.” (Cliente, hombre, 42 años, E07)*

Con el Acuerdo para la venta de antibióticos sólo con receta médica, los clientes que han tenido que comprar estos medicamentos, previamente tuvieron que acudir con un médico para poder obtener su receta, y de esta forma obtener con facilidad sus antibióticos. *“Sí, simplemente con la receta que me extiende el doctor, se me vende automáticamente.” (Cliente, hombre, 39 años, E05)*

La mayoría de los clientes (11/14) están utilizando los consultorios que se encuentran al lado de algunas farmacias para su atención médica. *“Está bien, porque es donde cobran barato y las medicinas también son de bajo costo. Sí acudiría, a veces, si tienes servicio médico del ISSSTE o del IMSS son largos tiempos de espera, y ahí rápido te atienden.”* (Cliente, mujer, 39 años, E04) Los clientes que mencionaron que no acudirían a este tipo de consultorios, dicen que con anterioridad utilizaron estos servicios y su experiencia no fue grata. *“Alguna vez llegué a ir, tuve un malestar del estómago, y ellos por vender te agregan medicamentos de más. Y si acudes a un consultorio [privado], o si tienes seguro nada más te dan un medicamento y con ese es más que suficiente.”* (Cliente, hombre, 22 años, E12)

Se identificó que los clientes que acuden a los consultorios que están al lado de algunas farmacias ya no tienen autonomía en la compra de sus medicamentos. Y se sienten comprometidos o coaccionados por los facultativos a comprar los medicamentos en esas farmacias. *“[...] Te dicen [los médicos] te atiende con tal de que compres mis productos, como obligado. Sí me han dicho bueno, si no compra los medicamentos aquí entonces le cobro más cara la consulta.”* (Cliente, mujer, 48 años, E02)

Principales barreras y oportunidades para la implementación del Acuerdo, identificadas en las entrevistas a clientes

Las principales barreras para la adecuada implementación del Acuerdo para la venta de antibióticos con receta médica identificadas a partir de las entrevistas con los clientes fueron:

- 1) Muchos de los clientes creen que el Acuerdo les generará mayores gastos, al forzarlos a pagar una consulta privada. Esto podría actuar como una barrera porque los clientes podrían buscar alternativas para resolver sus problemas de salud, sin acudir a consulta médica. Muchos de los clientes dan más valor a los medicamentos que a la consulta.
- 2) Los clientes manifiestan preocupación porque ante una emergencia puede ser complicado acceder a la atención médica y a los medicamentos.
- 3) Es importante resaltar que, al parecer, los consultorios en las farmacias están siendo vistos como una alternativa para aumentar el acceso a los servicios de salud quizás como opción de solución ante la falta de conformidad con los servicios públicos de salud (largos tiempos de espera, horarios limitados), preocupación que debe atenderse. Sin embargo, no parece haber preocupación sobre la calidad de atención que se brinda en ellos.
- 4) Adicionalmente, la evidencia encontrada sugiere que los clientes se ven comprometidos, y en ocasiones hasta forzados, a comprar los antibióticos en las instalaciones de las farmacias que cuentan con servicio médico y donde han consultado al facultativo para la prescripción del antibiótico.
- 5) Los clientes no parecen estar sensibilizados acerca del problema global de resistencia bacteriana y la necesidad de usar de manera racional estos recursos terapéuticos. Además prevalece la creencia de que gripas,

infecciones de garganta y diarreas necesitan antibióticos, lo cual puede contribuir a que les exijan a los médicos que les prescriban estos medicamentos.

- 6) La mayoría de los clientes tienen arraigada la práctica de la autoprescripción. En sentido general, aunque las personas reconocen que la autoprescripción puede generar algunos problemas, también consideran que puede generar algunas ventajas como el ahorro de tiempo y dinero. Esto, aparentemente, tiene más peso en la valoración que los clientes otorgan a los pros y contras de consumir medicamentos sin la prescripción de un facultativo.
- 7) La práctica de autoprescripción se ve reforzada por la constante publicidad que ofrecen los medios sobre los medicamentos (especialmente por la televisión) y la falta de información sobre qué fármacos necesitan de receta médica para su venta, y cuales se pueden adquirir sin que ésta se presente.

Algunas oportunidades para el proceso de implementación de esta política que se identificaron en las entrevistas a los clientes fueron:

- 1) La mayoría de los clientes saben que el Acuerdo será útil para disminuir la autoprescripción y así evitar reacciones adversas por el uso inadecuado de los antibióticos. Esto coincide con los mensajes de la campaña impulsada por la Ssa después del inicio de la implementación del Acuerdo.
- 2) Los medios masivos de comunicación son útiles para hacer llegar información al público. Se podrían utilizar para dar más información sobre el Acuerdo, pero sobre todo para sensibilizar a la población sobre la necesidad de usar prudentemente los antibióticos, y aclarar para qué padecimientos NO están indicados.

En el Cuadro 3, se muestra una síntesis de los principales hallazgos derivados de las entrevistas a los diferentes actores. Estos resultados se agrupan de acuerdo a las categorías de análisis consideradas.

Cuadro 3. Principales hallazgos

	Médicos	Empleados de farmacias	Clientes
Conocimientos	<ul style="list-style-type: none"> • Saben de la Existencia del Acuerdo • Identifican algunas razones que justifican su implementación - Reducción de la resistencia bacteriana - Evitar la autoprescripción - Hacer un uso racional de antibióticos • Consideran que el Acuerdo servirá para reducir la resistencia bacteriana y sus consecuencias • Aunque consideran que tienen suficiente información sobre el Acuerdo, desconocen las características que debe tener una receta 	<ul style="list-style-type: none"> • Saben de la Existencia del Acuerdo • Identifican algunas razones que justifican su implementación - Reducción de la resistencia bacteriana - Evitar la autoprescripción - Disminuir las reacciones adversas • Consideran que el Acuerdo servirá para reducir la resistencia bacteriana y sus consecuencias • Desconocen los requisitos y condiciones que incluye el Acuerdo 	<ul style="list-style-type: none"> • Saben de la Existencia del Acuerdo • Identifican algunas razones que justifican su implementación - Evitar la autoprescripción • Identifican como insuficiente la información sobre su implementación • Desconocen las consecuencias del uso de antibióticos sin prescripción médica • Reconocen que el uso inadecuado de antibióticos puede ocasionar que estos no funcionen de manera eficaz
Actitudes	<ul style="list-style-type: none"> • Tienen buena aceptación de la política • Consideran que la población en general es la más beneficiada • Coinciden en que se puede ver afectado en el número de consultas privadas • Manifiestan una desvalorización de la práctica médica (esto por la proliferación de consultorios en las farmacias, con bajos o nulos precios en sus consultas) • Señalan la arraigada costumbre de la autoprescripción y consideran que faltó más información sobre el Acuerdo dirigida a la población 	<ul style="list-style-type: none"> • Tienen buena aceptación de la política • Consideran que la población en general es la más beneficiada • Incertidumbre por la potencial pérdida de empleo • La mayoría respaldan la decisión de abrir consultorios al lado de las farmacias 	<ul style="list-style-type: none"> • Tienen buena aceptación de la política • Consideran que la población en general es la más beneficiada • Manifiestan preocupación por el incremento del gasto en salud • Expresan buena aceptación por los consultorios anexos a las farmacias • Expresan que en caso de revertirse el Acuerdo ellos volverían a comprar antibióticos sin receta
Prácticas	<ul style="list-style-type: none"> • Son más cuidadosos en el llenado de las recetas • Tienen que ver físicamente a los pacientes para ser recetados (No, más consultas telefónicas) • No están dando recetas con copia o recetas de antibióticos por separado a sus pacientes 	<ul style="list-style-type: none"> • Antes del Acuerdo algunos empleados de farmacias hacían recomendaciones de antibióticos a los clientes • A partir del Acuerdo se limitan a seguir las indicaciones médicas • Se aseguran que las recetas cumplan con los lineamientos solicitados • Si un cliente acude sin receta le indican que cuentan con médico para su consulta • Cuando los clientes no traen copia de la receta, los empleados de las farmacias tienen que dar solución a esto, como salir de su puesto de trabajo y sacar copia de la receta para que el cliente se quede con ella. 	<ul style="list-style-type: none"> • Antes del acuerdo la mayoría compro antibióticos sin receta • Casi todos están utilizando los consultorios anexos a las farmacias • Compran los antibióticos en las farmacias que les proporciona la consulta (No siempre siendo su decisión ya que se ven forzados a realizar la compra o pagar más por la consulta)

X. Discusión

La presente investigación documenta los conocimientos, actitudes y prácticas surgidas a partir de la implementación del Acuerdo para la venta de antibióticos sólo con receta médica, entre tres de los principales actores involucrados con la puesta en práctica de la nueva política en México. A través de la exploración, para cada tipo de actor, de tres ejes temáticos comunes (conocimientos, actitudes y prácticas), se pudieron identificar las principales barreras y oportunidades para que esta política logre implementarse adecuadamente y cumpla sus objetivos.

X.1 Conocimientos, actitudes y prácticas de los actores frente al Acuerdo

En relación a los **conocimientos**, la presente investigación documenta que la mayoría de los actores conocían del Acuerdo y que se enteraron del mismo, mayoritariamente, por los medios masivos de comunicación, más no precisamente a través de los comunicados oficiales de la SSA. Igualmente, en sentido general, los actores reconocieron que el Acuerdo contribuye a evitar un uso inadecuado de los antibióticos evitando la autoprescripción y previniendo la resistencia bacteriana.

Respecto a las **actitudes**, la mayoría manifestó estar a favor de esta política porque se aborda y combate el problema de la autoprescripción. Sin embargo, los principales actores manifestaron su preocupación porque la implementación del Acuerdo, ha reducido los volúmenes de consultas en los consultorios médicos privados, induciendo a una baja en los precios de las consultas. Adicionalmente, los actores expresaron preocupación por una reducción de las ventas de antibióticos en las farmacias y por el hecho de que el Acuerdo impone una carga económica adicional a los hogares, que ante un evento de enfermedad deben desembolsar un gasto de bolsillo extra por pago de consulta médica.

En cuanto a las **prácticas**, los clientes y los empleados han hecho cambios importantes debido a que los primeros se ven obligados a utilizar servicios de salud (consulta médica) para obtener la prescripción del antibiótico y han abandonado prácticas arraigadas de autoprescripción. Por otra parte, los empleados ahora deben vigilar y asegurar el cumplimiento de los requisitos que tiene el Acuerdo, los cuales exigen un mayor control de los registros relacionados con las ventas de los antibióticos.

Un elemento importante que se evidencia con el presente estudio es que, al parecer, los empleados han dejado de “sugerir” o “prescribir” antibióticos a los pacientes y han concentrado sus prácticas al cumplimiento de los requisitos que establece el Acuerdo, que de no cumplirse pueden ser objeto de observación, sanciones y multas. De esta forma, han hecho que la decisión de elección del antibiótico y su prescripción sea exclusiva de los médicos, quienes se supone deben tener el conocimiento y la información necesaria para realizar la prescripción de forma adecuada.

Finalmente, los médicos han sufrido conflictos con los clientes y con otros actores dentro del propio gremio. Con los primeros, porque los pacientes quieren recibir la prescripción de antibióticos en situaciones cuando, los facultativos no consideran que éstos sean necesarios. En el caso de los conflictos con otros médicos, éstos se han derivado a consecuencia de las alternativas adoptadas por algunas farmacias de instalar consultorios médicos junto a su establecimiento, las cuales han derivado parte de la demanda de las consultas de los médicos privados hacia las consultas de orientación que se ofrecen en los consultorios anexos a las farmacias, las cuales tienen un menor costo. Sin embargo, de manera interesante, la práctica médica cotidiana (en cuanto a la emisión de recetas) parece no haber cambiado, debido a que algunos médicos no emiten las recetas por duplicado. Esto genera problemas posteriores para los empleados y clientes sobre quienes los médicos trasladan parte de la carga de la emisión por duplicado de las recetas de antibióticos.

X.2 Barreras y oportunidades identificadas en la implementación del Acuerdo

Como principales barreras se identificó que los actores no conocen a fondo el Acuerdo, y no todos conocen los motivos por los cuales se diseñó esta política. En general se nota una falta de información sobre la resistencia bacteriana y no aparece, entre los actores, la percepción de responsabilidad en la utilización y conservación de estos recursos terapéuticos. Adicionalmente, se identificó la preocupación sobre el acceso a medicamentos y sobre las consecuencias económicas negativas que pueden derivarse de la necesidad de realizar un pago extra de bolsillo para el pago de la consulta.

En cuanto a las oportunidades, los medios de comunicación son canales efectivos para la transmisión de información oportuna, eficiente y de alto impacto sobre novedosas políticas de salud que estén en proceso de implementarse. Sin embargo sabemos que, en la actualidad, los medios masivos de comunicación pueden estar induciendo la medicalización y autoprescripción con la continua y numerosa información que ofrecen sobre los medicamentos. Este rol, sin embargo, podría transformarse de forma tal que los medios de comunicación tengan un papel más positivo en la oferta de información relacionada con los medicamentos, sobre todo si la Ssa, u otro órgano de vigilancia y control del uso de estos importantes insumos, tienen un mayor protagonismo en los spot publicitarios que se difunden a través de los medios de comunicación.

X.3 Lecciones aprendidas y recomendaciones para políticas

La experiencia mexicana en el diseño e implementación de la venta restringida de antibióticos, se realizó sin seguir las principales recomendaciones internacionales que ha dado la OMS. Este organismo ha recomendado que las acciones en materia de medicamentos se integren dentro de una Política Nacional de Medicamentos (PNM).⁵ Sin embargo, en México, hasta el momento no se ha logrado establecer un marco integrado que guíe las acciones en materia de

medicamentos (por ejemplo integrar intervenciones educativas, regulatorias y gerenciales dirigidas a mejorar la prescripción, dispensación y utilización de medicamentos). El Acuerdo que regula la venta de antibióticos, no surgió como parte de una estrategia nacional para mejorar la utilización de los medicamentos. El Acuerdo surgió como una medida aislada, en momentos en que el país enfrentaba la epidemia de influenza y se reconoció que muchos de los pacientes que llegaban a los centros de salud con un cuadro muy avanzado de la enfermedad, en muchos casos fatal, previamente habían consumido antibióticos, frecuentemente por autoprescripción.³⁰

La evidencia encontrada demuestra la necesidad de involucrar a los principales actores en el diseño y en la implementación de la política, para facilitar la puesta en práctica de la misma. En México, no se realizó una consulta previa con los médicos, empleados de farmacias, ni con los clientes, para conocer, antes de diseñar una política de esta envergadura, las percepciones que estos actores tenían en relación a ella. Se demuestra la veracidad del posicionamiento de la OMS que reconoce la importancia, no sólo del contenido de una política, sino también de los procesos que se siguen durante su formulación e implementación.⁵ Se comprueba así la importancia que tiene la consulta y el debate previo a la implementación de las políticas de salud, ya que éstas afectan a diversos actores de la sociedad.

Adicionalmente, fomentar la consulta de los diversos actores antes de la puesta en práctica de una política, es importante para de esta forma incrementar el sentido de propiedad que los mismos tienen ante la nueva disposición, de forma tal que se optimice su implementación. Las consecuencias de no haber involucrado a los principales actores, previamente, puede originar una poca aceptación de la política por la población, y el desconocimiento de la necesidad de cumplirla en estricto apego.

Coincidimos con Hunt y cols⁵³, quienes señalaron que la participación informada de los individuos y de las comunidades, en su conjunto, durante el diseño de las políticas públicas en salud es importante desde el punto de vista de hacer cumplir el derecho al disfrute de una plena salud. Entre las ventajas que los autores señalan, si se siguen estas recomendaciones, están el profundo sentido que la población tiene de sus prioridades en salud, las cuáles deben guiar las discusiones técnicas que sirven de base a la formulación de las políticas que afectarán a sus miembros. De esta forma los autores afirman que “cuando un Estado formula sus políticas y programas en salud, debe tomar medidas para garantizar la participación activa e informada de los afectados, no solamente de asociaciones profesionales y universidades, sino también de comunidades rurales, organizaciones no gubernamentales, pacientes y asociaciones de consumidores, y representantes de grupos desaventajados”.⁵³

Las primeras reacciones ante la implementación de esta política fueron obtenidas en el análisis inicial que se realizó sobre el Foro de discusión, abierto en el diario El Universal. En las participaciones analizadas, se pudo evidenciar el descontento inicial que experimentó la población al conocer de la política. También los participantes pusieron de manifiesto su desconocimiento de las razones que llevaron a su formulación y las ventajas que se derivaban de la puesta en práctica de esta disposición. (Ver anexo I). Si antes de la publicación del Acuerdo, hubiera existido sensibilización sobre el tema entre la población, y se hubieran divulgado las razones para su implementación, probablemente estas reacciones no hubieran existido o hubieran sido más atenuadas.

Del análisis de las entrevistas, realizadas en el presente estudio, emergieron planteamientos interesantes realizados por los médicos entrevistados. Algunos de estos actores señalaron que el Acuerdo era sólo el principio o uno de los primeros pasos de una mayor y necesaria transformación del sistema de salud. Estas afirmaciones reflejan la percepción de la población de que hay muchas cosas que cambiar en el actual sistema de salud mexicano. Sin embargo, una de las

percepciones negativas de los médicos, fundamentalmente, de los que ofrecían consultas privadas, estuvo relacionada con una “desvalorización” de la práctica médica, debido a los mecanismos de solución que algunas farmacias pusieron en práctica para contrarrestar las pérdidas en sus ventas. Esto, especialmente, en relación a cómo algunas farmacias habilitaron espacios para consultorios anexos y poder otorgar consultas a precios bajos o gratuitas, lo cual ha tenido influencias sobre los prestadores privados, quienes han tenido que bajar el precio de sus consultas para mantenerse vigentes en un mercado, cada vez más competitivo.

Los resultados que se presentan en este trabajo documentan cómo los diferentes actores crean estrategias de adaptación ante nuevos escenarios, con la puesta en práctica de una política de salud como esta. Un ejemplo muy claro, documentó que algunos médicos no se apegaban a la disposición, y pusieron en práctica medidas alternativas para el apoyo a familiares, llegando incluso a suministrarles un recetario para que los propios familiares lo llenasen cuando requirieran de un antibiótico o un medicamento en general.

Otro ejemplo de la creación de estrategias adaptativas a las nuevas circunstancias, es el hecho de que ante el Acuerdo, los diferentes actores establecieron nuevas redes, fundamentalmente, asociaciones implícitas, no formales entre las farmacias que no tenían consultorios anexos y los médicos de las consultas privadas, como mecanismo para contrarrestar la aparente ventaja que tenían las farmacias con consultorios médicos anexos.

Los diferentes actores entrevistados pusieron en evidencia en sus testimonios su preocupación por las consecuencias económicas que esta disposición puede tener sobre el mercado de los medicamentos, por una parte y, por la otra, sobre la economía familiar. La percepción de los entrevistados es que las ventas de los medicamentos en general se verían reducidas porque, antes del Acuerdo, los clientes compraban no sólo el antibiótico, sino todo un “paquete” que incluía además de los antibióticos otros fármacos, como antigripales, antitusígenos, etc.

Por otra parte, los entrevistados manifestaron que con el Acuerdo se incrementó el gasto privado o el gasto del hogar en la atención de la salud, debido a que ante un evento de enfermedad en un miembro de la familia, que fuese similar al que previamente tuvo otro integrante del seno familiar, ya no se podría ir por los mismos antibióticos prescritos por un facultativo durante el evento pasado, sino que habría que acudir nuevamente al médico y gastar nuevamente en la consulta. Antes del Acuerdo, simplemente, los familiares iban a la farmacia por el mismo antibiótico prescrito previamente.

Los beneficios para la salud que se derivan de la nueva política también se vieron reflejados en los testimonios de los entrevistados. En primer lugar, se identificó que el Acuerdo, sirve como una medida que previene el problema de la autoprescripción en la población. Sin embargo, los informantes no se refirieron al problema del uso inapropiado de los antibióticos y a las prescripciones inadecuadas que de los mismos hacen algunos facultativos. Los hallazgos del presente estudio son congruentes con la información que se difundió en los medios de comunicación masiva, durante las campañas informativas, las cuáles se enfocaron casi exclusivamente en el problema de la autoprescripción.

La evidencia presentada en este estudio demuestra que la mayoría de los actores entrevistados legitiman las decisiones y determinaciones de los médicos en términos de los antibióticos que prescriben, y dan por hecho que la elección del médico es la correcta, sin evidenciar conocimiento sobre los errores de prescripción o prescripciones inadecuadas de los antibióticos por parte de estos profesionales de la salud, que pueden conducir a resistencia bacteriana. Quizás esto se deba a que en verdad no conozcan de esta posibilidad o de otras consecuencias negativas del uso inadecuado de los antibióticos, o que sus testimonios identifican sólo la ventaja de reducir la autoprescripción por ser de lo que más han escuchado (ya que los anuncios se enfocaron, fundamentalmente, en el tema de la autoprescripción).

Adicionalmente, los clientes manifestaron su preocupación o el temor que experimentan porque con la puesta en práctica de esta nueva disposición, ante situaciones de emergencia, no pudieran acceder a los servicios de salud y obtener la prescripción del antibiótico que necesitan, preocupación que se manifiesta, fundamentalmente, en las madres de familia. Una vez más, se ven reflejadas en los testimonios de los entrevistados las debilidades del sistema de salud mexicano, el cual no ofrece certidumbre de acceso a los servicios de salud a la población que no cuenta con seguro médico. Sin embargo, con el escalamiento experimentado en la cobertura al Seguro Popular⁵⁴, se esperaría que esta inquietud de la población sea cada vez menos manifiesta, si en realidad la afiliación alcanzada de casi el 100% de la población del país, a algún sistema de aseguramiento para la atención a su salud, se traduce en un acceso efectivo a los servicios de salud. Adicionalmente, es preciso considerar que además de la cobertura, hay otros factores que actúan como obstáculos para la utilización de los servicios (por ejemplo, horarios de consulta, filas, fichas, etc.) lo cual hace que la gente prefiera ir directamente a la farmacia.⁵⁵

La literatura ha documentado ampliamente que los médicos incurren en errores de prescripción, prescriben bajo las influencias o presiones de la industria farmacéutica y sin tener en cuenta el costo de los medicamentos y las implicaciones sobre la economía familiar de las elecciones, que en materia de prescripción, hacen a sus pacientes. Mejía-Restrepo y cols⁵⁶ en su estudio sobre la política farmacéutica en Colombia, han señalado la falta de conciencia que tienen los facultativos sobre los costos de los medicamentos y cómo los médicos se ven influenciados de manera perjudicial por la publicidad y por la promoción de la industria farmacéutica en la práctica prescriptiva.⁵⁶

También la evidencia mostrada en el presente estudio refleja que el principal valor que le otorgan los clientes a la consulta médica es el de recibir la prescripción o la receta del medicamento que requieren, porque en general consideran que ya

saben lo que necesitan. Esta percepción es la base sobre la que descansan las arraigadas prácticas de autoprescripción en la población. Los planteamientos de Mejía-Restrepo y cols en su estudio sobre la política farmacéutica de Colombia⁵⁶ concuerdan con nuestros hallazgos. Con respecto a los pacientes, los actores entrevistados en el estudio citado, señalaron la existencia de una tendencia a realizar un uso indiscriminado de los medicamentos, sin la presencia de control en materia de autoprescripción. Estos hallazgos sustentan la importancia de que se implementen novedosas políticas con un énfasis en la educación de la población en materia del uso de los medicamentos en general. Nuestros resultados también sustentan la necesidad de que iniciativas como la que aquí analizamos se complementen con políticas dirigidas a mejorar la prescripción médica, ya que los médicos, empleados de farmacias y los clientes (pacientes), durante su interacción en el proceso de atención médica, se influyen mutuamente en la utilización de medicamentos.⁵⁷

Otro aspecto emergente del presente estudio es la percepción inadecuada que tiene la población sobre las enfermedades que requieren de la prescripción de los antibióticos. Los actores entrevistados (empleados de farmacias y clientes) en el presente estudio señalaron cómo los principales padecimientos para los cuales se requieren antibióticos a la infección de garganta, la gripa y los padecimientos diarreicos. Sin embargo, no necesariamente esto corresponde con prescripciones adecuadas. Estimaciones realizadas previamente para México señalan que entre el 60 y 80% de los pacientes con infecciones respiratorias agudas y gastrointestinales recibían antibióticos en servicios de salud primarios públicos y privados, cuando en realidad su uso era justificado sólo en el 10-15% de los casos.²¹ Esto evidencia las conductas aprendidas por la población, a partir de prácticas de prescripciones médicas incorrectas sostenidas a lo largo del tiempo.

Finalmente, la evidencia de este estudio refleja que hasta el momento no se han experimentado cambios significativos en el comportamiento de los actores

principales, porque ante la posibilidad de que la medida no continúe, ellos retornarían a sus prácticas anteriores. Quizás esto refleja una vez más las consecuencias de no haber realizado una buena concientización y sensibilización entre los principales actores, antes de la puesta en práctica de esta política y refuerza la necesidad de complementar estrategias de este tipo con intervenciones educativas en la población.

X.4 Áreas donde se recomienda mayor investigación

Las lecciones aprendidas de esta experiencia sirven para señalar áreas en las cuáles se necesita más investigación, identificando áreas emergentes de investigación: el nivel de cumplimiento real que hay del Acuerdo entre los diferentes actores y los cambios en el comportamiento de los mismos; el impacto que ha tenido la implementación de esta política en la reducción de la autoprescripción, en la ocurrencia de reacciones adversas y en la reducción de la resistencia bacteriana; la evaluación de la calidad de la prescripción médica en los consultorios creados junto a las farmacias; así como las consecuencias económicas para los hogares, las farmacias y los consultorios privados derivadas de la implementación del Acuerdo.

X.5 Utilidad de la evidencia encontrada para fortalecer la toma de decisiones

El presente estudio permite informar a los tomadores de decisiones para futuros ejercicios de formulación de políticas de salud, en particular relacionadas con el uso de medicamentos. Reafirma la necesidad de realizar un proceso de consulta previo al diseño y a la puesta en práctica de una política de salud, reforzado de intervenciones de sensibilización para los diferentes actores involucrados. Otro punto relevante es que las estrategias para mejorar el uso de los medicamentos no pueden aislarse de aquellas dirigidas a mejorar el acceso a los servicios de salud, lo cual responde también a una preocupación del público en este sentido.

XI. Conclusiones

En sentido general, según las evidencias encontradas en este estudio, el Acuerdo parece estar consiguiendo su propósito de regular la venta de antibióticos a la población, de forma tal que estos fármacos sólo se están vendiendo y adquiriendo a través de la emisión de la receta médica por los facultativos. Sin embargo, se identificaron algunos retos de su puesta en práctica, que deben ser considerados:

En el diseño e implementación del Acuerdo no se consideró la consulta a los principales actores que estarían involucrados durante la puesta en marcha de la misma (médicos y empleados de farmacia) ni una sensibilización previa sobre el tema para estos actores y para la población general. Ésta ha sido identificada como una de las principales debilidades en la puesta en práctica de la política analizada con la presente investigación.

La oferta de información sobre los requisitos y condiciones del Acuerdo por parte de la Secretaría de Salud fue insuficiente y fueron los medios de comunicación masiva los que sirvieron de vehículo para la transmisión de la mayor parte de la información relacionada con la política. Para futuras políticas, la Secretaría de Salud podría fortalecer sus estrategias de comunicación y fungir como uno de los principales agentes en la divulgación, difusión y orientación para los actores involucrados con la implementación de la política y deberá diseñar estrategias que sirvan de motor de cambio en el comportamiento de estos actores. Adicionalmente, este estudio demuestra que los medios de comunicación son una oportunidad para la difusión de información sobre nuevas políticas de salud.

Los principales actores entrevistados, en sentido general, se mostraron a favor de la implementación del Acuerdo, sin embargo, existen elementos de la política que generan preocupación y malestar entre ellos, éstos diferenciados de acuerdo al tipo de actor entrevistado.

Los actores involucrados con la implementación del Acuerdo, han tenido que, en alguna medida, modificar sus prácticas habituales, a partir de la puesta en marcha de la política. Sin embargo, la magnitud real de este cambio requiere de futuros estudios en el tema.

A pesar de la implementación del Acuerdo, los diferentes actores se han visto en la necesidad de buscar alternativas de adaptación a esta medida, las cuales no siempre sirven para facilitar el logro de los resultados que se esperan de ésta sino que, en ocasiones, atentan contra los resultados que se esperan de su puesta en práctica.

La evidencia encontrada con el presente estudio sugiere que la implementación del Acuerdo como única medida, o iniciativa aislada, no resolverá el problema de autoprescripción, ni del uso inadecuado de antibióticos. Se requieren de políticas complementarias que sumadas a ésta, logren sinergismos importantes y coadyuven al logro de los objetivos que originaron la formulación de esta política.

XII. Implicaciones para el diseño e implementación de políticas de salud

Esta investigación generó conocimiento sobre los elementos a considerar al momento de implementar una política de salud, y las áreas en las cuales se necesita mayor investigación. Asimismo, aporta evidencia relevante sobre los conocimientos, actitudes y prácticas de médicos, clientes y empleados de farmacias de la ciudad de Cuernavaca, que pueden actuar como facilitadores o barreras para la implementación del Acuerdo para la venta de antibióticos únicamente con receta médica.

XIII. Limitaciones del estudio

Las limitaciones que se señalan a cualquier investigación cualitativa en relación a la imposibilidad de generalizar los resultados a partir de los hallazgos encontrados en el estudio. Adicionalmente, el estudio se focaliza en sitios y actores relacionados con el sector privado de los servicios de salud, no permitiendo la exploración de las reacciones ante el Acuerdo en médicos y usuarios de los servicios ambulatorios del sector público mexicano. El diseño metodológico del estudio no permitió acceder a clientes que modificaron sus patrones de selección del proveedor de servicios de salud, a partir de la implementación del Acuerdo. Por ejemplo, las personas que ahora acuden a médicos tradicionales.

Anexo I. Análisis del foro de discusión del diario el Universal

Se realizó el análisis de un foro de discusión virtual abierto en el diario “El Universal” (http://foros.eluniversal.com.mx/w_detalle.html?tdi=187&rtdi=9465) con el objetivo de explorar las primeras reacciones de la población ante el acuerdo de venta de antibióticos con receta médica, en México. El análisis se realizó con los comentarios enviados por población general al foro virtual de discusión. Se revisaron 395 participaciones en el foro de discusión entre el 26 de marzo y el 31 de diciembre del 2010. Cada una de estas participaciones fueron consideradas como entradas al foro y, al interior de cada una de ellas, se identificaron comentarios sobre diversos temas relacionados con la nueva política. La totalidad de las entradas o participaciones fue clasificada como “a favor”, “en contra” y “otros comentarios o preguntas” de la implementación del Acuerdo. En total se encontraron 49 participaciones a favor del Acuerdo, 184 en contra y el resto (162) fueron participaciones donde no fue posible identificar una postura a favor o en contra o que buscaban aclaraciones en relación a la política. Los resultados de este análisis fueron presentados en la Tercera Conferencia Internacional para mejorar el uso de medicamentos (*Third International Conference For Improving Use of Medicines: Informed Strategies, Effective Policies, Lasting Solutions, Antalya, Turkey, November 14-18, 2011*)⁸ (ver Figura II). A continuación señalamos las más relevantes.

En sentido general, los participantes en el foro de discusión consideraron que se debieron tomar en cuenta las necesidades de los diferentes actores antes de la puesta en práctica de la política (7 comentarios) y que hizo falta información para que esta disposición se implementara de una mejor manera (19 comentarios). En este sentido, los participantes manifestaron preocupación sobre cómo resolverían sus necesidades de salud, específicamente, la adquisición de los medicamentos, una vez que el Acuerdo estuviera implementándose. Adicionalmente, se mostraron

preocupados por la poca información que habían recibido en relación a esta política.

Uno de los temas más señalados (139 comentarios), por los participantes en el foro, fue el impacto negativo de la disposición en el gasto familiar. Los comentarios fueron consistentes en señalar que, ante la implementación del Acuerdo, un potencial efecto sería el incremento en el gasto de los hogares a partir de un aumento en el costo de la consulta médica, en el costo de los medicamentos de marca, y por la necesidad de utilizar los servicios médicos para cada evento de salud, ante la exigencia de mostrar la receta médica, lo que obligaría a consumir servicios médicos en busca de una prescripción de antibióticos.

Otro de los temas, identificados en el foro (57 comentarios), fue el impacto negativo que podría tener la implementación de esta política sobre la salud de la población. Los argumentos expuestos por los diferentes participantes estaban fundamentados en el reconocimiento de una falta de acceso y baja calidad de los servicios médicos públicos.

La posibilidad de la aparición de un mercado emergente ilícito de antibióticos fue otro de los temas identificados en el foro de discusión (24 comentarios). La población abierta señala como un problema ante la nueva disposición, el hecho de que la misma pudiera potencialmente abrir espacios para la venta ilícita de antibióticos y dentro de ésta la comercialización de productos de dudosa procedencia. Entre estos comentarios también se menciona la desconfianza sobre las verdaderas razones para tomar la decisión de implementar esta política. En este sentido, los participantes en el foro señalaron que detrás de esta disposición podrían haber incentivos para generar beneficios al propio estado, a las farmacias o algunos actores en particular, mas no a la población o a los consumidores. Estos hallazgos ponen al descubierto la desconfianza que tiene la población en el gobierno y en las instituciones.

Algunos argumentos a favor del Acuerdo (9 comentarios) estuvieron enfocados en la necesidad de respetar la legislación puesta en vigor desde 1984, en la Ley General de Salud, en la cual se exige la dispensación de los medicamentos del grupo IV (donde se encuentran los antibióticos) sólo con la presentación de la receta médica. Los participantes pusieron énfasis en señalar la necesidad de diseñar una política que persiga proteger a la población contra los riesgos a los que se enfrentan por el uso inadecuado de los medicamentos, en general, y a evitar la resistencia a los antibióticos, en particular (75 comentarios). En este sentido la mayor cantidad de comentarios señalaba el potencial impacto sobre el problema de la automedicación, como el principal argumento para justificar la implementación de esta política.

Temas emergentes derivados del análisis del foro de discusión

a) Argumentos a favor:

1. Reducción de la resistencia bacteriana (comentarios que señalaban como el uso inadecuado de antibióticos incrementa la resistencia bacteriana y que ante esta situación se tiene que hacer uso de antibióticos de mayor espectro). *“Me parece excelente que los antibióticos se vendan con receta médica, pues la automedicación sólo nos perjudica, pues las bacterias cada vez son más resistentes a los antibióticos”* Angélica Olvera 05/08/2010 18:05
2. Efectos positivos en la salud de la población (comentarios que resaltaban como con este Acuerdo, las personas evitaran complicaciones por el uso inadecuado de antibióticos, ya que se obtiene un diagnóstico no sólo la receta). *“Ojalá toda la gente comprendiera eso, si no se cuidan, los antibióticos pueden causarles enfermedades mortales”* Yo8 31/08/2010 10:01

3. Promueve la búsqueda de atención médica (comentarios que expresaban que aún con la existencia de personas con bajos recursos, existen opciones para acceder a atención médica). *“Pero el hecho de ser pobre y no poder pagar una consulta con un medico general no te da el derecho de ir a la farmacia y preguntarle al que atiende que te tomas para la tos cuando ni siquiera en ocasiones es químico-farmacobiólogo” Dra. Fernández, 26/08/2010 12:29*

b) Argumentos en contra:

1. Molestia para la población (comentarios que resaltaban que el Acuerdo les causaría molestias tales como no poder comprar por teléfono, llevar una receta bien elaborada, el tener que acudir forzosamente a consulta). *“Aun con la receta te hacen mil preguntas nombre completo del doctor número de cédula dirección por cuánto tiempo te vas a tomar el medicamento” Que sufrir, 29/09/2010 17:38*
2. Incentivos perversos (comentarios que señalaban que el Acuerdo sólo beneficiaría a algunos actores como las farmacias y médicos). *“Así que por favor no vengan con el cuento que todo esto es por el bien de uno, sólo les importo dar más beneficios a los doctores” Leticia Miranda, 27/09/2010 18:01*
3. Limitada respuesta de los servicios de salud (comentarios expresaban la saturación y mala calidad de los servicios de salud, los prolongados tiempos de espera y la falta de personal). *“Lamentablemente a veces es necesario hacerle uno al doctor, yo soy trabajador y tengo IMSS, pero cada que me siento mal y voy a una consulta que aparte de esperar las horas para el servicio pierde uno el tiempo porque los médicos no tienen un buen nivel y siempre resultan con la misma receta que incluye siempre: paracetamol y acido acetilsalicílico que es lo único que te da el seguro*

social o los pésimos conocimientos de sus médicos, por dios siempre a cabo en un médico particular o automedicandome.” RICK , 05/09/2010 11:04

4. Limita la autonomía del paciente (comentarios que resaltaban la capacidad que tienen las personas para saber que medicamentos utilizar, que las personas compran medicamentos sin receta por necesidad).) *“Hay mucha gente que cuando empiezan a sentir algo se toman x medicamento pues ellos mejor que los doctores ya saben que pueden y que no pueden tomar o incluso que medicamentos si les ha funcionado en ciertas enfermedades.” Duncan Rodríguez , 10/09/2010 22:43*
5. Incremento de la inequidad (comentarios que argumentan que las personas con bajos recursos serian los más afectados, que las pequeñas farmacias cerrarían). *“Hay personas que no tienen ni 20 pesos para ir al doctor.” Luis Alamilla , 08/09/2010 18:21*
6. Estimula el mercado ilegal (comentarios que resaltaban el aumento del mercado negro de medicamentos, y que algunas personas podrán conseguir los antibióticos sin receta). *“Esta medica va a propiciar que el mercado negro incremente la venta de su medicina.” Tu pepino, 29/08/2010 01:34*
7. Fallas en la implementación (Comentarios que resaltaban la necesidad de mayor información, falta de capacitación a los médicos y los empleados de farmacia, que no se tomo en cuenta a la población y la falta de regulación de la publicidad). *“no estoy de acuerdo con esta ley, lo que deberían hacer es capacitar mejor a los médicos y a las farmacias” Pablo, 12/09/2010 20:52. “si de verdad quieren eliminar eso de que se autoreceten deberían quitar entonces todos los antibióticos y que la tele no interfiera con que deben tomar.” Carmen , 02/09/2010 12:22*

c) Otros comentarios y preguntas

1. Desconocimiento de los antibióticos de los antibióticos que podrían comprarse de manera libre (comentarios que resaltaban es desconocimiento de que antibióticos estaban incluidos en el listado oficial, dudas sobre si todas las presentaciones de antibióticos necesitarían receta para su venta). *En la lista de antibióticos incluyen trimetoprima con sulfametoxazol y en la bibliografía farmacéutica no se consideran en el grupo de antibióticos pues no son sustancias producto del metabolismo de seres vivos que en pequeña cantidad tienen acción antibacteriana” L. Zavala M. , 25/09/2010 23:03*
2. Incertidumbre sobre las recetas de veterinarios (comentarios que expresaban dudas sobre si las recetas de veterinarios serian aceptadas). *“¿Y las farmacias aceptaran recetas de veterinarios? ¿Hay muchos q recetan medicina para humanos en ciertos casos de enfermedad canina esas recetas también valen o tengo q dejar morir a mi perro?” Izzy , 14/09/2010 19:59. Dudas sobre que medicamentos son antibióticos y si estos requieren receta médica para su venta (comentarios que resaltan como la población no sabe que es un antibiótico). “Yo nada mas quiero saber si los medicamentos para la diabetes y la alta precio tampoco se van a vender sin receta porque ya los diabéticos saben k medicamento toman.” Rossy gtz , 30/08/2010 23:02*



IMPACT OF IMPLEMENTING ANTIBIOTIC SALES RESTRICTIONS: REACTIONS OF KEY STAKEHOLDERS AND CITIZENS IN MEXICO

Anahí Dreser, Edna Vázquez-Vélez, Midiam Ibáñez-Cuevas, Sandra Treviño-Siller, Veronika J. Wirtz
Center for Health Systems Research, National Institute of Public Health, Mexico

BACKGROUND

- In many low- and middle-income countries, regulations of prescription medicines sales are not enforced.
- There is little research regarding the barriers and opportunities to efficiently enforce these regulations.
- In Mexico prior to 2010 approximately 40% of antibiotics (AB) were sold without prescription in private pharmacies.
- The main argument for not enforcing sales restrictions was improving access to medicines in a context of insufficient coverage of public medical services.
- In March 2010, the Mexican government announced the enforcement of AB sales regulation, which unfolded an unprecedented public debate that gained prominence in the media.
- To analyze the impact of AB sales regulation in terms of stakeholders' and citizens' reactions can provide relevant lessons for other countries to anticipate barriers and take advantage of facilitating factors. This is particularly important on the light of recent recommendations of the WHO reinforcing AB sales restrictions in order to contain antimicrobial resistance.

OBJECTIVES

To analyze the factors that affect the implementation of antibiotic sales regulation only with prescription in Mexico, focusing on the position and strategies developed by stakeholders, and the perceptions of the population.

METHODS

Design:

- Stakeholder analysis of the position adopted and strategies developed by key actors: Pharmacies / medicines outlet associations, Ministry of Health (MoH), pharmaceutical industry, medical and pharmaceutical professional associations, academic institutions, and consumers associations. Data derived from a systematic review of newspapers coverage on the issue.
 - Discourse analysis exploring citizens' perceptions of the regulation. Data derived from an on-line newspaper discussion forum.
- Study data:** 304 newspaper articles and 395 commentaries from the discussion forum retrieved between March 25 and December 31, 2010 in Mexico.
- Policy Change:** Ministerial decree enforcing existing law prohibiting the sales of AB without prescription, and newly introducing the obligation of the pharmacies to retain and register each antibiotic prescription. In cases of infringement, the pharmacy has to pay fines or is closed.
- Outcomes:** Reactions of key stakeholders and citizens that could act as barriers or opportunities for implementing the new regulation.
- Data analysis:**
- A priori defined and emerging thematic codes were used. For each newspaper note we identified: a) The stakeholder whose voice is cited; b) the arguments that each stakeholder used in favor or against the regulation; c) any actions developed by the stakeholders following the regulatory change.
 - For the discussion forum, the general tone of each commentary was coded as supportive, opposed, or neutral towards the regulation. Emerging thematic codes were used to analyze arguments for or against the regulation.

Funding source: National Council for Science and Technology (CONACYT) and the National Institute of Public Health

RESULTS (1) Declarations of the MoH and pharmacies/medicines outlet associations dominated the media coverage

Figure 1: Stakeholders covered by newspapers (n= 304 newspaper articles)



RESULTS (2) Negative health and economic impacts and fear of corruption, were main arguments used against regulation

- The MoH promoted AB sales restriction arguing, at the beginning, the dangers of self-medication (specially amongst influenza patients) and later also the problem of antimicrobial resistance.
- Pharmacies / medicines outlet associations were the leading opponents arguing that the regulation had negative health and economic impact for the population given the limited access to medical care; diminished their revenues and created logistical difficulties; and that the regulation triggered corruption (black market of antibiotics and prescriptions).
- Early strategies developed by these groups to prevent the adoption of the regulation were creating alliances attempting to delay implementation and organizing press round-up emphasizing negative impacts of the regulation. A latter strategy was creating clinics within pharmacies offering cheap or free medical consultation (see Figure 2).
- Medical associations and academic institutions supported the decree but highlighted that it should be accompanied by other actions, specifically the creation of a national steering group on prudent use of antibiotics, improving medical prescription and increasing public awareness regarding the prudent use of antibiotics.
- Declarations from consumers associations and professional associations were practically absent.

Figure 2. Pharmacy chains reacted to the new regulation opening medical clinics within pharmacies.



Contact details: Dr. Anahí Dreser, National Institute of Public Health, Mexico; anahi.dreser@insp.mx

RESULTS (3) Community opinions were mostly against the regulation

- Within the discussion forum 184 commentaries(47%) were against the regulation, 162 (41%) were neutral or non-classifiable, and only 49 (12%) were supportive of the regulation.
- The main argument expressed against the regulation were the negative impact on family expenses (due to high cost of private services and private prescriptions); negative impact on health (due to the lack of access and low quality of public medical services); the increasing corruption that the regulation will bring; as well as distrust of the real reasons underlying the regulation.

Figure 3. Example of entries of the on-line discussion forum



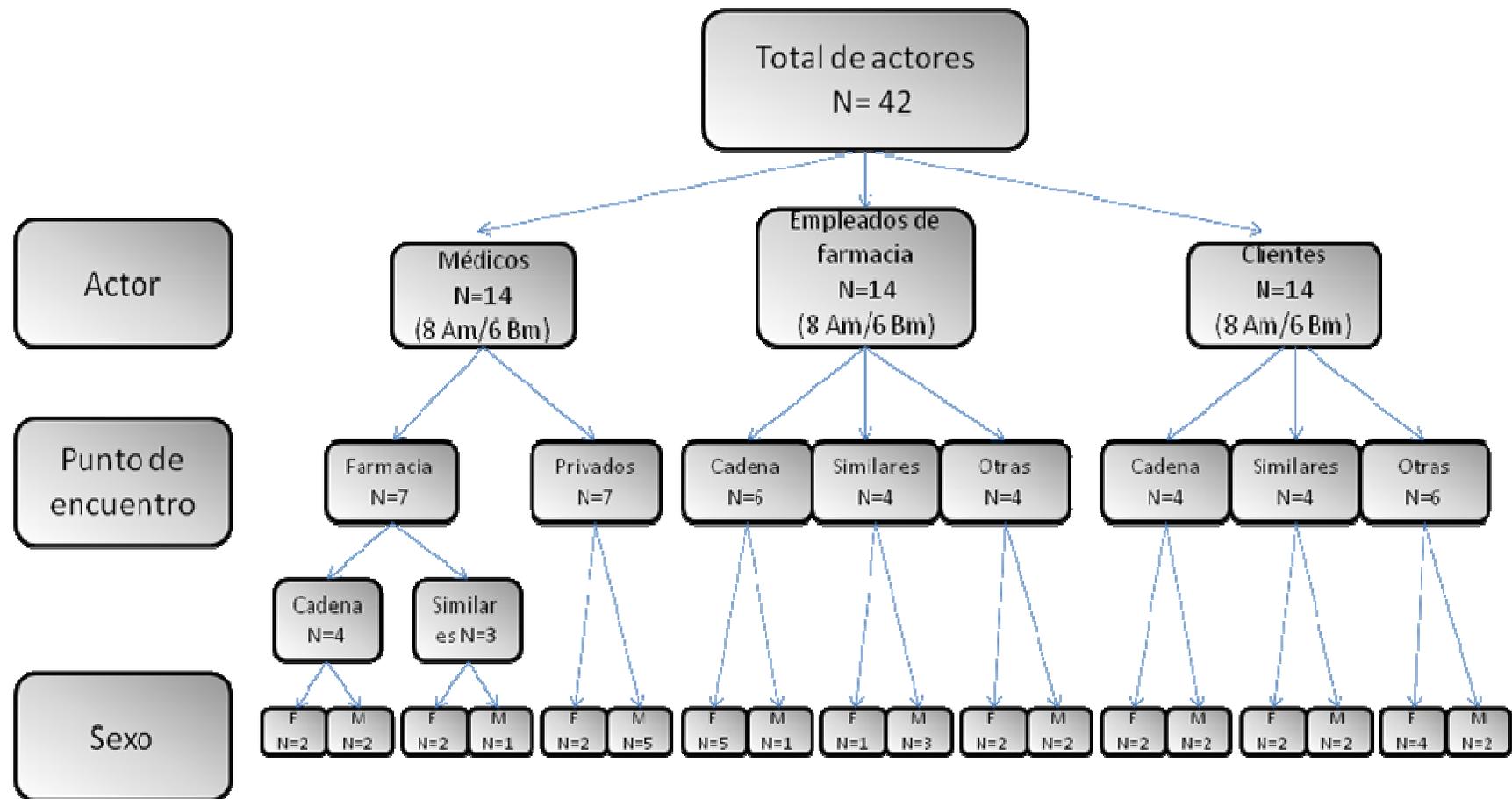
- The main arguments expressed supporting the regulation were the need to respect the legislation already in place, and the need to protect the population against the risks placed by inappropriate medicines use and antibiotic resistance. Other entries expressed doubts regarding which were the medicines affected by the regulation.

POLICY IMPLICATIONS AND CONCLUSIONS

- Active opposition of key stakeholders and negative perceptions of the regulation among citizens hindered implementation.
- Arguments that could be used to gain support for the regulation (protection against adverse drug reactions and unnecessary expenses) were scarcely addressed.
- **Creating awareness among the population and involving stakeholders and citizens is important to achieve successful implementation.**
- Limiting access to medicines and dissatisfaction with public medical services are legitimate concerns of the population that have to be addressed by the government simultaneously when changing regulations affecting sales of antibiotics or other medicines.
- Ample media coverage of this issue, and the support of medical associations and academic institutions can represent opportunities to develop other initiatives aiming to improve the use of AB.

Figura II: Cartel presentado en la Tercera Conferencia Internacional para mejorar el uso de medicamentos resumiendo los principales hallazgos del análisis del foro de discusión del diario "El Universal"

Anexo II. Distribución del grupo de actores



Am= Alta marginación
Bm= Baja marginación

Anexo III. Guías de entrevista

GUÍA DE ENTREVISTA PARA IDENTIFICAR LOS CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE CLIENTES DE FARMACIAS ANTE LA IMPLEMENTACIÓN DEL ACUERDO PARA LA VENTA DE ANTIBIÓTICOS CON RECETA MÉDICA

Entrevista de Clientes:

I. DATOS GENERALES:

Lugar de la entrevista _____

Hora _____ Fecha _____ Sexo _____

- 1.1 ¿Qué edad tiene?
- 1.2 ¿Cuál es su estado civil?
- 1.4 ¿Qué nivel de estudios tiene?
- 1.5 ¿Número de hijos y edades?
- 1.6 ¿Con quién vive?
- 1.7 ¿Tiene servicio médico? (de qué tipo, IMSS, ISSSTE, SP, etc.)

II. BARRERAS, FACILITADORES Y NORMAS SOCIALES:

- 2.1 ¿Me puede usted decir para qué sirven los antibióticos, cuál es su utilidad? ¿Algunos ejemplos de antibióticos que conozca?
- 2.2 ¿Sabe Usted sobre una disposición de venta de antibióticos en farmacias sólo con receta?
- 2.3 ¿Qué piensa sobre de las exigencias del Acuerdo para la venta de antibióticos con receta?
- 2.4 ¿Qué hay de bueno en que exista el Acuerdo para la venta de antibióticos con receta?
- 2.5 ¿Qué hay de malo en que exista el Acuerdo para la venta de antibióticos con receta?
- 2.6 ¿Qué cosas se le han hecho fáciles con la existencia de este Acuerdo?
- 2.7 ¿Qué cosas se le han hecho difíciles con la existencia de este Acuerdo?
- 2.8 ¿A quién le importa que usted compre antibióticos sólo con receta?

III. CONOCIMIENTOS:

- 3.1 ¿Cómo es que se enteró de que los antibióticos ya no se venderían sin receta? (radio, tv, periódico, llegó a la farmacia y le dijeron, etc.)
- 3.4 ¿Considera que la información que se dio del Acuerdo para la venta de antibióticos fue suficiente? ¿Por qué sí, o por qué no?
- 3.5 ¿Qué requisitos piden ahora en las farmacias para la venta de antibióticos?

3.6 ¿Por qué cree usted que el gobierno decidió que los antibióticos se vendieran con receta?

3.7 ¿Conoce algún problema relacionado con usar antibióticos? ¿Y cuáles son?

3.8 ¿Conoce las consecuencias de auto- medicarse con antibióticos? ¿Y cuáles son?

3.10 ¿Usted conoce que el uso inadecuado de antibióticos puede ocasionar que los mismos no actúen de manera eficaz? (Qué no funcionen para tratar las enfermedades)

IV. ACTITUDES:

4.1 ¿Usted está de acuerdo o en desacuerdo con esta disposición de vender de antibióticos sólo receta? ¿Por qué?

4.2 ¿Quien sale ganando/perdiendo con esta nueva disposición?

4.3 ¿Hay algo que le preocupe respecto a esta disposición?

4.4 ¿Piensa que esta disposición le afecta a usted de alguna manera?

4.5 ¿Qué opina de los consultorios médicos que se están abriendo al lado de algunas de las farmacias? ¿Acudiría usted a este tipo de consultorios?

4.6 ¿Ante esta limitante en la compra de antibióticos, cómo usted piensa resolver sus problemas de salud que requieran el uso de antibióticos?

4.7 ¿Si se eliminara el Acuerdo, qué pasaría con la manera de adquirir sus antibióticos?

4.8 ¿Para qué cree usted que está sirviendo o servirá esta regulación de venta de antibióticos con receta?

4.9 ¿Usted ha escuchado que hay personas que pueden conseguir recetas sin tener que ir al médico? ¿Qué opina usted de esto?

V. PRÁCTICAS:

5.1 ¿Para qué tipo de enfermedades o padecimientos usted o alguien de su familia ha tomado antibióticos?

5.2 ¿Antes de la disposición, alguna vez compró antibióticos sin receta? ¿Por qué?

5.3 ¿A partir de la disposición ha tenido que comprar antibióticos?

5.4 ¿Qué ha hecho para obtener su receta?

5.5 ¿Ha sido fácil o difícil comprar los antibióticos? ¿Por qué?

5.6 ¿Antes de la disposición si usted presentaba fiebre o dolor de garganta, qué hacía? ¿Qué hace ahora?

VI. CIERRE DE LA ENTREVISTA

6.1 Hay algo más que quiera agregar a la entrevista...

GUÍA DE ENTREVISTA PARA IDENTIFICAR LOS CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE MEDICOS ANTE LA IMPLEMENTACIÓN DEL ACUERDO PARA LA VENTA DE ANTIBIÓTICOS CON RECETA MÉDICA

Entrevista de Médicos:

I. DATOS GENERALES:

Lugar de la entrevista _____

Hora _____

Fecha _____

Sexo _____

- 1.2 ¿Qué edad tiene?
- 1.3 ¿Cuál es su estado civil?
- 1.4 ¿Tiene alguna especialidad?
- 1.5 ¿Cuánto tiempo tiene de ejercer como médico?

II. BARRERAS, FACILITADORES Y NORMAS SOCIALES:

- 2.1 ¿Sabe Usted sobre una disposición de venta de antibióticos en farmacias sólo con receta?
- 2.1 ¿Qué piensa sobre de las exigencias del Acuerdo para la venta de antibióticos con receta?
- 2.2 ¿Qué hay de bueno en que exista el Acuerdo para la venta de antibióticos con receta?
- 2.2 ¿Qué hay de malo en que exista el Acuerdo para la venta de antibióticos con receta?
- 2.4 ¿Qué cosas se le han hecho fáciles en su práctica diaria con la existencia de este Acuerdo?
- 2.5 ¿Qué cosas se le han hecho difíciles en su práctica diaria con la existencia de este Acuerdo?
- 2.6 ¿A quién le importa que los medicamentos se vendan solamente con receta?

III. CONOCIMIENTOS

- 3.1 ¿Cuáles son los requisitos y las condiciones que establece el Acuerdo para la venta de antibióticos con receta?
- 3.2 ¿Cómo se enteró de la nueva disposición de la venta de antibióticos sólo con receta? (radio, tv, periódico, etc.)
- 3.3 ¿Usted sabe por qué el gobierno decidió que los antibióticos se vendieran con receta?
- 3.4 ¿Conoce algún problema que esté relacionado con el uso de los antibióticos?
- 3.5 ¿Usted conoce qué efectos adversos se pueden derivar del uso inadecuado de antibióticos?
- 3.6 ¿Usted cree que esta política servirá para reducir la resistencia bacteriana y sus consecuencias?
- 3.7 ¿Considera que la información que se dio del Acuerdo para la venta de antibióticos es suficiente? ¿Para quién y por qué?
- 3.8 ¿Cuál ha sido la reacción de sus pacientes ante dicha regulación? ¿Qué ha hecho usted al respecto con ellos, qué les explica?

3.9 ¿Qué más cree Usted que sus pacientes necesitan saber para aceptar de mejor manera la regulación en la venta de antibióticos? ¿Y usted, qué más necesita saber al respecto?

3.10 ¿Qué fuentes de información cree que se deberían de utilizar para que la población sepa más sobre los antibióticos y la necesidad de regular su venta? ¿Y para los médicos?

IV. ACTITUDES:

4.1 ¿Usted está de acuerdo o en desacuerdo con esta disposición de vender antibióticos sólo receta? ¿Por qué?

4.2 ¿Quién sale ganando/perdiendo con esta nueva disposición?

4.3 ¿Hay algo que le preocupe respecto a esta disposición?

4.4 ¿Piensa que esta disposición le afecta a usted de alguna manera?

4.5 ¿Qué opina de los consultorios médicos que se están abriendo al lado de algunas de las farmacias?

4.6 ¿Para qué cree usted que está sirviendo o servirá esta regulación de venta de antibióticos?

4.7 ¿Usted ha escuchado que hay personas que pueden conseguir recetas sin tener que ir al médico? ¿Qué opina usted de esto?

4.8 ¿Si se eliminara el acuerdo para la venta de antibióticos con receta, cambiaría su práctica clínica en relación a la prescripción de estos fármacos?

V. PRÁCTICAS:

5.1 ¿Qué cambios ha habido en su práctica médica a partir del acuerdo?

5.2 ¿Ha tenido que hacer algún cambio al expedir recetas de antibióticos? ¿Cuándo prescribe antibióticos, expide recetas por duplicado (una para el paciente y una para la farmacia)? O bien, ¿le pide al paciente que copie las instrucciones por separado?

5.3 ¿Desde la implementación del Acuerdo, ha cambiado el número de pacientes que acuden a consulta?

5.4 ¿Han llegado pacientes directamente a solicitar una receta de antibióticos?

5.5 ¿Ha tenido problemas con algún paciente relacionado con la expedición recetas de antibióticos?

5.6 ¿Le han solicitado recetas de antibióticos fuera de su consultorio? (amigos, familia, etc.)

5.7 ¿Qué fuentes de información le gustaría utilizar para saber más de los antibióticos?

VI. CIERRE DE LA ENTREVISTA

5.1 Hay algo más que quiera agregar a la entrevista...

GUÍA DE ENTREVISTA PARA IDENTIFICAR LOS CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE EMPLEADOS DE FARMACIAS ANTE LA IMPLEMENTACIÓN DEL ACUERDO PARA LA VENTA DE ANTIBIÓTICOS CON RECETA MÉDICA

Entrevista para empleados de farmacias:

I. DATOS GENERALES:

Lugar de la entrevista _____

Hora _____ Fecha _____ Sexo _____

- 1.2 ¿Qué edad tiene?
- 1.3 ¿Cuál es su estado civil?
- 1.4 ¿Qué nivel de estudios tiene?
- 1.5 ¿Hace cuánto que trabaja en esta farmacia?

II. BARRERAS, FACILITADORES Y NORMAS SOCIALES:

- 2.1 ¿Sabe Usted sobre una disposición de venta de antibióticos en farmacias sólo con receta?
- 2.2 ¿Qué piensa sobre de las exigencias del Acuerdo para la venta de antibióticos con receta?
- 2.3 ¿Qué hay de bueno en que exista el Acuerdo para la venta de antibióticos con receta?
- 2.4 ¿Qué hay de malo en que exista el Acuerdo para la venta de antibióticos con receta?
- 2.5 ¿Qué cosas se le han hecho fáciles en su práctica diaria con la existencia de este Acuerdo?
- 2.6 ¿Qué cosas se le han hecho difíciles en su práctica diaria con la existencia de este Acuerdo?
- 2.7 ¿A quién le importa que usted venda antibióticos solamente con receta, y que la registre adecuadamente?

III. CONOCIMIENTOS:

- 3.1 ¿Usted conoce los requisitos que tiene el Acuerdo para la venta de antibióticos? ¿Cuáles son?
- 3.2 ¿Cómo es que se enteró de que los antibióticos ya no se venderían sin receta? (radio, tv, periódico, etc.)
- 3.3 ¿Considera que la información que se dio del Acuerdo para la venta de antibióticos es suficiente, para los vendedores como usted? ¿Y para la población en general? ¿Por qué?
- 3.4 ¿Usted sabe por qué el gobierno decidió que los antibióticos se vendieran con receta?
- 3.5 ¿Conoce usted algún problema relacionado con el uso de antibióticos?
- 3.6 ¿Usted sabe cuáles son las consecuencias de consumir antibióticos sin que los recete un médico?
- 3.7 ¿Usted cree que esta política servirá para reducir la resistencia bacteriana y sus consecuencias?

IV. ACTITUDES:

- 4.1 ¿Usted está de acuerdo o en desacuerdo con esta disposición de vender de antibióticos solo receta?
¿Por qué?
- 4.2 ¿Quien sale ganando/perdiendo con esta nueva disposición?
- 4.3 ¿Hay algo que le preocupe respecto a esta disposición?
- 4.4 ¿Piensa que esta disposición le afecta a usted de alguna manera?
- 4.5 ¿Qué opina de los consultorios médicos que se están abriendo al lado de algunas de las farmacias?
- 4.6 ¿Para qué cree usted que está sirviendo o servirá esta regulación de venta de antibióticos?
- 4.7 ¿Usted ha escuchado que hay personas pueden conseguir recetas sin tener que ir al médico? ¿Qué opina usted de esto?

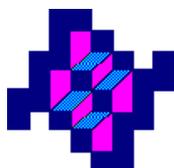
V. PRÁCTICAS:

- 5.1 ¿Para qué tipo de enfermedades compran antibióticos los clientes?
- 5.2 ¿Cuáles son los antibióticos que compran con mayor frecuencia?
- 5.3 ¿Antes de la disposición acudían a compra antibióticos sin receta? ¿Qué hacía usted en esas ocasiones?
- 5.4 ¿A partir de la disposición, qué hace usted cuando un cliente llega a comprar antibióticos sin receta?
- 5.5 ¿A partir de la disposición, ha tenido algún problema con los clientes en relación a este acuerdo?
- 5.6 ¿Qué hace cuando llega un paciente con receta de antibióticos?
- 5.7 ¿Ha tenido algún problema por recibir recetas de antibióticos que no cumplen con los requisitos establecidos en esta disposición?
- 5.8 ¿Qué hace si llega un paciente solicitando antibióticos y no trae su receta médica? ¿Ha tenido algún problema en estos casos?
- 5.9 ¿Qué tipo de clientes ha observado Ud. que se muestran más renuentes o desesperados o enojados o en contra de la disposición oficial de vender los antibióticos sólo con receta? (madres con niños pequeños, adultos mayores, etc.).
- 5.10 ¿Conforme ha avanzado el tiempo de la disposición oficial, Ud. ha observado mayor aceptación por parte de la población?
- 5.11 ¿Qué fuentes de información le gustaría utilizar para saber más de los antibióticos? ¿Y qué fuentes de información cree que serían convenientes para la población?

VI. CIERRE DE LA ENTREVISTA

- 6.1 Hay algo más que quiera agregar a la entrevista...

Anexo IV. Cartas de consentimiento



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

Carta de Consentimiento oral para entrevista con Clientes.

Titulo de proyecto: “Los médicos, clientes y empleados de farmacias ante el Acuerdo de venta de antibióticos exclusivamente con receta médica: estudio cualitativo en la zona metropolitana de Cuernavaca, México 2011”

ESTIMADO SEÑOR / SEÑORA:

El Instituto Nacional de Salud Pública está llevando a cabo un estudio para identificar los conocimientos, actitudes y prácticas de los clientes de las farmacias ante la implementación del Acuerdo para la venta de antibióticos con receta médica.

Deseamos hacerle una invitación para participar en este estudio. Si Usted acepta, nos gustaría poder tener una entrevista individual con usted. El objetivo de esta entrevista es poder platicar sobre los obstáculos o facilidades que se han originado con el Acuerdo para la venta de antibióticos con receta médica. Particularmente nos interesa conocer su opinión y experiencia acerca de las compras de antibióticos que ha hecho desde que inició este Acuerdo.

La entrevista durará aproximadamente media hora y se realizará en las afueras de las farmacias. Esta entrevista será grabada a fin de poder recordar toda la información que usted nos diga.

Beneficios: Por participar en este estudio, no recibirá ningún beneficio directo. Sin embargo, la información que usted nos proporcione será utilizada para tener elementos y poder dar recomendaciones a los tomadores de decisiones ante esta regulación.

Confidencialidad: Toda la información que Usted nos proporcione en la entrevista será de carácter estrictamente confidencial, es decir, será utilizado únicamente por los investigadores del proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito. Usted quedará identificado mediante un número y no con su nombre.

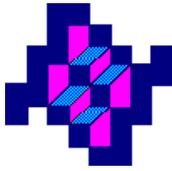
Riesgos Potenciales/Compensación: La participación en la entrevista no implica ningún riesgo para Usted. Sin embargo, si no quisiera contestar alguna de las preguntas, Usted tiene el derecho de negarse a contestar aquellas que le incomoden.

Participación Voluntaria/Retiro: La participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación del mismo en cualquier momento. Su decisión de participar o de no participar no afectará de ninguna manera su relación con los servicios de salud.

Números a Contactar: Si tiene Usted alguna pregunta, comentario o preocupación con respecto al estudio, le voy a dejar una tarjeta con los datos del investigador responsable del Proyecto Lic. Midiam Ibáñez Cuevas al teléfono: 01 (777) 199 48 98 de lunes a viernes de 08:00 a 20:00 hrs.

Si tiene dudas relacionadas con sus derechos como participante de un estudio de investigación, le dejaremos los datos de la Presidenta de la Comisión de Ética del Instituto, Dra. Julieta Ivone Castro Romero.

MUCHAS GRACIAS!!



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

Carta de Consentimiento oral para entrevista con Médicos.

Titulo de proyecto: “Los médicos, clientes y empleados de farmacias ante el Acuerdo de venta de antibióticos exclusivamente con receta médica: estudio cualitativo en la zona metropolitana de Cuernavaca, México 2011”

ESTIMADO MÉDICO:

El Instituto Nacional de Salud Pública está llevando a cabo un estudio para identificar los conocimientos, actitudes y prácticas de los clientes de las farmacias ante la implementación del Acuerdo para la venta de antibióticos con receta médica.

Deseamos hacerle una invitación para participar en este estudio. Si Usted acepta, nos gustaría poder tener una entrevista individual con usted. El objetivo de esta entrevista es poder platicar sobre los obstáculos o facilidades que se han originado con el Acuerdo para la venta de antibióticos con receta médica. Adicionalmente, nos interesa conocer su opinión y experiencia acerca de las compras y adquisición de antibióticos de sus clientes desde que inició este Acuerdo.

La entrevista durará aproximadamente media hora y se realizará en su consultorio. Esta entrevista será grabada a fin de poder recordar toda la información que usted nos diga.

Beneficios: Por participar en este estudio, no recibirá ningún beneficio directo. Sin embargo, la información que usted nos proporcione será utilizada para tener elementos y poder dar recomendaciones a los tomadores de decisiones ante esta regulación.

Confidencialidad: Toda la información que Usted nos proporcione en la entrevista será de carácter estrictamente confidencial, es decir, será utilizado únicamente por los investigadores del proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito. Usted quedará identificado mediante un número y no con su nombre.

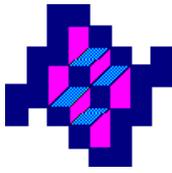
Riesgos Potenciales/Compensación: La participación en la entrevista no implica ningún riesgo para Usted. Sin embargo, si no quisiera contestar alguna de las preguntas, Usted tiene el derecho de negarse a contestar aquellas que le incomoden.

Participación Voluntaria/Retiro: La participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación del mismo en cualquier momento. En caso de que decida retirarse del estudio usted no se verá afectado por esta decisión.

Números a Contactar: Si tiene Usted alguna pregunta, comentario o preocupación con respecto al estudio, le voy a dejar una tarjeta con los datos del investigador responsable del Proyecto Lic. Midiam Ibáñez Cuevas al teléfono: 01 (777) 199 48 98 de lunes a viernes de 08:00 a 20:00 hrs.

Si tiene dudas relacionadas con sus derechos como participante de un estudio de investigación, le dejaremos los datos de la Presidenta de la Comisión de Ética del Instituto, Dra. Julieta Ivone Castro Romero.

MUCHAS GRACIAS!!



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA

Carta de Consentimiento oral para entrevista con empleados de farmacias.

Título de proyecto: “Los médicos, clientes y empleados de farmacias ante el Acuerdo de venta de antibióticos exclusivamente con receta médica: estudio cualitativo en la zona metropolitana de Cuernavaca, México 2011”

ESTIMADO SEÑOR/ SEÑORA:

El Instituto Nacional de Salud Pública está llevando a cabo un estudio para identificar los conocimientos, actitudes y prácticas de los clientes de las farmacias ante la implementación del Acuerdo para la venta de antibióticos con receta médica.

Deseamos hacerle una invitación para participar en este estudio. Si Usted acepta, nos gustaría poder tener una entrevista individual con usted. El objetivo de esta entrevista es poder platicar sobre los obstáculos o facilidades que se han originado con el Acuerdo para la venta de antibióticos con receta médica. Adicionalmente, nos interesa conocer su opinión y experiencia acerca de las compras y adquisición de antibióticos de sus clientes desde que inició este Acuerdo y como la implementación de esta política ha influido en sus actividades como empleado de farmacia.

La entrevista durará aproximadamente media hora y se realizará en la farmacia en que usted labora. Esta entrevista será grabada a fin de poder recordar toda la información que usted nos diga.

Beneficios: Por participar en este estudio, no recibirá ningún beneficio directo. Sin embargo, la información que usted nos proporcione será utilizada para tener elementos y poder dar recomendaciones a los tomadores de decisiones ante esta regulación.

Confidencialidad: Toda la información que Usted nos proporcione en la entrevista será de carácter estrictamente confidencial, es decir, será utilizado únicamente por los investigadores del proyecto y no estará disponible para ningún otro propósito. Usted quedará identificado mediante un número y no con su nombre.

Riesgos Potenciales/Compensación: La participación en la entrevista no implica ningún riesgo para Usted. Sin embargo, si no quisiera contestar alguna de las preguntas, Usted tiene el derecho de negarse a contestar aquellas que le incomoden.

Participación Voluntaria/Retiro: La participación en este estudio es absolutamente voluntaria. Usted está en plena libertad de negarse a participar o de retirar su participación del mismo en cualquier momento. En caso de que decida retirarse del estudio usted no se verá afectado por esta decisión.

Números a Contactar: Si tiene Usted alguna pregunta, comentario o preocupación con respecto al estudio, le voy a dejar una tarjeta con los datos del investigador responsable del Proyecto Lic. Midiam Ibáñez Cuevas al teléfono: 01 (777) 199 48 98 de lunes a viernes de 08:00 a 20:00 hrs.

Si tiene dudas relacionadas con sus derechos como participante de un estudio de investigación, le dejaremos los datos de la Presidenta de la Comisión de Ética del Instituto, Dra. Julieta Ivone Castro Romero.

MUCHAS GRACIAS!!



INSTITUTO NACIONAL DE SALUD PÚBLICA.

Título del proyecto: Los médicos, clientes y empleados de farmacias ante el Acuerdo de venta de antibióticos exclusivamente con receta médica: estudio cualitativo en la zona metropolitana de Cuernavaca, México 2011

Agradecemos mucho su participación.

En caso de que usted tenga alguna duda, o comentario en relación a su participación en este estudio, favor de comunicarse con el investigador responsable del proyecto Lic. Midiam Ibáñez Cuevas, al teléfono: 01 (777) 199 48 98 de lunes a viernes de 08:00 a 20:00 hrs.

Si usted tiene preguntas generales acerca de sus derechos como participante de un estudio de investigación, puede comunicarse con la Presidenta de la Comisión de Ética de este Instituto, Dra. Julieta Ivone Castro, al teléfono: 01 (777) 329-30-00 extensión 7424 de lunes a viernes de 8:30 a 16:30 hrs. O si prefiere puede usted escribirle a la siguiente dirección de correo: etica@correo.insp.mx

Fecha ____/____/____

Av. Universidad # 655 Col. Santa María Ahuacatlán; Cuernavaca Morelos, México.

Anexo V. Características Generales de los entrevistados

Médicos					
Número de entrevistado	Edad (años)	Sexo	Sitio de entrevista	Zona de marginación	Tiempo de ejercer
01	51	Masculino	Farmacia de cadena	Baja	12 años
02	32	Masculino	Consultorio privado	Baja	7 años
03	30	Femenino	Farmacia de cadena	Alta	7 años
04	27	Femenino	Farmacia de cadena	Baja	1 mes
05	32	Masculino	Farmacia de cadena	Baja	4 años
06	28	Femenino	Farmacia de cadena	Baja	1 mes
07	35	Masculino	Farmacia de cadena	Baja	35 años
08	61	Masculino	Consultorio privado	Alta	31 años
09	57	Masculino	Consultorio privado	Alta	30 años
10	63	Masculino	Consultorio privado	Alta	32 años
11	56	Masculino	Consultorio privado	Alta	30 años
12	27	Femenino	Farmacia de cadena	Alta	1.5 años
13	53	Femenino	Consultorio privado	Alta	20 años
14	27	Femenino	Consultorio privado	Alta	5 años

Empleados de farmacias					
Número de entrevistado	Edad (años)	Sexo	Sitio de entrevista	Zona de marginación	Tiempo de laborar en la farmacia
01	31	Femenino	Farmacia particular	Baja	2 años
02	45	Femenino	Farmacia particular	Baja	3 años
03	32	Masculino	Farmacia particular	Alta	2 años
04	21	Femenino	Farmacia de cadena	Alta	2 años
05	45	Femenino	Farmacia de cadena	Alta	5 años
06	34	Femenino	Farmacia de cadena	Alta	5 años
07	23	Femenino	Farmacia de cadena	Alta	3 años
08	36	Masculino	Farmacia de cadena	Baja	2 años
09	27	Femenino	Farmacia de cadena	Baja	3 años
10	25	Femenino	Farmacia de cadena	Baja	2 años
11	24	Masculino	Farmacia particular	Alta	4 años
12	57	Masculino	Farmacia de cadena	Baja	5 años
13	34	Masculino	Farmacia de cadena	Alta	3 años
14	37	Masculino	Farmacia de cadena	Alta	10 años

Cientes				
Número de entrevistado	Edad (años)	Sexo	Sitio de entrevista	Zona de marginación
01	48	Femenino	Farmacia particular	Baja
02	48	Femenino	Farmacia particular	Baja
03	27	Femenino	Farmacia particular	Alta
04	39	Femenino	Farmacia particular	Alta
05	39	Masculino	Farmacia particular	Alta
06	25	Masculino	Farmacia particular	Baja
07	42	Masculino	Farmacia de cadena	Baja
08	22	Masculino	Farmacia de cadena	Alta
09	26	Femenino	Farmacia de cadena	Baja
10	32	Femenino	Farmacia de cadena	Baja
11	22	Femenino	Farmacia de cadena	Alta
12	22	Masculino	Farmacia de cadena	Alta
13	44	Femenino	Farmacia de cadena	Alta
14	48	Masculino	Farmacia de cadena	Alta

Bibliografía

¹ Quick JD. Access to Medicines through Universal Health Coverage (UHC): Golden Ring or Trojan Horse? Drug Policy Research Group Seminars. Boston: Department of Population Medicine Harvard Medical School, October 2011.

² Organización Mundial de la Salud. Perspectivas políticas sobre medicamentos de la OMS. Promoción del Uso racional de Medicamentos: componentes centrales: OMS, 2002. Disponible en <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js4874s/2.html>. Consultado 18 de Junio 2011.

³ World Health Organization. Interventions and strategies to improve the use of antimicrobials in developing countries. Arlington, VA, United States of America: WHO, 2001.

⁴ Organización Mundial de la Salud. Conferencia de expertos sobre uso racional de los medicamentos. Nairobi Kenia: OMS, 1985.

⁵ Organización Mundial de la Salud. Cómo desarrollar y aplicar una política farmacéutica nacional. Ginebra: OMS, 2003.

⁶ Ley General de Salud. México 2010. Disponible en <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142.pdf>. Consultado 18 junio 2011.

⁷ Diario Oficial de la Federación. Acuerdo por el que se determinan los lineamientos a los que estará sujeta la venta y dispensación de antibióticos. Diario Oficial de la Federación, 27 de mayo 2010.

⁸ Dreser A, et al. Análisis de la implementación del Acuerdo de venta de antibióticos con receta médica, México 2010. Cartel presentado en el 14 Congreso de Investigación en Salud Pública Cuernavaca, Morelos, México. 01 marzo 2011.

⁹ Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el Mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra: OMS, 2000.

¹⁰ Organización Mundial de la Salud. CBIA: mejora de la calidad de la automedicación mediante el aprendizaje activo de las madres. Boletín de Medicamentos Esenciales. 2003;32: 22.

-
- ¹¹ Guiscafré H, Reyes H, Pérez R, Juárez N. La Importancia de la Educación Médica Continua para Fomentar la Prescripción Apropriada en Médicos de Atención Primaria. La Estrategia de los Centros Docente-Asistenciales Fármacos. 1998;1(1-6).
- ¹² Wirtz V, Dreser A, Leyva R. El debate sobre la automedicación. Salud Pública de México. 2009; 51(3): 179.
- ¹³ World Health Organization. Essential Drugs Monitor. OMS, 2000; 28-29. Disponible en <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s2248e/s2248e.pdf>. Consultado 18 Junio 2011.
- ¹⁴ Organización Mundial de la Salud. Obtener medicamentos para el pueblo. Boletín de medicamentos esenciales. OMS, 1999; 27. Disponible en <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js2246s/3.3.html> Consultado 18 Junio 2011.
- ¹⁵ The World Bank. Country and Lending Groups Classifications. Disponible en: <http://data.worldbank.org/about/country-classifications/country-and-lending-groups>. Consultado: 20 de julio de 2012.
- ¹⁶ El Banco Mundial. México: panorama general. Disponible en: <http://www.bancomundial.org/es/country/mexico/overview>. Consultado: 20 de julio de 2012.
- ¹⁷ Wirtz VJ, Russo G, Kageyama-Escobar ML . Access to medicines by primary health care users in Mexico: an analysis of the National Health Surveys 1994 to 2006. Salud Pública Mex 2010; 52 (1): 30-38.
- ¹⁸ Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. Consideraciones Presupuestales 2012. CONEVAL. 2011. Consultado: 20 de Julio de 2012. Disponible en: http://web.coneval.gob.mx/Informes/COMUNICADOS_DE_PRENSA/inf_presupuestaria_coneval.pdf.
- ¹⁹ Garrido-Latorre F, Hernández-Llamas H, Gómez-Dantés O. Dispensing prescriptions to persons affiliated with Popular Health Insurance in Mexico. Salud Publica Mex 2008;50 suppl 4:S429-S436.
- ²⁰ Leyva René, Kageyama M, Erviti J. How people respond to illness in Mexico: self-care or medical care? Health Policy. 2001;57:15-26. Disponible en <http://bvs.insp.mx/articulos/5/1/art242.pdf> Consultado 20 Julio 2012.
- ²¹ Dreser A, et al. Uso de antibióticos en México: revisión de problemas y políticas. salud pública de méxico. 2008;50:S480-S7. Disponible en <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v50s4/09.pdf> Consultado 01 de abril del 2012.

-
- ²² Pérez-Cuevas R, Guiscafre H, Muñoz O, Reyes H, Tome P, Libreros V, *et al.* Improving physician prescribing patterns to treat rhinopharyngitis. Intervention strategies in two health systems of Mexico. *Soc Sci Med* 1996;42:1185-1194.
- ²³ Reyes H, Guiscafre H, Muñoz O, Pérez-Cuevas R, Martínez H, Gutiérrez G. Antibiotic noncompliance and waste in upper respiratory infections and acute diarrhea. *J Clin Epidemiol* 1997;50:1297-1304.
- ²⁴ Libreros V, Guiscafre H, Tome P, Reyes H, Pérez-Cuevas R, Gutiérrez G, *et al.* Patrones de prescripción terapéutica en diarrea e infecciones respiratorias agudas en dos instituciones de salud: SS e IMSS. *Gac Med Mex* 1992;128:505-552.
- ²⁵ Secretaría de Salud. Suplemento para establecimientos dedicados a la venta y suministro de medicamentos y demás insumos para la salud. 2010.
- ²⁶ Asociación Española de Bioética y Ética Médica. Código de ética farmacéutica y deontología de la profesión farmacéutica. Cuadernos de Bioética. 2007;063.
- ²⁷ Enriquez Rubio E Carlo Frati Munari A, González Pier E. Hacia una política farmacéutica integral para México. México: Secretaria de Salud, 2005. Disponible en http://respyn.uanl.mx/viii/3/contexto/politica_farmaceutica.pdf Consultado 01 abril 2012.
- ²⁸ Dreser A, Wirtz VJ, Leyva R. Las farmacias mexicanas: regulación y políticas. En: Las farmacias, los farmacéuticos y el uso adecuado de medicamentos en América Latina, A. Ugalde y N. Homedes (editores). Buenos Aires, Argentina: Lugar Editorial, 2011.
- ²⁹ Dreser A, Wirtz V, Vazquez-Velez E, Ibáñez-Cuevas M, Treviño-Siller S, Impact of Implementing Antibiotic Sales Restrictions: Reactions of Key Stakeholders and Citizens in Mexico. Poster Presentation in Third International Conference For Improving Use of Medicines: Informed Strategies, Effective Policies, Lasting Solutions, Antalya, Turkey, November 14-18, 2011.
- ³⁰ Presidencia de la República. Conferencia de prensa que ofrecieron el Secretario de Salud, José Ángel Córdova Villalobos y la Sub secretaria de innovación y calidad de la secretaría de salud, Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez. Miércoles 6 de Mayo de 2009; México, Distrito Federal.
- ³¹ Anderson J. Public Policy Making. Nelson. London 1975.
- ³² Dye T. Top Down Policymaking. Chatham House Publisher. London 2001.

³³ Buse K, Mays N, Walt G. Making Health Policy. The health policy framework: context, process and actors.

³⁴ Rodríguez F, Ortún V, Benegas J, Martín J. La epidemiología como instrumento para una política de salud racional. Medicina clínica. 1989; 93:17.

³⁵ Hogwood B, Gunn L. Policy Analysis for the Real World. Oxford, Oxford University Press, 1984.

³⁶ Eckman K, Walker R. Knowledge, Attitudes and Practice (KAP) Survey-Summary Report for the Duluth Lakeside Stormwater Reduction Project (LSRP). Saint Paul: Water Resources Center, University of Minnesota. July 2008. Disponible en http://files.dnr.state.mn.us/assistance/grants/community/6kap_summary.pdf. Consultado el 18 Junio 2011.

³⁷ Naylor A. Development and Implementation of Sanitation Survey Using a Knowledge Attitudes Practices (KAP) Model. University of South Florida.1-13. Disponible en http://usfmi.weebly.com/uploads/5/3/9/2/5392099/4_-_development_and_implemenation_of_sanitation_surveys_andrea_naylor.pdf.

³⁸ Muia E. Emergency Contraception in Nairobi, Kenya: Knowledge, Attitudes and Practices Among Policymakers, Family Planning Providers and Clients, and University Students. Elsevier. 1999;60:223-232.

³⁹ Launiala A. How much can a KAP survey tell us about people's knowledge, attitudes and practices? Some observations from medical anthropology research on malaria in pregnancy in Malawi. Anthropology Matters. 2009;11:1-13. Disponible en http://anthropologymatters.com/index.php?journal=anth_matters&page=article&op=view&path%5B%5D=31&path%5B%5D=55.

⁴⁰ World Health Organization. Advocacy, Communication and Social Mobilization for TB control. A guide to developing knowledge, attitude and practice surveys. OMS. 2008:6-7. Disponible en http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596176_eng.pdf.

⁴¹ Kant I. Crítica de la razón pura. Ediciones Alfaguara. México. Novena edición. 1993.

⁴² Moscovici, S. Psicología social, I: influencia y cambios de actitudes individuos y grupos. Segunda reimpresión. Ediciones Paidós Ibérica, S. A. Barcelona. 1991.

⁴³ Ajzen, I. Nature and Operation of Attitudes. Annual. Review Psychology. 2001;52:27-58.

⁴⁴ Vargas Ruiz R. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y reproductiva: Propuesta de una escala psicométrica. ABRA. 2007;36:135-167 Disponible en: <http://www.revistas.una.ac.cr/index.php/abra/article/view/1554> Consultado 07 de abril 2012.

⁴⁵ Strauss A. Bases de la investigación cualitativa. Medellín: Universidad de Antioquia; 2002.

⁴⁶ Hernández Sampieri R, et al. Metodología de la investigación. 4 ed. México DF: Mc Graw Hill; 2006.

⁴⁷ Abela J. Las técnicas de Análisis de Contenido: Una revisión actualizada. Disponible en <http://www.fundacion-centra.org/pdfs/S200103.PDF> Consultado 08 de abril 2012.

⁴⁸ Holsti O Content analysis. En Lindzey G. y Aronson E. The handbook of social Psychology. Vol 2. Research Methods, Addison-Wesley, Reading, Mass. 1968.

⁴⁹ Porta L. “La investigación cualitativa: El Análisis de Contenido en la investigación educativa”. Disponible en: <http://www.uccor.edu.ar/paginas/REDUC/porta.pdf> Consultado 11 de marzo del 2012.

⁵⁰ Amezcua M, Gálvez-Toro A. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva crítica y reflexiones en voz alta. Rev Esp Salud Pública 2002; 76: 423-436. Disponible en <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v76n5/colabora4.pdf> Consultado 01 de abril 2012.

⁵¹ Anderson R. Thematic Content Analysis (TCA). Descriptive Presentation of Qualitative Data. Disponible en: <http://www.wellknowingconsulting.org/publications/pdfs/ThematicContentAnalysis.pdf>. Consultado el 6 de mayo de 2012.

⁵² Porta L, Silva M. La investigación cualitativa: El Análisis de Contenido en la investigación educativa. Disponible en: <http://www.uccor.edu.ar/paginas/REDUC/porta.pdf> . Consultado el 6 de mayo del 2012.

-
- ⁵³ Hunt P, Khosla R. El derecho humano a los medicamentos. Sur revista internacional de derechos humanos. 2008;8:101-19. Disponible en http://www.scielo.br/pdf/sur/v5n8/es_v5n8a06.pdf Consultado 01 de abril del 2012.
- ⁵⁴ Frenk J. Tender puentes: lecciones globales desde México sobre políticas de salud basadas en evidencias. Salud Pública México. 2007;49:S14-S22. Disponible en <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v49s1/05.pdf> Consultado 01 de abril del 2012.
- ⁵⁵ Bronfman M. "Hacemos lo que podemos": los prestadores de servicios frente al problema de la utilización. Salud Pública de México. 1997;39:1-8 Disponible en <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=10639608> Consultado 13 Junio 2012.
- ⁵⁶ Mejía R, et al. La política farmacéutica nacional en Colombia y la reforma de la seguridad social: acceso y uso racional de medicamentos. Cad Saúde Pública. 2002;18:1025-39. Disponible en <http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n4/10183.pdf> Consultado 01 de abril del 2012.
- ⁵⁷ Avorn J, Solomon DH. Cultural and economic factors that (mis) shape antibiotic use: the nonpharmacologic basis of therapeutics. Ann Intern Med 2000;133:128-135.